



**ipb**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
Escola Superior de Saúde

# **Gestão da Dor Aguda Pós-Operatória na Artroplastia da Anca:**

**Eficácia analgésica do bloqueio de nervo periférico de dose única**

**Henrique José de Oliveira Dias**

**Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Orientadora Científica: Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

Novembro de 2023



**Dias, Henrique José de Oliveira.** Gestão da dor aguda pós-operatória na artroplastia da anca. Eficácia analgésica do bloqueio de nervo periférico de dose única. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2023.

## **AGRADECIMENTOS**

Neste percurso académico, contei com a presença, apoio, incentivo e colaboração de muitas pessoas. Assim, registo o meu reconhecimento e minha carinhosa gratidão

Obrigado Anabela, Zezinho e Ana Raquel, pelo apoio familiar incondicional, ainda quando minhas escolhas não lhes faziam muito sentido e por terem compreendido as minhas ausências durante esses últimos anos.

A meus pais, lá longe nas mais brilhantes estrelas, pela educação e amor.

À minha orientadora, Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Gorete Baptista pela paciência em conviver com as minhas ansiedades e pela firmeza na condução dessa pesquisa. Nunca deixando de acreditar.

Ao Sr. ° Doutor Fabien Guegan na preciosa ajuda dada na previsão estatística.

Aos enfermeiros tutores, Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Emília Matos; Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Andreia Coto e Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Ângela Espinheira, pela disponibilidade, dedicação e empenho sempre demonstrados.

Às pessoas com dor crónica e aguda, que desde sempre me alicerçaram numa relação de escuta e partilha das vivências da dor nas suas múltiplas dimensões. Com eles pretendo caminhar e procurar a melhor forma de os ajudar.

## RESUMO

**Enquadramento:** O Estágio Profissional visa o desenvolvimento das competências comuns e específicas para uma determinada área de especialidade, neste caso a Enfermagem de Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. As competências de investigação foram desenvolvidas com um estudo sobre a dor aguda do pós-operatório, uma vez que é um problema de saúde pública fundamentado pela sua prevalência, potenciais complicações e subtratamento. A opção pela gestão da dor aguda nos doentes submetidos a artroplastia primária da anca justificou-se por ser uma cirurgia cada vez mais comum, pela relação que se estabelece com a patologia osteoarticular degenerativa e o envelhecimento da população, e porque a dor pós-operatória associada a este procedimento se manifesta habitualmente por dor moderada a intensa.

**Objetivos:** Analisar o processo de aquisição de competências para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Caracterizar os níveis de intensidade de dor (em repouso e em movimento), os efeitos adversos (bloqueio motor, sensitivo e efeitos sistémicos) e a necessidade de analgesia de resgate, em doentes submetidos a artroplastia primária da anca, com recurso a técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única; verificar a relação existente entre os níveis de intensidade de dor, os efeitos adversos, a necessidade de analgesia de resgate e de reavaliação depois das 24 horas, com as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única; verificar a relação entre a presença de efeitos secundários sistémicos com o uso de analgesia de resgate e de analgesia sistémica.

**Métodos:** Estudo analítico-correlacional e retrospectivo. Foram incluídos 994 doentes submetidos a Artroplastia Total Primária da Anca e submetidos a técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única [bloqueio de nervo femoral (BNF) + cutâneo lateral da coxa (CLC); bloqueio do grupo nervoso pericapsular (PENG) + Cutâneo lateral da coxa (CLC); Bloqueio da fáscia ilíaca (BFI)], seguidos numa Unidade de Dor Aguda de um hospital da região Norte, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2013 e 15 outubro de 2023. Foram salvaguardados os princípios éticos. Os dados foram submetidos a análise descritiva e inferencial, com recurso ao programa *Python Programming Language* (versão 3.12).

**Resultados:** O estágio permitiu o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. No estudo, no total de doentes, o BNF+CLC foi

utilizado em 77,5%, o PENG+CLC em 14,4% e o BFI em 8,1%, todos os doentes foram avaliados às 24 horas após o procedimento cirúrgico. A maioria doentes referiu ausência de dor em repouso (82,7%) e dor ligeira em movimento (55,2%). Os principais efeitos adversos identificados foram o bloqueio sensitivo com parestesias em pequena área (13%), o bloqueio motor com ligeira diminuição da força muscular (4,9%) e as náuseas e vômitos (3,5%). Apenas 7,8% necessitaram de analgesia de resgate. As hipóteses propostas não se confirmaram, exceto uma diferença estatisticamente significativa quando comparados os grupos de BNF+CLC e PENG+CLC em relação ao bloqueio sensitivo ( $p = 0.036$ ) e a comparação dos grupos com administração de paracetamol e paracetamol+tramadol em relação aos efeitos adversos sistémicos ( $p = 0.047$ ).

**Conclusão:** A avaliação efetuada pelos enfermeiros da UDA, nas primeiras 24 horas após ATA, com recurso a técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única em combinação com analgesia sistémica, revela uma adequada gestão da dor aguda do pós-operatório. A necessidade de analgesia de resgate foi muito reduzida e os efeitos adversos associados à analgesia estiveram ausentes na maioria dos doentes. Os doentes submetidos a PENG+CLC apresentaram menor grau de bloqueio sensitivo do que os submetidos a BNF+CLC.

**Palavras-chave:** Artroplastia da Anca; Dor aguda pós-operatório; Analgesia nervo periférico de dose única; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## ABSTRACT

**Background:** The Professional Internship aims at developing common and specific skills for a particular area of expertise, in this case, Medical-Surgical Nursing in the individual critical care setting. Research skills were developed through a study on acute postoperative pain, as it is a public health problem justified by its prevalence, potential complications, and under treatment. The choice to focus on the management of acute pain in patients undergoing primary hip arthroplasty was justified due to its increasing prevalence, its relationship with degenerative osteoarticular pathology and the aging population, and because postoperative pain associated with this procedure typically manifests as moderate to severe pain.

**Objective:** Analyse the process of acquiring skills for providing care to individuals in critical situations. Characterize the levels of pain intensity (at rest and in motion), adverse effects (motor and sensory block, systemic effects), and the need for rescue analgesia in patients undergoing primary hip arthroplasty using single-dose peripheral nerve block techniques. Examine the relationship between pain intensity levels, adverse effects, the need for rescue analgesia, and reassessment after 24 hours with single-dose peripheral nerve block techniques. Investigate the correlation between the presence of systemic side effects and the use of rescue analgesia and systemic analgesia.

**Methodology:** Analytical-correlational and retrospective study. A total of 994 patients who underwent Primary Total Hip Arthroplasty and received single-dose peripheral nerve block techniques [femoral nerve block (FNB) + Lateral cutaneous nerve of the thigh (LFCN); Pericapsular nerve block (PENG) + Lateral cutaneous nerve of the thigh (LFCN); Iliac fascia block (IFB)] were included in the study. These patients were followed in an Acute Pain Unit of a hospital in the Northern region between January 1, 2013, and October 15, 2023. Ethical principles were adhered to. The data underwent descriptive and inferential analysis using the Python Programming Language (version 3.12).

**Results:** The internship allowed the development of skills for providing care to individuals in critical situations. In the study, among the total number of patients, FNB+LFCN was used in 77.5%, PENG+LFCN in 14.4%, and IFB in 8.1%. All patients were assessed 24 hours after the surgical procedure. The majority of patients reported no pain at rest (82.7%) and mild pain during movement (55.2%). The main identified adverse effects were sensory

block with paresthesias in a small area (13%), motor block with slight decrease in muscle strength (4.9%), and nausea and vomiting (3.5%). Only 7.8% required rescue analgesia. The proposed hypotheses were not confirmed, except for a statistically significant difference when comparing the FNB+LFCN and PENG+LFCN groups regarding sensory block ( $p = 0.036$ ) and the comparison of groups with administration of paracetamol and paracetamol+tramadol regarding systemic adverse effects ( $p = 0.047$ ).

**Conclusion:** The evaluation conducted by the nurses in the Acute Pain Unit (UDA) in the first 24 hours after Primary Total Hip Arthroplasty, using single-dose peripheral nerve block techniques in combination with systemic analgesia, reveals an adequate management of acute postoperative pain. The need for rescue analgesia was greatly reduced, and adverse effects associated with analgesia were absent in the majority of patients. Patients undergoing PENG+LFCN showed a lower degree of sensory block than those undergoing FNB+LFCN.

**Keywords:** Hip arthroplasty; Acute postoperative pain; Single-dose peripheral nerve analgesia; Nursing.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ATA** - Artroplastia Total Primária da Anca

**AINE`s** - Anti-Inflamatórios Não Esteroides

**BFI** – Bloqueio Fáscia Ilíaca

**CNA** - Canadian Nurses Association

**CID** - Classificação Internacional de Doenças

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CHTMAD** - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

**BNE** – Bloqueio de Nervos Femorais

**CLC** – Cutâneo Lateral da Coxa

**DAPO** - Dor Aguda Pós-Operatória

**DCPO** - Dor Crónica Pós-Operatória

**DGS** - Direção-Geral da Saúde

**e.g.** - por exemplo

**EPE** - Entidade Pública Empresarial

**EDA** - Escala Descritiva Verbal

**GCL-PPCIRA** - Grupo de Controlo Local do Programa de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

**IACS** - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

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

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**MEMC** – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EEIH** - Equipas de Emergência Intra-Hospitalar

**EMC** - Enfermagem Médico-Cirúrgica

**nº** - número

**%** - Por cento

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**p.** - página

**PENG** - Bloqueio do Grupo Nervoso Pericapsular

**PNLCD** - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

**PPCIRA** - Programas de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

**PROSTECT** - *Procedure Specific Postoperative Pain Management*

**TM** – Triagem Manchester

**SMI** – Serviço Medicina Intensiva

**SNC** - Sistema Nervoso Central

**UCPA** - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

**UDA** - Unidade de Dor Aguda

**UCIC**– Unidade Cuidados Intensivos Cardíacos

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**RPA** - Registo Português de Artroplastias

**SE** – Sala de Emergência

**SU** – Serviço de Emergência/Urgência

**UCPA** - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

**UDA** - Unidade de Dor Aguda

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

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
------------------	---

## PARTE I

ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO .....	4
--	---

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS CLÍNICOS DESENVOLVIDOS.....	5
1.1 Objetivos Gerais e Específicos por Campo de Estágio .....	5
1.2 Descrição e caracterização dos locais de estágio .....	6
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	15
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	17
2.2. Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados .....	22
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	26
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	28
2.5. Competências Específicas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica .....	30
2.6. Competências do Domínio da Investigação .....	36
3. CONCLUSÃO .....	38

## PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO.....	40
1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE DOR.....	41
2. DOR AGUDA DO PÓS OPERATÓRIO .....	44
2.1. Efeitos Adversos da Dor Aguda Pós-Operatória.....	45
2.2. O Enfermeiro nas Unidades de Dor Aguda .....	48
3. ANALGESIA LOCORREGIONAL NA ARTROPLASTIA DA ANCA.....	51
4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJECTIVOS .....	56
5. METODOLOGIA .....	58
5.1. Tipo de estudo .....	58
5.2. Hipóteses de investigação .....	58
5.3. Variáveis em estudo .....	59
5.4. Amostra do estudo .....	59
5.5. Instrumento de recolha de dados.....	60
5.6. Procedimento de recolha e análise dos dados .....	60
5.7. Procedimentos éticos.....	61

<b>6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>7. DISCUSSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>8. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>91</b>
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do CHTMAD.....	92
Anexo II - Comprovativo de Submissão do Artigo de Estudo à Revista Referência.....	94

## INDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização dos doentes em função da técnica do bloqueio de nervo periférico dose única utilizada. ....	63
<b>Tabela 2.</b> Caracterização sociodemográfica dos doentes de acordo com técnica de bloqueio de nervo periférico dose única utilizada. ....	64
<b>Tabela 3.</b> Caracterização dos doentes quanto à necessidade de reavaliação. ....	64
<b>Tabela 4.</b> Caracterização dos doentes quanto ao nível de intensidade de dor, em repouso e em movimento nas primeiras 24h. ....	65
<b>Tabela 5.</b> Caracterização dos doentes quanto aos efeitos adversos. ....	66
<b>Tabela 6.</b> Caracterização dos doentes quanto ao uso analgesia resgate. ....	67
<b>Tabela 7.</b> Nível de intensidade da dor em repouso (R) e em movimento (M) em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. ....	67
<b>Tabela 8.</b> Comparação entre os níveis de intensidade de dor e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. ....	68
<b>Tabela 9.</b> Grau de bloqueio motor em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. ....	69
<b>Tabela 10.</b> Comparação entre o grau de bloqueio motor e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. ....	69
<b>Tabela 11.</b> Grau de bloqueio sensitivo em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. ....	70
<b>Tabela 12.</b> Comparação entre o grau de bloqueio sensitivo e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. ....	71
<b>Tabela 13.</b> Uso de analgesia de resgate em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. ....	71
<b>Tabela 14.</b> Comparação entre uso de analgesia de resgate e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. ....	72
<b>Tabela 15.</b> Reavaliação após as 24h em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose. ....	72

<b>Tabela 16.</b> Comparação entre a reavaliação após as 24h e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose. ....	73
<b>Tabela 17.</b> Efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia de resgate.....	73
<b>Tabela 18.</b> Comparação entre a presença de efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia de resgate. ....	74
<b>Tabela 19.</b> Efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia sistêmica.....	74
<b>Tabela 20.</b> Comparação entre a presença de efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia sistêmica.....	75

## INTRODUÇÃO

A Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica pressupõe uma prática profissional avançada dirigida à pessoa em estado crítico e/ou doença crónica, dependente ou em fim de vida. Esta prática deve estar assente em métodos e técnicas de investigação que fundamentem uma prática especializada de acordo com a evidência científica mais atual. A conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma formação de 2.º ciclo, habilita o enfermeiro para o exercício desta área de especialização em Enfermagem. É no âmbito da frequência do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança que emerge a realização do Estágio de Natureza Profissional, cuja conclusão se assinala com a elaboração e discussão pública deste documento - relatório final de estágio profissional.

Este estágio, com a duração de 21 semanas (num total de 450 horas), foi realizado no contexto do Serviço de Emergência/Urgência (SU), na Unidade de Medicina Intensiva (SMI) e na Unidade Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC), do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD). Um Serviço de Urgência caracteriza-se por abranger destinatários de cuidados em situação urgente/emergente, os quais exigem uma avaliação diagnóstica imediata e com grandes desafios no estabelecimento de prioridades no planeamento da Enfermagem Especializada. A unidade de cuidados intensivos é um serviço hospitalar que recebe doentes clinicamente muito graves e complexos, com necessidades muito variáveis em cuidados de enfermagem. Nestas unidades é relevante a oportunidade de lidar com um amplo leque de focos de atenção, que decorrem por exemplo dos domínios relacionados com as questões éticas e dos direitos humanos, dos desafios numa recolha adequada da história clínica e avaliação inicial e dos processos terapêuticos facilmente dependentes do excesso de soluções tecnológicas ou intervencionistas. O juízo clínico e a tomada de decisão dos enfermeiros revelam-se competências essenciais para os cuidados individualizados à pessoa e respetivas famílias/cuidadores, independentemente dos contextos da prática. No caso do enfermeiro especialista, estes componentes são aplicados em condições mais complexas.

Para suportar o juízo clínico e fundamentar a tomada de decisão, neste estágio foram utilizadas as principais *guidelines* de atuação neste âmbito dos cuidados.

Entende-se a enfermagem como uma disciplina autónoma e um campo próprio de intervenção, onde o foco dos cuidados não incide apenas na doença, mas na resposta humana aos problemas de saúde.

O desenvolvimento do estágio teve como linhas orientadoras: os objetivos preconizados pela equipa pedagógica do curso; o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho); e os objetivos pessoais de aprendizagem.

Neste sentido, para o desenvolvimento das competências de investigação em enfermagem médico-cirúrgica, foi realizado um estudo empírico sobre a avaliação da eficácia analgésica no uso de bloqueio de nervo periférico de dose única, no controlo da dor aguda do pós-operatória (DAPO) em cirurgia de artroplastia total primária da anca.

A opção por esta problemática decorre da experiência profissional na Unidade de Dor Aguda (UDA) e no seguimento do *follow-up* destes doentes. Na atualidade a aplicação das técnicas locorreionais em muito tem contribuído para o desenvolvimento das UDA. Estas técnicas podem ser utilizadas tanto como método anestésico ou analgésico. Atualmente, esta intervenção como componente da analgesia multimodal, tem vindo a crescer no tratamento eficaz da DAPO por se associar a menores tempos de internamento, recuperação e deambulação mais rápidas, redução de custos e maior satisfação dos doentes (Gan, 2017). A monitorização da dor dos doentes e vigilância dos protocolos instituídos que lhes estão associadas, são na maior parte dos casos, realizadas por enfermeiros de anestesia, nas primeiras 24h após-cirurgia e se necessário por períodos mais prolongados, de acordo com a ocorrência dos efeitos adversos. O rigor destas avaliações justifica-se pela exigência de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Pretende-se com este estudo contribuir para o conhecimento dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica relativamente às necessidades em cuidados de enfermagem na UDA, em particular aqueles que resultam da avaliação pós-operatória (intensidade de dor e potenciais efeitos adversos) dos doentes submetidos a bloqueio analgésico de nervo periférico em dose única.

Por fim, a elaboração deste relatório tem como finalidade servir de instrumento de avaliação e preconizam-se como objetivos apresentar uma análise crítica sobre a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, bem como a descrição do estudo empírico desenvolvido. Deste modo, está dividido em duas partes. O Parte I inclui uma contextualização do contexto clínico do estágio, os objetivos e competências adquiridas organizadas pelos domínios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), este capítulo termina com uma síntese conclusiva de todo o relatório. Na Parte II, depois de uma breve contextualização, objetivos e enquadramento teórico, são descritos todos os elementos da componente metodológica, resultados, discussão e conclusões do estudo.

**PARTE I**

**ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO**

---

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS CLÍNICOS DESENVOLVIDOS**

A realização de estágios clínicos proporciona o contacto com os contextos da prática clínica de enfermagem, tendo como principal finalidade contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências para a prática de Enfermagem avançada, neste caso dirigida à pessoa em situação crítica. Em diferentes sentidos, esta experiência permite reforçar a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos, a expressão da identidade profissional e aperfeiçoar as habilidades profissionais com o objetivo de oferecer cuidados de excelência.

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica prevê uma unidade curricular (Relatório Final de Estágio Profissional / Trabalho de Projeto), dedicada à prática clínica e à investigação. O estágio profissional preconiza a experiência prática em três áreas de prestação de cuidados, dois deles de carácter obrigatório. Os serviços SU, SMI são de contextos obrigatórios, a UCIC foi por opção individual.

### **1.1 Objetivos Gerais e Específicos por Campo de Estágio**

No contexto da prática clínica referida, foram desenvolvidos objetivos gerais e específicos para cada campo de estágio.

Objetivos Gerais:

- Gerir e interpretar adequadamente informações provenientes da formação inicial, experiência profissional, vida e formação pós-graduada.
- Identificar competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.
- Refletir sobre as competências gerais do enfermeiro e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica.

Objetivos Específicos:

### **Serviço de Urgência/Emergência**

- Desenvolver competências comuns e específicas na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto de urgência e emergência/sala de emergência.
- Conhecer a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na organização e gestão dos serviços ao nível de recursos materiais e humanos, no contexto de no serviço da urgência e emergência.

### **Serviço de Medicina Intensiva**

- Desenvolver competências comuns e específicas na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto dos cuidados intensivos.
- Conhecer a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na organização e gestão dos serviços ao nível de recursos materiais e humanos, no serviço da Medicina Intensiva.
- Conhecer a dinâmica da prestação de cuidados numa Unidade de Medicina Intensiva.
- Participar nos programas de prevenção e controle de infeções na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

### **Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos**

- Desenvolver competências comuns e específicas na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto da abordagem do doente com patologia coronária.
- Conhecer a dinâmica organizacional da prestação de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e na equipa do Laboratório de Hemodinâmica.

## **1.2 Descrição e caracterização dos locais de estágio**

A escolha dos locais de estágio face às opções do planeamento, disponibilizadas pela equipa pedagógica do curso, relacionou-se essencialmente com a possibilidade de aprofundar os conhecimentos e desenvolver habilidades técnicas, relacionais e de gestão no acompanhamento e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em diferentes fases do percurso do doente no hospital. Por outro lado, a experiência de longos anos em

Enfermagem do Perioperatório, na mesma instituição onde decorreram os estágios, possibilitaria uma reflexão mais abrangente no processo contínuo de cuidados necessários entre serviços na mesma instituição. O estágio decorreu ao longo de 21 semanas, num total de 460 horas, entre 16 de setembro de 2016 a 17 de fevereiro de 2017, no CHTMAD.

Nesta parte, pretende-se fazer uma breve descrição e caracterização ao nível dos recursos físicos/humanos e técnicos dos locais de estágio.

O CHTMAD foi criado em fevereiro de 2007, pela fusão entre o Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua EPE, o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego, nos termos e para os efeitos do disposto no Decreto-Lei nº 50-A/2207, de 28 de fevereiro e Decreto-Lei nº 233/2005, de 27 de dezembro. Em 2008 contou, ainda, com a inclusão da Unidade de Cuidados Paliativos, de Vila Pouca de Aguiar.

Abrange uma área geográfica de cobertura de 12 226 Km<sup>2</sup>, um total de 34 concelhos, para uma referência direta populacional de cerca de 300 mil habitantes e referenciação indireta de cerca de 420 mil habitantes. A população abrangida possui características muito específicas e com múltiplas fragilidades, onde sobressaem a insuficiência económica, o envelhecimento da população, o analfabetismo e o défice de acessibilidade. (CHTMAD, 2023)

O Centro Hospitalar está organizado sob matriz departamental - Centros de Gestão - dos quais se destacam o Centro de Gestão de Emergência e Cuidados Intensivos, o qual compreende o SU e SMI e o Centro de Gestão de Medicina que inclui a UCIC.

### **Serviço de Medicina Intensiva**

Em Portugal e de acordo com o (Despacho n.º 9715/2020; p.21), a medicina intensiva é uma área sistémica e diferenciada das ciências médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Os SMI assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que atendem, nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do doente e, evidentemente, da participação do próprio doente e família na definição da estratégia terapêutica.

O Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente do CHTMAD foi criado em 1987, desde 2016 assume a denominação de SMI e tem como missão prestar cuidados de excelência à população de doentes servida pela instituição, nomeadamente ao doente crítico ou potencialmente crítico, com capacidade de reversibilidade global após doença aguda, garantindo-lhe uma vida com qualidade e dignidade e sem sofrimento.

À semelhança da evolução observada nas últimas décadas em Portugal na abordagem do doente crítico, também este serviço alargou a sua ação na gestão do doente crítico à escala hospitalar, isto é, para além da estrutura física do próprio serviço, nomeadamente nas Salas de Emergência (SE) do SU, nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH) e na gestão do circuito do doente crítico intra-hospitalar.

As Unidades de Cuidados Intensivos podem ser categorizadas em três níveis de acordo com o nível de complexidade de cuidados prestados, ou seja, podem ser em nível I, II e III. Uma Unidade de Nível I aceita doentes com risco ou em falência de órgão, visa basicamente a monitorização de forma não invasiva ou pouco invasiva, efetua manobras de reanimação sempre que necessário e articula-se com outras unidades. Uma Unidade de nível II tem monitorização invasiva e tem a capacidade de proporcionar suporte de órgão, mas não tem acesso permanente a meios de diagnósticos e a especialidades diferenciadas. Uma unidade de nível III é constituída por uma equipa de enfermagem e médica qualificada, com assistência médica por um intensivista durante 24h, têm acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados. Esta última, constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente (Penedo et al, 2013).

O estágio realizado no SMI decorreu no período de 04/11/2016 a 16/12/2016, num total de 152 horas.

Quanto à estrutura física, o SMI está localizado na Unidade Hospitalar de Vila Real do CHTMAD, no piso 0 com uma área total de 1900m<sup>2</sup>, sendo a área de enfermaria de 1260m<sup>2</sup>. Da capacidade instalada, dispõe de 16 a 24 camas nível III/II, com duas unidades de isolamento com pressões variadas, com capacidade de pressões negativas em todo o serviço. Todas as unidades estavam equipadas com camas articuladas, monitorização hemodinâmica e suporte ventilatório (invasivo e não invasivo). As unidades estavam padronizadas face ao equipamento disponível tendo por base a utilização de *check-lists* de verificação.

As áreas de trabalho, possuem sistemas de vigilância centralizada e equipadas com sistemas informáticos para consulta e registos clínicos. Existia ainda uma sala de trabalho de enfermagem, isolada das zonas de vigilância para preparação de medicação.

Quanto às áreas de apoio foi possível identificar: vestiários próprios com instalações sanitárias e duche; gabinete do diretor serviço, do enfermeiro gestor e uma sala de reuniões equipada com audiovisuais; dois armazéns de equipamentos e instalações de stocks; uma copa; um quarto de descanso médico; uma sala de espera para a família/cuidadores; uma sala de comunicação de más notícias; adufa de preparação de visitas; uma área de secretariado clínico e uma área exterior de lazer para profissionais.

Os circuitos de limpos e sujos estavam claramente definidos, estando a unidade equipada com contentores seletivos de separação e selagem de resíduos. O circuito de entrada de profissionais, doentes e visitas eram independentes.

Os equipamentos e dispositivos médicos eram em número e qualidade adequados, destacando-se: os equipamentos de monitorização hemodinâmica (incluindo avaliação do índice bispectral, monitorização contínua do débito cardíaco, pressão intra-abdominal) e ventilação invasiva e não invasiva; o equipamento dialítico - técnica de substituição renal contínua; o equipamento de broncofibroscopia; um ecógrafo (diversas sondas, incluindo sonda cardíaca e técnica transesofágica); o equipamento de via aérea difícil (videolaringoscopia e fibroscopia); o carro de emergência e desfibrilador multifunções; ventiladores de transporte; hipotermia terapêutica e o sistema eletrónico de dispensa de medicamentos (*Pyxis medStation System*®). Foi possível observar ainda a existência de diversos carros de apoio e armários de material de consumo clínico, localizados e organizados por forma a facilitar o acesso rápido, incluindo Kits pré-definidos com material de procedimentos médicos e de enfermagem específicos.

Os recursos humanos do serviço eram constituídos por uma equipa de enfermagem, num total de 33 enfermeiros, destes 8 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (EMC) e um especialista em Enfermagem de Reabilitação; por uma equipa médica, com 8 médicos especialistas em Medicina Intensiva, contando com a colaboração multidisciplinar de consultores dos vários serviços de ação médica institucionais (Medicina Física e Reabilitação, Patologia Clínica, Imagiologia e Nutrição); 11 assistentes operacionais e um assistente técnico a exercer funções no Secretariado Clínico.

Sobre o modelo organizativo, compete ao Diretor de Serviço definir as políticas de formação e pedagógica, de orientação estratégica e de metodologia organizativa sempre em estreita articulação com as equipas de enfermagem e corpo médico. Não obstante, os critérios explícitos de admissão, alta e triagem, reconhecem a autonomia e decisão do doente, as suas vontades e a capacidade de este poder delegar essas competências. A família desempenha sempre um papel importante no percurso do doente desde a admissão.

O modelo de circuito do doente crítico implementado assume uma abordagem organizativa e distribuída por pelouros de responsabilidade, na abordagem, tratamento e orientação de doentes críticos /potencialmente, críticos, de forma articulada e coordenada pela equipa do SMI, que inclui a resposta assistencial dos doentes da SE, as enfermarias de nível III/II, a EEIH, as atividades clínicas desempenhadas fora do contexto das enfermarias de nível III/II. De realçar ainda, a missão interdisciplinar desenvolvida pelos enfermeiros e médicos do serviço na avaliação de doentes e famílias em regime de ambulatório (consulta externa) na avaliação da repercussão da doença crítica no contexto do estudo do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos.

A distribuição de recursos humanos obedece a um modelo articulado e ajustado face à atividade programada semanalmente. A equipa de enfermagem realiza trabalho por turnos de acordo com o seguinte esquema: 8-15,30h, 15-22,30h e 22-8,30h. A distribuição dos locais de trabalho obedece a um modelo articulado face à atividade clínica programada semanalmente, incluindo ainda a consulta externa de enfermagem com dois períodos semanais, a atividade formativa e de investigação e os programas de auditoria interna de qualidade. O rácio em enfermaria é estabelecido face às taxas de ocupação, numa relação de 1:2 enfermaria Nível III e 1:3 enfermaria Nível II. Não obstante, face ao grau de gravidade do doente crítico e da complexidade de cuidados é sempre considerado uma relação de 1:1 nas situações avaliadas face às necessidades (por exemplo, doentes submetidos a técnica substituição renal). É da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno a distribuição de doentes e a previsão de reforços de equipa. Os cuidados médicos são assegurados presencialmente por dois médicos nas 24 horas, destacados para enfermaria e SE. Diariamente eram realizadas duas reuniões multidisciplinares, com a presença da Enfermeira Gestora.

## **Serviço de Emergência/Urgência**

A Emergência e Urgência médica são entendidas como a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (Despacho nº 18459, 2006). O Despacho Normativo nº 11/2002 relativo à criação dos Serviço de Urgência refere no art.º 1º: “(...) *serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas (...)*” (p.1865).

O SU do CHTAMD goza de estatuto de Serviço de Urgência Polivalente, nível mais diferenciado dos serviços de urgência, servindo de resposta de proximidade à população da sua área de abrangência e com a maior carteira de serviços na região de Trás-os-Montes. A instituição hospitalar, dispõe de três polos de urgência em atividade permanente: Unidade hospitalar de Vila Real (Urgência Polivalente), Unidade hospitalar de Chaves (Urgência Médico-Cirúrgica) e Unidade hospitalar de Lamego (Urgência Básica).

O SU é a unidade de referência na Região de Trás-os-Montes e Alto Douro, atendendo ao grau de diferenciação de urgência polivalente. Recebe doentes helitransportados e referenciados pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). No pré-hospitalar sob tutela logística e estrutural partilhada com o INEM, contempla duas VMER (Chaves e Vila Real) e uma ambulância de suporte imediato de vida (Lamego). O serviço dispõe de equipa médica e de enfermagem de transporte de doente crítico e/ou agudo nas unidades de Chaves e Vila Real.

O estágio foi realizado no SU da unidade de Vila Real, no período de 06/01/2017 a 17/02/2017, num total de 168 horas de formação.

Este serviço está localizado na Unidade Hospitalar de Vila Real do CHTMAD, piso - 1.

Da capacidade instalada dispunha de uma enfermaria de observação com lotação nove camas, uma sala de decisão clínica com lotação de nove camas e uma SE com lotação para três doentes.

As áreas de trabalho incluíam: uma sala de espera de doentes; um secretariado de admissão de doentes; dois gabinetes de triagem de Manchester; uma sala de trabalho de enfermagem para procedimentos e registos; três gabinetes médicos de medicina geral; um

gabinete de medicina interna; um gabinete de neurologia; um gabinete de psiquiatria; uma sala de pequena cirurgia; uma sala de ortopedia e uma sala de nebulizações.

Nas áreas de apoio identificaram-se o gabinete do enfermeiro gestor; o gabinete diretor de serviço; a sala de repouso; a copa dos doentes e profissionais, dois armazéns de material clínico e equipamento, assim como os sanitários para profissionais e doentes.

Quanto aos equipamentos e dispositivos médicos, este revelaram estar adequados às necessidades do serviço/doentes, destacando-se: os equipamentos de monitorização hemodinâmica (incluindo avaliação capacidade de monitorização invasiva) e ventilação invasiva e não invasiva; os equipamento de via aérea difícil (videolaringoscopia e fibroscopia); os ecógrafos para ecografia abdominal e pleuro-pulmonar; o carro de emergência e desfibrilador multifunções; os ventiladores de transporte e o sistema eletrónico de dispensa de medicamentos (*Pyxis medStation System®*). Foi possível observar ainda a existência de diversos carros de apoio, armários de material de consumo clínico, kits pré-definidos com material de procedimentos médicos e de enfermagem específicos e, na sala de emergência armários e carros de apoio protocolados.

Nos recursos humanos, foi possível observar que a equipa de enfermagem era constituída por um total de 46 enfermeiros, dos quais cinco eram especialistas em EMC.

Quanto ao modelo organizativo, importa referir que a admissão de doentes ao SU ocorria após aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester (TM), efetuada por enfermeiros com formação na área, com o objetivo de estabelecer a determinação do grau de risco clínico dos doentes, de acordo com um fluxograma que estrutura todo o processo de avaliação e atribuição do grau de prioridade clínica no atendimento. Neste protocolo, há uma classificação baseada em cores identificadoras através de pulseira colocadas nos doentes, capaz de organizar o atendimento dos pacientes de maneira eficiente e segura. Os doentes com pulseira vermelha (grau de prioridade imediata) eram admitidos diretamente na SE, assegurada e sob responsabilidade do médico intensivista do SMI. Nesta área existia permanentemente um enfermeiro do SU, escalado nas 24 horas. As áreas laranja, amarela, verde e azul, possuíam zonas de espera identificadas onde os doentes aguardavam as chamadas pelas equipas médicas. Para cada uma destas áreas existiam profissionais de enfermagem alocados. Pela sua pertinência, destacam-se ainda as 4 vias verdes implementadas no SU: Via Verde de Sepsis, da responsabilidade do médico do SMI; Via Verde de Trauma, sob responsabilidade da equipa de cirurgia geral; Via Verde de Coronária, sob responsabilidade da equipa de cardiologia e Via Verde de

Acidente Vascular Cerebral, sob responsabilidade partilhada entre equipa de neurologia e SMI. Quando acionadas as vias verdes, os doentes eram admitidos diretamente na SE.

A equipa de enfermagem realizava trabalho por turnos distribuídos das 8-15,30h, 15-22,30h e 22-8,30h. O rácio de enfermeiros era estabelecido em função dos postos/áreas de trabalho. No entanto os rácios podiam ser ajustados, face ao grau de afluência ao serviço. O método de trabalho por tarefa foi o utilizado. Era da responsabilidade do enfermeiro gestor, em coordenação com o enfermeiro responsável de turno, a distribuição dos doentes e posto de trabalho pela equipa de enfermagem.

### **Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos**

A UCIC foi inaugurada a 28 de março de 1995, com o objetivo de dar resposta às seguintes situações clínicas: Enfarte Agudo do Miocárdio com evolução < 48 horas; Enfarte Agudo do Miocárdio > 48 horas, mas complicado; suspeita enfarte agudo do miocárdio até esclarecimento do diagnóstico; angina instável, disritmia grave, insuficiência cardíaca grave e/ou aguda, choque cardiogénico.

Esta unidade constitui-se como a unidade de referência na Região de Trás-os-Montes e Alto Douro, atendendo ao grau de diferenciação e existência de Laboratório de Hemodinâmica e Intervenção Coronária no CHTMAD. Recebe doentes helitransportados e referenciados pelos meios do INEM.

O estágio na UCIC decorreu no período de 16/09/2016 a 28/10/2016, num total de 140 horas.

A UCIC está localizada na Unidade Hospitalar de Vila Real do CHTMAD, piso 0. Da capacidade instalada contava com uma enfermaria com 8 unidades de internamento, das quais seis são boxes compartimentadas e duas são individualizadas por cortinas. Adjacente à UCIC encontra-se o Bloco Operatório de *Pacing* e Eletrofisiologia.

Das áreas de trabalho foi possível identificar uma área de vigilância centralizada, equipada com sistemas informáticos para consulta e registos clínicos, e uma sala de trabalho de enfermagem isolada das zonas de vigilância para preparação de medicação uma sala de ecografia.

As áreas de apoio incluíam o gabinete enfermeiro gestor, uma copa de apoio a doentes e profissionais, quatro armazéns de material e equipamento, duas salas de reuniões, uma

sala de espera de visitas, a sala de comunicação de más notícias partilhados com o SMI e o gabinete de secretariado clínico.

Dos equipamentos e dispositivos médicos, destacavam-se igualmente os equipamentos de monitorização hemodinâmica e ventilação não invasiva, um eletrocardiógrafo e ecocardiógrafo, o carro de emergência e desfibrilador multifunções e o sistema eletrónico de dispensa de medicamentos (*Pyxis medStation System*®). Foi também possível observar diversos carros de apoio e armários protocolados com de material de consumo clínico.

Os recursos humanos relativos aos profissionais de Enfermagem incluíam um total de 23 enfermeiros, dos quais cinco eram especialistas em EMC. A equipa médica era constituída por um ou dois cardiologistas, em regime de presença física durante 24 horas/dia.

No âmbito do modelo organizativo considera-se pertinente referir que a distribuição de doentes pelos enfermeiros de serviço era realizada no início de cada turno pelo enfermeiro gestor ou enfermeiro responsável. O método utilizado era o individual, contudo, em emergências ou acolhimento era necessário evidenciar o trabalho colaborativo em equipa. A atribuição da função de enfermeiro responsável de turno era feita em primeiro lugar ao enfermeiro especialista e em segundo lugar ao enfermeiro de cuidados gerais (na ausência do enfermeiro especialista ou inadequação à função), tendo em consideração o tempo de serviço e os anos de experiência profissional na UCIC.

Os registos de enfermagem inerentes à prestação dos cuidados de enfermagem eram efetuados no programa informático *SCLínico*, o qual tem em conta o processo de enfermagem e utiliza a linguagem universal da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Para auxiliar e orientar o desempenho profissional da equipa de enfermagem existiam no serviço normas institucionais no âmbito do processo de acreditação e qualidade. A equipa de enfermagem realizava trabalho por turnos, distribuídos das 8-15,30h, 15-22,30h e 22-8,30h, o número de elementos em cada turno era de quatro enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e três no turno da noite, sendo a escala efetuada mensalmente pelo enfermeiro gestor.

## 2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A análise crítica sobre a aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem requer a clarificação do que se entende por competência, pelo que neste documento considera-se ser um conjunto complexo de capacidades, conhecimentos e recursos necessários ao cuidar da pessoa/família, com vista ao aproveitamento de todo o potencial de qualidade dos cuidados e segurança das pessoas. Este é um conceito amplamente discutido na Enfermagem e na opinião de Oliveira, Queirós & Castro (2015) ainda não se chegou a uma definição consensual, à semelhança do que acontece em outras profissões.

Para Pacheco (2011, p.13) o conceito de competência ultrapassa o domínio dos conhecimentos, pois sem a capacidade de os mobilizar e atualizar não se pode falar em competência. Para se ser competente, além dos conhecimentos devem ser mobilizados outros recursos como o *“raciocínio, a interpretação, a iniciativa, a criatividade, o colhido das experiências anteriores e os próprios valores. assim, a pessoa competente deve ser capaz de, perante uma situação singular e nova, identificar os saberes pertinentes, seleccioná-los, combiná-los e mobilizá-los adequadamente.”*

Em 1998, a criação da OE facilitou o processo de determinação das competências profissionais (Ordem Enfermeiros, 2003).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, inicialmente publicado com o nº 122 em 2011, foi alterado em 2019 (Regulamento nº 140/2019). Este documento esclarece os diversos conceitos de competências (comuns, específicas, acrescidas, entre outros) e os diferentes domínios das competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Todos os enfermeiros especialistas, independentemente de sua área de especialização, devem possuir habilidades comuns que são aplicáveis em todos os contextos, seja no nível de cuidados de saúde primários, secundários ou terciários.

O enfermeiro especialista é alguém que procura continuamente o seu desenvolvimento, apoiado na constante atualização de seus conhecimentos. De acordo com o Artigo 8 da (Lei nº 156/2015, p. 8061) o título de enfermeiro especialista reconhece competências técnicas e humanas que capacitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas, além da prestação de cuidados gerais.

Deste modo, importava também identificar as competências específicas de cada área de especialidade em enfermagem.

No caso da especialidade em EMC, considerando a vasta abrangência da mesma e as necessidades em cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes identificam-se diferentes áreas de enfermagem já reconhecidas: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica. O reconhecimento destas áreas decorre das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro e estão identificadas no Regulamento n.º 429/2018, o qual estabelece então os domínios das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas diferentes áreas de atuação. A área de enfermagem da pessoa em situação crítica abrange os domínios: a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção 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.

A definição clara das competências dos enfermeiros, em particular dos enfermeiros especialistas é determinante para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem, além de promover o desenvolvimento profissional contínuo e o reconhecimento da profissão. Deste modo, considera-se que este foi um passo importante na evolução da profissão em Portugal.

Esta reflexão sobre o desenvolvimento das competências no estágio de natureza profissional tem início com a análise organizada a partir do regulamento das competências comuns e posteriormente do regulamento das competências específicas, referidos anteriormente. As descrições e reflexões resultantes da experiência nos diferentes contextos – SMI, SU e UCIC do CHTMAD, devem ser fundamentadas no raciocínio esperado para um futuro enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Além disso, devem ter em consideração os objetivos delineados no projeto de estágio.

## 2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A enfermagem é uma profissão que se autorregula, baseando-se em princípios éticos e deontológicos estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). No âmbito da competência comum do enfermeiro especialista, especificamente na responsabilidade profissional, ética e legal, espera-se que o enfermeiro desenvolva uma prática especializada, agindo de acordo com normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, art.º 5º são competências deste domínio:

*“a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”*  
(p.4745).

A sua concretização envolveu a observação dos circuitos e espaços físicos dos diferentes contextos do estágio, em particular os dirigidos aos doentes e famílias/cuidadores, a consulta de normas e protocolos inerentes a cada serviço, a familiarização com as equipas profissionais e o conhecimento da dinâmica organizacional. Durante os estágios, a integração nas equipas multidisciplinares assumiu-se disponibilidade e proatividade na discussão dos casos clínicos, além da prestação direta de cuidados. A postura adotada foi empática, disponível para novos conhecimentos e colaborativa. Respeitando legalmente os direitos dos cidadãos, em consonância com o art.º 2º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1978, p.489):

*“Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.”*

Destaca-se neste estágio a reflexão efetuada com a equipa multidisciplinar, no âmbito da aplicação das medidas de limitação de esforço terapêutico e a discussão de possíveis casos aplicados às Diretivas Antecipadas de Vontade, que recolocam a autonomia dos doentes no centro da sua decisão. A respeito das limitações de medidas de esforço terapêutico, situações comuns nesta experiência e em particular no SMI, importa considerar que na impossibilidade de se obter consentimento do próprio, e na ausência de representantes legais, é dever de qualquer profissional agir no melhor interesse do doente, nos moldes enunciados no art.81<sup>a</sup> do Código Deontológico do Enfermeiro, *“respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”* (p. 1755).

A abstenção de terapêuticas inúteis, consiste na decisão de não iniciar ou de interromper tratamentos que não trazem benefício para o doente ou implicam sofrimento desproporcionado em relação ao benefício que ele irá obter (Pimenta, 2005). De acordo como parecer Conselho Jurisdicional da OE, a decisão de não iniciar ou interromper tratamentos que não trazem benefício para o doente e, que pelo contrário implicam desconforto é um dever ético fundamentado no princípio da não-maleficência e da justiça, e neste sentido considerada uma boa prática pretendida (Parecer CJ-24/2001, p. 259). Esclarece o Conselho Jurisdicional da OE a este propósito, citando Laureano Santos defende:

*“o único limite será a incerteza do diagnóstico, situação que necessariamente terá de impor o início imediato e continuado de todas as medidas de reanimação. Quando é possível conhecer as situações com antecipação há vantagem em que toda a equipa conheça a existência de instruções de não reanimação as quais serão decididas em conjunto, por consenso, anotando as decisões de «não reanimar» no processo clínico.”*  
(Parecer CJ-24/2001, p. 260-261)

De acordo com o que foi descrito, facilmente se entende que a opção de "não reanimar" quando tomada unilateralmente pelo médico que a prescreve pode colocar o enfermeiro perante um dilema, de ter que optar entre o dever de cumprir a prescrição médica e o dever de agir salvaguardando o que, em consciência, entende ser o melhor interesse do doente. Neste sentido, foi possível constatar ao longo do estágio que os profissionais assumiam o processo de tomada de decisão partilhada, considerando a avaliação e a reflexão ética e o curso de ação mais apropriado para o bem-estar dos doentes.

A OE defende o direito de cada pessoa à autodeterminação e a uma adequada informação que permita a tomada de decisões face nos cuidados de enfermagem prestados e que lhe são propostos. O consentimento informado livre e esclarecido, constitui um dos aspetos básico na relação entre os profissionais da saúde e os doentes, na salvaguarda do respeito pela autonomia da pessoa e a sua autodeterminação no exercício de escolhas livres. O respeito pela pessoa significa, principalmente, reconhecer e promover a sua capacidade para pensar e decidir. Ao ser-lhe reconhecida esta capacidade, a pessoa está a ser considerada um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores que devem ser respeitados. De acordo com o art.º 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros os enfermeiros têm o dever de informação:

*“no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”* (Decreto-Lei 104/98, p. 1755).

O princípio da autonomia é sustentado por premissas fundamentais que requerem ser honrado, garantindo o direito à tomada de decisões. Isso implica assegurar que as escolhas feitas pelos doentes sejam verdadeiramente autónomas e livres, além de garantir que a pessoa que toma a decisão esteja devidamente informada para fazê-lo. É imperativo que os enfermeiros respeitem o direito à decisão, não apenas por considerações morais, mas também por princípios profissionais.

As solicitações dirigidas aos enfermeiros eram múltiplas, desde logo pela disponibilidade na facilidade de contacto com o doente e família/cuidador. As ações de enfermagem devem ser guiadas pelo respeito, reconhecimento e defesa da autonomia da pessoa, pois foi possível confirmar que a complexidade da linguagem médica, as propostas de procedimentos técnicos prescritos e a realização de determinados exames complementares de diagnóstico, geravam angústias, dúvidas e medos justificáveis, em ambientes muitas vezes hostis, como são os serviços nas áreas de abordagem do doente crítico. Em particular no SU, foi possível observar que os doentes nem sempre possuíam naquele momento as capacidades cognitivas para tomarem decisões, esta dificuldade

notava-se por exemplo na falta de compreensão da informação fornecida ou no estado de ansiedade em que se encontravam.

Estas observações permitiram ainda refletir sobre a comunicação e a transmissão de informação, enquanto intervenção de enfermagem. Nos diferentes contextos de estágio, observou-se que quando esta era adequada e acompanhada pelo estabelecimento de relações interpessoais de confiança, promovia claramente o empoderamento da pessoa na sua capacidade de decisão.

O respeito e proteção da intimidade dos doentes, conforme estabelecido no art.º 107º do Código Deontológico é claro

*“(…). Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.” (Lei 156/2015, p. 8103).*

Tendo sido observado o seu cumprimento consistente no SMI e UCIC, nomeadamente nos momentos de exposição de doentes nos exames físicos e nos cuidados de higiene. Este princípio obedecia a critérios rigorosos de cumprimento das regras de preservação da intimidade, sob supervisão dos enfermeiros gestores. Contudo, no SU os profissionais enfrentam muitos desafios neste âmbito, com particular preocupação durante os meses de inverno, justificada pelo aumento de afluência de doentes com patologia respiratória agudizada, podendo verificar-se que a prestação de cuidados, ocorre muitas das vezes com uma exposição corporal indesejável, apesar da utilização de meios de proteção. Esta dificuldade aumentava quando ocorria indisponibilidade de meios e subdimensionamento do SU, com a presença muito frequente de doentes em macas nos corredores, apesar dos esforços das equipas de gestão em colmatar a disponibilidade de vagas. A identificação deste problema, levou a que fossem constituídas equipas de gestão de altas dedicadas na instituição, com as quais houve a oportunidade de discutir as possíveis melhorias no circuito interno do doente e os constrangimentos no acesso às enfermarias.

O princípio da proteção de dados e da informação relacionado com os momentos de passagem de turno, foram também uma preocupação ao longo do estágio. As passagens de turno são momentos de partilha de informação sobre o estado de saúde dos doentes, garantindo a continuidade dos cuidados. No SMI e na UCIC ocorriam dois momentos diários, em espaços dedicados longe das enfermarias, salvaguardando e confidencialidade

da informação sob a responsabilidade dos enfermeiros responsáveis por cada doente. No do SMI é usado o processo físico e na UCIC o processo informático. Contudo, a passagem de turno no SU ocorria frequentemente junto dos doentes, nas situações em que a distribuição de doentes ocupava os corredores, levantando preocupações sobre a confidencialidade e privacidade da informação. Esta situação foi discutida em equipa e alterado o procedimento passando a equipas a identificar as macas numericamente e as passagens de turno passaram a ocorrer em sala de trabalho, com recurso a informações em processo informático. Em nenhum dos serviços eram utilizados quadros de parede com a identificação de doentes e diagnósticos.

Importa recordar que todas as informações referentes ao estado de saúde do doente: situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal são confidenciais, nos termos da alínea b) e c) do Artigo 106º do Código Deontológico, os enfermeiros estão obrigados a guardar segredo profissional sobre o que tomam conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

*“partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos e só podem divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico”.* (Lei 156/2015, p. 8103).

Em síntese, não existem cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica sem o respeito pela dignidade da pessoa, da sua intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio, independentemente das suas escolhas e perspetivas de saúde. Mas os cuidados à pessoa em situação crítica incluem também os cuidados direcionados à família/cuidadores. No decorrer do estágio houve oportunidade de promover a participação ativa da família na prestação de cuidados, estabelecer a possibilidade de verbalização de emoções e sentimentos, fornecer informações no âmbito do planeamento de alta e agilizar recursos na comunidade favorecedores do processo de reabilitação. A prestação de cuidados de enfermagem à família/cuidadores facilitadores de um ambiente de comunicação aberto e empático contribui para a humanização dos cuidados. Nos serviços onde decorreram os estágios o acesso o regime de visitas, face às características específicas, obedecia a normas internas de serviço. No caso concreto do SMI o regime

de visitas efetuava-se por dois períodos diários, de 30 minutos cada. A informação a prestar aos familiares/cuidadores/amigos dos doentes admitidos era partilhada pelo médico de serviço e pelo enfermeiro. Na impossibilidade de deslocação de familiares à enfermaria, diariamente o médico e/ou enfermeiro responsável pelo doente, fornecia informações por telefone ou por vídeo chamada. Em situações excecionais, como as situações de fim de vida, o número de visitas podia ser superior e o tempo de permanência junto do doente alargado.

Por fim, neste domínio a relação estabelecida com pessoas em situação crítica envolveu competências técnico-científicas, comunicativo-relacionais e condições éticas que promoveram a confiabilidade e a parceria. A ética na enfermagem envolve, em primeiro lugar, o respeito pelos princípios fundamentais, como a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Os enfermeiros têm a responsabilidade ética de reconhecer e promover a autonomia dos pacientes, permitindo-lhes participar nas decisões relacionadas aos seus cuidados de saúde sempre que possível. O respeito pelos princípios éticos e o cumprimento das normas profissionais são essenciais para a manutenção da confiança da sociedade na profissão.

## **2.2. Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados**

Os sistemas de gestão e qualidade englobam um conjunto de normas e procedimentos a serem utilizados na instituição onde se realizaram os estágios, com intuito de promover: a avaliação e a satisfação dos doentes e/ou serviços; promover a melhoria contínua da qualidade; assegurar uma gestão otimizada das instalações e equipamentos e promover a comunicação interna e a formação contínua.

A determinação na prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficiência capazes de melhorar os processos internos e o aumento da satisfação dos doentes, só são possíveis através da consolidação e manutenção de indicadores de gestão na qualidade e segurança, tendo em vista a melhoria do desempenho dos serviços e o reconhecimento ao nível interno e externo.

O exercício da qualidade em saúde, implica um esforço diário e persistente para que se assegurem cuidados de saúde em segurança e de forma equitativa; a utilização dos recursos seja eficiente e satisfaça os cidadãos correspondendo, tanto quanto possível, às

suas necessidades e expectativas de forma a melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Neste seguimento, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, implementou um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. As competências comuns do domínio da melhoria contínua da qualidade do enfermeiro especialista, definidas no art.º 6º do Regulamento n.º 140/2019, são as seguintes:

*” garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro”* (p. 4745).

No decurso do estágio houve oportunidade de participar: em programas de melhoria contínua dos cuidados, mobilizando conhecimentos e incorporando-os na prática clínica; na melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional; na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com entidades promotoras de investigação e, na comunicação dos resultados das atividades de serviço/instituição na área da qualidade, aos enfermeiros e gestores. Desta participação destacam-se as seguintes observações:

- Anualmente, esta instituição hospitalar realizava inquéritos de permitiam aferir o grau de satisfação dos doentes no SU. No ano de 2016, dados publicados no Relatório de Sustentabilidade (2019) a taxa global de satisfação dos doentes no SU foi de 86%. (CHTMAD, 2019).

- Todos os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os demais que integrem a rede nacional de prestação de cuidados de saúde, devem garantir a existência de um Grupo de Controlo Local do Programa de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). No decorrer do estágio houve a oportunidade de acompanhar os enfermeiros especialistas dos serviços de SMI e UC que estabeleciam com a GCL-PPCIRA os elos de ligação aos serviços correspondentes, na monitorização e adesão dos cinco momentos da prática da higiene das mãos, e participar nas observações e recolha de dados do programa de auditoria interno. Foi possível verificar que a estratégia implementada junto das equipas multidisciplinares apresentava um carácter pedagógico e cooperativo.

- No âmbito da gestão de risco clínico a instituição preconizava através de normas internas que os serviços de ação médica monitorizem as seguintes áreas de intervenção (risco de quedas, úlceras de pressão e eventos sentinela, eventos adversos e quase falhas) cujos dados são recolhidos pelos enfermeiros gestores e reencaminhados para o Gabinete de Qualidade da Instituição. A avaliação do grau de risco de quedas nos serviços, era realizado aquando da avaliação inicial de enfermagem (primeiras 24 horas), a todos os doentes internados, através do preenchimento da Escala de Morse, com respetivo registo em processo clínico. Eram igualmente efetuadas avaliações sempre que: existia uma alteração no estado clínico do doente que interferisse no risco de queda; aquando da instituição de terapêutica que interferisse com o estado de consciência do doente e após quedas identificadas. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão através da utilização da Escala de Braden (versão adulto e pediátrica) era efetuada a partir das primeiras seis horas após admissão, independentemente do diagnóstico clínico e das necessidades de cuidados de saúde.

- A notificação de eventos sentinela, eventos adversos e quase falhas, tem como objetivo promover a boa prática de notificação de incidentes e eventos adversos ocorridos na organização, para que possam ser utilizados como fonte de aprendizagem após análise das ocorrências e posteriormente se possam desenvolver as medidas corretivas/preventivas que promovam a melhoria da qualidade e segurança dos doentes, profissionais e visitantes da instituição hospitalar. A respeito desta norma de qualidade foi possível verificar que o grau de adesão era relativamente baixo, percebendo-se em resultado das discussões tidas com a equipa, existir uma cultura interna transversal aos serviços muitas das vezes associada a juízos “culpabilização” que eventualmente possam ser entendidos pelos órgãos de gestão. Neste sentido, os aspetos pedagógicos inerentes à importância da norma necessitavam ser trabalhados no sentido de se aumentar o grau de adesão. Face à importância de análise interna e institucional dependendo do perfil de risco a que esta associados as notificações.

- A participação e cooperação em programas específicos de qualidade implementados nos serviços onde decorreram os estágios, incluiu no SMI o acompanhamento com o enfermeiro gestor na recolha de dados do projeto R-GNOSIS (*Resistance in Gram-Negative Organisms: Studying Intervention Strategies*), que visava a recolha de dados de um ensaio clínico no momento de admissão até ao momento de alta, em doentes internados em enfermaria nível II/III a fim de perceber o comportamento de resistências de bactérias gram-negativas resistentes a múltiplos medicamentos micro organismos com

a implementação de antibioterapia. Acompanhar o trabalho desenvolvido pelos grupos de trabalho nacional promovidos pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, que engloba várias unidades nacionais e que localmente dispõe de enfermeiros investigadores, com objetivo de implementar a avaliação de dor (5ª Sinal Vital) no doente crítico não verbal, com recurso à utilização de escalas multidimensionais. Na UCIC, participar e realizar auditorias no programa de melhoria de qualidade intitulado “Acolhimento da UCIC: Avaliação da satisfação do doente”, aplicado no momento de admissão do doente no serviço, com forte contributo para a humanização de cuidados. Os dados do programa eram sujeitos a controlo por um segundo avaliador, auditando no decurso do tempo em que os doentes permaneciam internados na UCIC. processo face as informações relativas ao momento de admissão.

- O Centro de Investigação Clínica do hospital estabelecia protocolos com entidades promotoras de investigação epidemiológica e clínica, nomeadamente na implementação de ensaios com medicamentos. Neste sentido, foi possível entender as dinâmicas de trabalho dos enfermeiros investigadores no acompanhamento da realização dos ensaios. A organização da planificação dos horários era feita de acordo com a necessária disponibilização dos enfermeiros investigadores nos ensaios clínicos, cujos protocolos exigem muitas das vezes várias horas de permanências na instituição. O peso de ensaios clínicos na UCIC, no conjunto dos ensaios existente na instituição, assume uma importância significativa.

- Por último, mencionar a importância da dimensão da segurança do doente e na adequação e conforto das instalações. Diariamente foi possível executar nas três áreas de cuidados as verificações de *Check-lists* referentes ao equipamento de desfibrilação, armazenamento de medicamentos quando em áreas refrigeradas. Semanalmente, verificação dos carros de emergência à exceção da sala de emergência cuja verificação é diária, de acordo com as normas internas dos serviços. Em colaboração com os enfermeiros gestores, foi possível conhecer a metodologia de reposição de stocks e participar na gestão adequada de stocks, segundo reposição por níveis nas três áreas. Bem como, assegurar uma adequada gestão do equipamento médico.

Pelo descrito anteriormente, considera-se terem sido desenvolvidas as competências na gestão de melhoria contínua de qualidade, quer ao nível institucional, quer ao nível dos serviços. Foi possível participar ativamente nas áreas de gestão de risco, investigação e medidas de prevenção e controlo da infeção perante o doente crítico. Com os enfermeiros

gestores nas áreas de gestão, houve a oportunidade de colaborar em medidas promotoras de ambientes seguros. O pensamento crítico nos diferentes contextos de intervenção foi uma constante na prática de enfermagem, pelo que globalmente se entende ter contribuído para o aumento dos níveis de satisfação do doente e família/cuidadores.

### **2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados**

No contexto das instituições de saúde, o enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel crucial na gestão dos cuidados. Essa gestão envolve a adaptação dos recursos às necessidades, a supervisão e otimização das respostas da equipa de enfermagem para aprimorar a qualidade dos cuidados e, inclusive, a adequação dos estilos de liderança para aprimorar as relações dentro da equipa, com o objetivo de alcançar as metas institucionais. O enfermeiro especialista em EMC administra os cuidados, otimizando as ações dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, promovendo a qualidade de cuidados. As competências comuns do domínio da gestão dos cuidados do enfermeiro especialista, definidas no art.º 7º do Regulamento n.º 140/2019 são as seguintes:

*“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (p.4745).*

O enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, salvaguardando um ambiente seguro e a otimização de recursos e da equipa, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

A gestão de cuidados configura-se como um conjunto de processos interligados e planeados para oferecer cuidados de saúde em ambiente seguro e de acordo com dotações seguras.

Dentro desse contexto, torna-se relevante explorar a metodologia de trabalho adotada nos serviços. Assim, o método de distribuição de doentes nos ambientes de cuidados intensivos (SMI e SCIC) obedecia ao método de trabalho individual, com rácios pré-estabelecidos e recomendados de acordo com os índices de gravidade de doentes e necessidade de cuidados permanentes. Como referido anteriormente, a distribuição de doentes em ambiente de cuidados intensivos obedecia a um rácio enfermeiro/cama de 1:2

ou 1:3. A distribuição de doentes ficava a cargo do enfermeiro responsável de turno. Em situações de maior complexidade de cuidados clínicos e procedimentos, podia ser estabelecido numa relação de 1:1. No SU, considerando a dispersão dos espaços físicos aliado à existência de diferentes sectores (triagem, área médica, área cirúrgica, sala de emergência, salas de observação e de macas) a metodologia era essencialmente por tarefa. A planificação era da responsabilidade do enfermeiro gestor, em coordenação com o enfermeiro responsável de turno. A delegação de tarefas na gestão de cuidados pode exigir do enfermeiro especialista adaptações rápidas em função do aumento imprevisível de entradas de novos doentes. A exigência de coordenação de equipas é um processo complexo que requer supervisão permanente, contudo permite executar um elevado número de intervenções num curto período. Foi possível observar que a delegação nos enfermeiros responsáveis, contribuiu significativamente para a promoção da melhoria dos cuidados, na medida em que estes funcionavam como líderes intermédios.

A implementação do processo de enfermagem foi efetuada no *SClinico*, com recurso à linguagem segundo a CIPE, nos SCIC e SU, com exceção do SMI em que os registos de enfermagem eram efetuados em suporte de papel, sem recurso ao levantamento de diagnósticos de enfermagem ou a utilização da linguagem CIPE. Eram utilizados critérios de avaliação de acordo parâmetros hemodinâmicos e recurso a escalas de avaliação de sintomas. Houve oportunidade de abordar esta limitação com o enfermeiro gestor, no sentido de perceber as dificuldades na integração dos registos de enfermagem no processo único do doente, considerando a importância da garantia da continuidade de cuidados nos diferentes níveis de intervenção.

No âmbito do domínio da gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos, houve oportunidade com os enfermeiros gestores dos serviços abordar as questões relativas às funções de planeamento e organização do serviço. Foram dados a conhecer as metodologias de organização de horários de trabalho, modelos de gestão de stocks, circuito de prescrição e dispensa de medicamentos, gestão de equipamentos, protocolos de serviço e planificação da formação em serviço. À exceção dos serviços de UCIC e SU, foi possível assumir as funções de responsável de turno, ou seja a coordenação, planeamento e organização do serviço, sob supervisão do enfermeiro gestor.

Em síntese, no decurso do estágio e relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, entende-se ter sido demonstrado um nível aprofundado de conhecimentos na área da prestação de cuidados diretos aos doentes, o desenvolvimento de competências na

coordenação de equipas na prestação de cuidados e, na definição e alocação de recursos adequados para a segurança na prestação de cuidados. Uma consciência crítica para os problemas da prática atual, capacidade de trabalhar com a equipa multidisciplinar e participação na construção da tomada de decisão foram os aspetos formativos que mais se evidenciaram.

#### **2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Devido à complexidade das situações de saúde enfrentadas por doentes em estado crítico, o enfermeiro especialista EMC, procura proporcionar uma resposta abrangente e atempada, mobilizando um conjunto de competências e conhecimentos. A constante necessidade de atualização formativa é fundamental na procura da excelência no cuidado. De acordo com o art.º 109º do Código Deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro compromete-se em: “(...) *manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (...)*” (Lei 156/2015, p.8080).

A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência são um imperativo das sociedades atuais e enquadra-se no contexto de desafios clínicos e tecnológicos cada vez de maior complexidade, implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções. Neste âmbito é essencial avaliar atitudes, conhecimentos e práticas por parte dos enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas.

Considera-se então que a adesão aos padrões nacionais e internacionais baseados na evidência científica (*guidelines*) deve ser facilitada na gestão dos serviços, no sentido de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. Por exemplo, o caso da Via Verde Coronária (VVC), um sistema implementado para otimizar o tratamento de doentes com doença cardíaca aguda, permitiu melhorar a acessibilidade precoce aos cuidados de saúde necessários, com destaque para a angioplastia primária, conforme recomendado pelas diretrizes da *European Society of Cardiology* (2013). O objetivo principal da angioplastia primária é aliviar os sintomas, preservar o miocárdio, resolver complicações potenciais e reperfundir a artéria ocluída o mais rápido possível. Este procedimento é complexo, envolve a reperfusão precoce da artéria coronária durante um enfarte do miocárdio, e deve ser realizado num contexto de urgência, exigindo uma rápida

tomada de decisão. Foi possível reconhecer neste estágio que erros no diagnóstico e atrasos na aplicação deste procedimento podem ter consequências graves para o doente.

Neste sentido, a implementação eficiente dos protocolos de atendimento rápido nos serviços dedicados à pessoa em situação crítica, são determinantes para otimizar os resultados e minimizar os riscos associados à doença aguda. Sendo este resultado um dos exemplos claros das exigências em assegurar um contínuo desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No decorrer do estágio, nos diferentes contextos, foi possível conhecer a importância da complementaridade das diferentes áreas de atuação, na assistência ao doente crítico. Por proposta efetuada aos enfermeiros tutores, houve oportunidade de conhecer outros sectores de intervenção clínica na sequência da continuidade de cuidados com as áreas do estágio, nomeadamente Laboratório de Hemodinâmica e EEIH. A escolha por estas áreas de intervenção prendeu-se pela necessidade de enquadrar a ligação que estabelecem na continuidade de cuidados à pessoa em situação crítica.

No âmbito das aprendizagens profissionais destacaram-se ainda a participação na formação em serviço, sendo que a implementação da “consulta de *follow up* de enfermagem de medicina intensiva” e “terapêutica fibrinolítica” foram dois dos temas abordados no contexto de formação em serviço, no SMI e SICI respetivamente. As restantes aprendizagens obtidas no contacto direto e prestação de cuidados a doentes com patologias dos diferentes sistemas corporais: respiratório, cardiovascular, digestivo, neurológico, renal, hematológico, metabólico, e em situações de paragem cardiorrespiratória, constituirão o corpo de análise no próximo ponto do relatório.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considera-se que a experiência profissional prévia desenvolvida no contexto de enfermagem do perioperatório e da unidade de dor crónica foi facilitadora da integração do processo formativo nos contextos desta prática clínica. Neste sentido, procuraram-se estabelecer momentos de partilha de práticas e conhecimentos com as equipas profissionais dos três serviços. Com base nos pressupostos anteriormente descritos, pode afirmar-se que toda a prática clínica ao longo deste estágio foi alvo de uma análise fundamentada na evidência científica.

## **2.5. Competências Específicas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

O envelhecimento populacional, aparecimento de doenças graves com início súbito e de doenças crônicas que requerem uma abordagem abrangente na resposta às necessidades crescentes de cuidados de saúde aumentam as necessidades em cuidados de saúde. Como consequência desta realidade, espera-se que o enfermeiro especialista tenha a capacidade de prestação de cuidados de enfermagem altamente diferenciados.

A área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica tem como objetivo alvo a pessoa em situação crítica. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018) entende-se que a pessoa em situação crítica: *“ é 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.”* (p.19362).

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem uma avaliação sistematizada capaz de prevenir e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção rápida e precoce. Neste ponto serão abordadas as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, de forma crítica e reflexiva, articulando com as vivências e aprendizagens proporcionadas pelo estágio nos serviços SMI, SU e UCIC. Destas serão descritas apenas as mais relevantes, tendo em conta a limitação de qualquer documento escrito em traduzir toda a complexidade associada ao desenvolvimento destas competências. A descrição está organizada de acordo com as três competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, descritas no art.º 2ª do Regulamento n.º 429/2018.

### **Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

No que concerne à tipologia dos doentes alvo dos cuidados, estes foram na sua maioria adultos e idosos, com patologias crônicas agudizadas e numa grande parte com

pluripatologia, das quais se destacam: a) Patologia respiratória: insuficiência respiratória aguda e crónica, asma brônquica, doenças intersticiais pulmonares, obstrução da via aérea, patologia do sono, doença pulmonar obstrutiva crónica, tromboembolia pulmonar; b) Patologia cardiovascular: insuficiência cardíaca, síncope, síndrome coronário agudo, valvuloplastias e arritmias cardíacas; c) Patologia digestiva: hemorragia digestiva, doenças hepatobiliares e pancreáticas; d) Patologia neurológica: coma, epilepsia, acidente vascular cerebral isquémico e hemorrágico, delírio e demência e doenças neuromusculares; e) Patologia renal: lesão renal aguda, alterações hidro-electrolíticas e ácido-base; f) Patologia hematológica: alterações da coagulação, hemorragia aguda e política transfusional, anemia, leucocitose, trombocitopenia; g) Infecções: sépsis, infeções da pele e tecidos moles, respiratórias, endovasculares, abdominais e urinárias e paragem cardiorrespiratória.

A aplicação do processo de enfermagem foi o método científico utilizado na tomada de decisão em enfermagem, ao longo de todo o percurso formativo. Foi considerada a capacidade de sistematização objetiva e análise dos dados recolhidos na avaliação inicial, a identificação das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem no processo diagnóstico, a prescrição das intervenções e a avaliação de resultados obtidos. No SCIC a abordagem revelou-se mais facilitadora pelo envolvimento da equipa e o empenho do enfermeiro gestor em promover e aperfeiçoar esta metodologia com base na linguagem CIPE que encontra parametrizada nos Sistemas de Informação. Não obstante, a inexistência de sistemas de informação, como no caso do SMI, não implica a ausência de um processo de enfermagem corretamente delineado. Nestes, a documentação dos cuidados prestados socorre-se em grande parte da vigilância contínua do estado clínico no universo dos doentes admitidos, incluindo os parâmetros vitais, e do cumprimento de protocolos de serviço que estabelecem o recurso a escalas paramétricas e de uso obrigatório, nomeadamente na avaliação da dor, da sedação e do risco de úlceras de pressão. Como já foi referido, no caso particular do SMI houve oportunidade de refletir e propor à equipa de gestão da unidade a necessidade de advogar a implementação de sistemas de informação face a necessidade de integração de cuidados no circuito do doente.

Acrescenta-se ainda que a monitorização dos parâmetros hemodinâmicos se assume como uma importante fonte de obtenção de informação para a elaboração de planos de cuidados específicos nesta especialidade. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em

EMC, fundamentadas nos dados da monitorização hemodinâmica, exigem vigilância permanente para uma interpretação atempada e oportuna, prevenção de complicações e redução do impacto que possam ter no bem-estar ou prognóstico dos doentes. Os ambientes de cuidados intensivos e áreas crítica de agudos como sejam as SE, exigem ainda uma formação permanente para acompanhar a introdução de novas tecnologias. Entre os parâmetros utilizados é de referir a monitorização da pressão arterial invasiva e a monitorização do índice de pulso de débito cardíaco (PICCO - *Pulse Index Continuous Cardiac Output*), com a realização de pontos hemodinâmicos obtidos através da termodiluição pulmonar.

Na análise sobre o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, parece ser ainda pertinente referir que:

- No SMI foi aproveitada a oportunidade de planear, executar e monitorizar terapia contínua de substituição renal, com recurso à técnica de hemodiafiltração venosa-venosa contínua.

- O recurso à utilização de protocolos terapêuticos foi muito comum, nos serviços de SMI e UCIC, nomeadamente na execução e planificação dos cuidados especializados. Estes foram integrados na prestação de cuidados de enfermagem por meio de intervenções autónomas e interdependentes. Destacaram-se os seguintes protocolos, pelas implicações diretas nos cuidados de enfermagem: controle glicémico; disfagia; obstipação; prevenção da pneumonia associada a entubação; nutrição entérica; ventilação não invasiva e manutenção do cadáver dador de órgãos e, avaliação da dor e sedação.

- No contexto da resposta ao sistema de emergência intra-hospitalar solicitou-se a possibilidade de integrar a equipa EEIH, no âmbito da reanimação cardiorrespiratória, sob a coordenação do SMI. Esta participação só foi possível por ter a formação acreditada nesta área, tendo tido a oportunidade de executar manobras de suporte avançado de vida. Evidencia-se ainda a aprendizagem no domínio do desenvolvimento competências não técnicas com recurso à metodologia ISBAR - *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação), para a transmissão da informação utilizada pela equipa EEIM e transponível para outros contextos sempre que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores (por exemplo, o transporte do doente crítico). Para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, contribui

para a rápida tomada de decisões e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, Norma 001/2017).

- Os resultados de estudos de *follow-up* dos doentes que estiveram internados em cuidados intensivos, demonstram que a dor foi uma das experiências que mais os perturbou. Há vários motivos que o possam justificar, como sejam (por exemplo, situação patológica pré-existente; os dispositivos de monitorização invasiva; as aspirações de secreções traqueais e a imobilização prolongada). Embora exista uma preocupação em garantir terapêuticas analgésicas eficazes no tratamento da dor, existem limitações específicas em doentes críticos pela impossibilidade em comunicar (Sarmiento, 2005). Sobre esta problemática destaca-se a participação no trabalho para o estudo da dor, promovido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, através da aplicação de escalas de dor a doentes submetidos a sedação profunda. A gestão da dor e da sedo-analgesia com recurso das medidas farmacológicas e não farmacológica foram uma determinante dos cuidados de enfermagem especializados na abordagem do doente crítico.

- As áreas de intervenção em doentes críticos onde decorreram os estágios apresentam restrições relativas ao tempo de permanência dos familiares/cuidadores junto dos doentes e no contacto direto com os profissionais, exceto nas situações de cuidados em fim de vida. Assim, para minimizar o impacto negativo desta situação, as planificações dos cuidados à família/cuidador foram delineadas com a equipa multidisciplinar, tendo por pressupostos a importância da transmissão adequada das informações clínicas (prognóstico e estratégias de cuidados), a necessidade de apoiar e responder à expressão de sentimentos e emoções e as recomendações para as intervenções nas situações de luto antecipatório. Como intervenções autónomas, salientam-se as que se centram: na adaptação emocional à situação da pessoa com doença crítica, por exemplo a utilização de questões abertas que incentivem a verbalização de sentimentos; na capacitação para a prestação de cuidados ao doente e no autocuidado da família; na preparação para o processo de luto, por exemplo a identificação de fatores de risco de um luto patológico e a informação/mobilização de recursos internos e externos, como o apoio social e psicológico, de acordo com o diagnóstico das necessidades.

## **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação**

As catástrofes e as ocorrências com um elevado número de vítimas são acontecimentos imprevisíveis que levam a uma procura súbita de cuidados de saúde urgentes e que podem esgotar a capacidade instalada de recursos físicos e humanos das instituições de saúde. Segundo o artigo 3.º da Lei de Bases da Proteção Civil (Lei n.º 27/2006, p.4696), a catástrofe é definida como:

*“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 sócio- -económico em áreas ou na totalidade do território nacional.”*

A preparação e formação da equipa multidisciplinar deve ser uma prioridade, para dar a conhecer os seus papéis e responsabilidades, avaliar a coordenação e a cooperação intrainstitucional e interinstitucional (Almeida, 2012). Ainda segundo este autor, a formação deve incluir obrigatoriamente a realização de simulacros de situações que impliquem o acionamento do plano de emergência interna da instituição (Almeida, 2012).

Enquanto profissional da instituição onde decorreram os estágios participou nas formações relativas à divulgação e conhecimento do Plano de Emergência Interno. No decurso do estágio em SU obteve-se conhecimento da alteração dos fluxogramas aplicados na TM (primária e secundária) em situações de catástrofe. O SU dispõe uma área física, dedicada à resposta em catástrofe, onde constam materiais e equipamentos proteção (kits individuais de catástrofe), materiais específicos e procedimentos orientadores de resposta a situações imprevisíveis de catástrofe ou exceção. Nesta área estão expostos os fluxogramas de atuação, distribuição funções e os contactos com entidades externas. A resposta tem como objetivo garantir uma assistência eficaz às vítimas, simplificando os processos e intervindo não apenas com base na gravidade das lesões, mas considerando também a possibilidade de sobrevivência.

**Maximiza 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**

A DGS prevê a constituição e operacionalização dos Programas de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) em todas as unidades de saúde. As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas interligados e cada vez mais relevantes à escala global, afetando todas as instituições de prestação de cuidados de saúde.

As IACS contribuem para agravar o prognóstico das doenças subjacentes, resultando em internamentos mais prolongados, acréscimo de doenças às já existentes e aumento da taxa de mortalidade. Ao mesmo tempo, essas infeções geram um aumento nos custos associados ao tratamento (DGS, 2017).

Todos os hospitais do SNS, devem garantir a existência de um GCL-PPCIRA, com capacidade técnica que abranja as três vertentes do programa: vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, e formação dos profissionais. No decorrer dos estágios houve a oportunidade de acompanhar os enfermeiros especialistas dos serviços de SMI e UC que estabelecem com a GCL-PPCIRA os elos de ligação aos serviços correspondentes. Como já foi referido, cumpriu e desenvolveu atividades de vigilância epidemiológica e auditorias (medidas básicas de precaução) no SMI e SU em parceria com os enfermeiros especialistas de ligação ao GCL-PPCIRA, recorrendo às recomendações emanadas pelo DGS.

A participação num outro projeto, referido anteriormente, que se insere no âmbito da prevenção de infeções foi o ensaio clínico multicêntrico denominado R-GNOSIS, no SMI, com objetivo perceber o comportamento de resistências de bactérias gram-negativas resistentes a múltiplos medicamentos e micro-organismos com a implementação de antibioterapia.

Independentemente do contexto de estágio, no desenvolvimento destas competências esteve sempre subjacente uma atitude responsável no controle de infeções, incluindo: a aplicação de medidas básicas de precaução, como a higienização das mãos e o uso adequado de equipamento de proteção individual; uma atitude pedagógica informal, com

familiares/cuidadores e profissionais de saúde no cumprimento preventivo da adoção de boas práticas na lavagem das mãos e uso correto de luvas; o cumprimento rigoroso dos protocolos de administração de antibioterapia e das medidas de assepsia associados aos procedimentos invasivos.

O reconhecimento de competências ao enfermeiro especialista EMA no controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa em situação crítica alvo de cuidados, família e comunidade.

## **2.6. Competências do Domínio da Investigação**

O Enfermeiro especialista, na área de investigação, possui um conjunto distinto de competências que o capacita a desempenhar um papel fundamental na condução e aplicação de estudos científicos no campo da enfermagem.

Dada a constante evolução nas áreas da inovação e investigação, o enfermeiro especialista deve estar comprometido com a atualização contínua, quer nos processos formativos ao longo da sua atividade profissional, formação em serviço e integração de novos profissionais.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas, o enfermeiro especialista: “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo- -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (p. 4749).

Para OE (2006), a investigação em enfermagem, assume-se como um processo sistemático, científico e rigoroso que procura responder às questões ou resolvendo problemas para benefício dos doentes, famílias e comunidade, aos diferentes níveis de cuidados ao longo do ciclo vital.

O processo de tomada de decisão baseada na evidência, constitui um elemento importante na qualidade e segurança dos cuidados. As responsabilidades colaborativas em torno da tomada de decisão da prática de enfermagem são compartilhadas nos diferentes domínios: prestação de cuidados, ensino, organizações, entidades reguladoras, entre outros. Essas responsabilidades incluem identificar questões e fortalecer fatores dentro das estruturas

organizacionais e do sistema de saúde para facilitar e promover a prática baseada em evidências (CNA, 2018).

No âmbito dos objetivos do Mestrado em EMC, o enfermeiro especialista deve adquirir competências de investigação, capacidade de avaliar criticamente a literatura científica e identificar lacunas no conhecimento existente, de acordo com as contribuições de estudos anteriores.

Na segunda parte deste relatório será apresentado um estudo empírico, na área da prestação de cuidados, em doentes com dor aguda pós-operatório, onde serão descritos os elementos do enquadramento metodológico, apresentação de resultados, discussão e conclusões do estudo.

### 3. CONCLUSÃO

A OE propõe a criação de percursos de crescimento profissional que conduzam à concessão do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Este processo é fundamentado numa abordagem que reconhece competências, integrando momentos formais de aquisição de conhecimento com a experiência profissional consistente em práticas clínicas reflexivas.

Importa que o enfermeiro especialista, demonstre um desempenho mais diferenciado em todos os domínios das competências, ou seja que o seu planeamento e intervenção se diferencie claramente daquilo que são as competências em cuidados gerais.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, desenvolve um conjunto abrangente de competências específicas para oferecer cuidados especializados em contextos médico-cirúrgicos complexos. A componente teórica do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, constituiu um fator facilitador de todas as aprendizagens obtidas. Aliás, o conhecimento e a sua atualização, são mesmo uma obrigatoriedade em termos de responsabilidade profissional.

A frequência do estágio profissional na mesma instituição, revelou-se uma oportunidade enriquecedora, não só pelo nível de diferenciação técnica e relacional das equipas que os constituem, mas sobretudo pela necessária reflexão sobre as diferenças de resposta em todo o circuito do doente crítico. Esta experiência ofereceu a possibilidade de adequar e fundamentar propostas que contribuam para a melhoria na qualidade dos cuidados.

Na prática dos cuidados, procurou-se a adoção de um comportamento responsável e seguro, em particular na resposta às questões e necessidades do doente/família e na colaboração com as equipas multidisciplinares. Neste âmbito, foi inegável o reconhecimento da importância da comunicação interprofissional para otimizar os resultados dos cuidados.

No domínio da responsabilidade ética e legal, analisou e refletiu criticamente a prática clínica em relação ao direito do doente à autodeterminação, intimidade, confidencialidade, o respeito pelo sigilo profissional, o consentimento informado e presumido e as problemáticas que envolvem os cuidados em fim de vida.

Por sua vez, no domínio da melhoria contínua da qualidade, destacou a componente de investigação clínica com a presença de enfermeiros investigadores, pela importância no contexto do processo de idoneidade formativa dos serviços e reconhecido compromisso social assumido.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados, realçou a articulação funcional e organizativa das equipas e as oportunidades na liderança e coordenação da prestação de cuidados direcionados à pessoa em situação crítica. Não poderia deixar de mencionar os desafios diários na gestão dos cuidados e recursos humanos do serviço de urgência, não raramente com focos de instabilidade, a exigirem dos enfermeiros especialistas avaliações rápidas e intervenções imediatas na estabilização do doente crítico.

Ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, aprofundou os seus conhecimentos na prática de cuidados ao doente crítico. Fez novas aprendizagens sobre práticas na área da enfermagem, nomeadamente nas áreas de ventilação não invasiva e de alto fluxo, intervenção cardíaca e eletrofisiologia. Foi evidente a necessidade de atualização dos conhecimentos, tendo em conta a evolução das evidências científicas, o progresso tecnológico e o avanço dos dispositivos digitais no ambiente hospitalar.

No final deste processo formativo, relativamente aos objetivos inicialmente propostos, entende-se terem sido todos concretizados. Assume-se a responsabilidade de manter a formação contínua nas áreas de intervenção à pessoa em situação crítica, de acordo com as novas evidências e o desenvolvimento tecnológico.

**PARTE II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**

---

## 1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE DOR

Nas últimas décadas significativos avanços têm sido alcançados na avaliação e tratamento da dor. Esta realidade pode ser observada não só pela complexidade e eficácia das novas abordagens terapêuticas, mas também pelo número de publicações científicas realizadas. Contudo, parece que estes avanços não se refletem necessariamente na qualidade dos cuidados à pessoa com dor.

A conceção clássica colocava a dor como um sintoma de uma doença, cuja relação entre lesão tecidual e o grau de intensidade seria proporcional - perspectiva unidimensional, e cuja cura da doença determinaria o alívio da dor, que por sua vez determinaria que os fatores da doença se dissipariam (Melzack & Wall, 1982). Porém, a investigação nesta área reconhece que a dor tendo características sensoriais evidentes, possui também características cognitivas, emocionais e motivacionais - perspectiva multidimensional, podendo persistir após a cura da lesão que lhe deu origem, ou ocorrer espontaneamente, sem causa identificável.

A problemática do estudo da dor foi-se transformando ao longo dos últimos anos, deixando de ser encarada como um mero sintoma para constituir-se como uma entidade própria, que pela sua subjetividade e complexidade, constitui um desafio para os profissionais de saúde, investigadores e associações de doentes.

De acordo com a última revisão da *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2020), a dor é definida "*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos*". Esta definição é atualmente reconhecida pelas organizações mundiais governamentais e não governamentais incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com esta definição a dor é assumida como uma experiência pessoal, subjetiva e multidimensional influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, cujas causas apresentam múltiplos mecanismos fisiopatológicos e significados, podendo existir mesmo sem um fator causal discernível. Pelo que dor e nociceção devem ser entendidos como fenómenos diferentes, não dependendo exclusivamente da atividade dos neurónios sensoriais. Mas, o facto de a definição atual enfatizar o autorrelato verbal em detrimento de comportamentos não verbais, ignorando porventura as populações mais vulneráveis como por exemplo os neonatos e os idosos com deficits de comunicação verbal, evidencia

a importância de se manter o reconhecimento de que a comunicação verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor. Isto é, a incapacidade de a comunicar não nega a possibilidade da pessoa experimentar dor. Assim, o relato de uma experiência dolorosa deve ser respeitado, valorizado e avaliado, independentemente do grupo populacional estudado (Raja et al., 2020).

A utilização do adjetivo *desagradável* para esta experiência encerra um conjunto de sentimentos, onde encontramos o sofrimento, a ansiedade, a depressão e o desespero, como valores íntimos e pessoais, associados ao conceito de dor. Nesta perspetiva, a definição proposta pelo IASP, compreende a existência de duas componentes: uma componente nociceptiva e sensorial que constitui a sensação dolorosa em consequência da transmissão dos estímulos lesivos, através das vias nervosas até ao córtex cerebral; uma componente emocional e afetiva dependente do estado psicológico, de experiências anteriores e de outros fatores de índole pessoal, religioso/espiritual e cultural.

A perceção final da dor em intensidade, qualidade e duração é consequência da integração de ambas as componentes, sendo a contribuição de cada uma delas, muito variável em função de cada tipo de dor e de cada pessoa.

Importa ainda distinguir entre dor aguda e dor crónica, de acordo com o critério temporal da mesma, já que existem diferenças nestes dois tipos de dor. A dor aguda foi definida pela IASP (1990) como uma dor de “início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma identificação temporal e/ou causal”, como por exemplo a dor pós-cirúrgica ou traumática (Caseiro, 2007, p.202). Por sua vez, a dor crónica é frequentemente definida como a dor que se mantém para além do período de cicatrização ou cura provável da doença, ou persiste por um período superior de 3 a 6 meses (Treede et al., 2019). Concetualmente, a relação temporal que se estabelece entre estes tipos de dor e os mecanismos fisiopatológicos envolvidos medeiam a cronicidade destas sensações dolorosas. A complexidade da dor crónica justificou a proposta de um grupo de peritos da IASP para que esta fosse incluída como uma doença por direito próprio na Classificação Internacional de Doenças (CID) e referida como Dor Crónica Primária (Treede et al., 2019).

Por sua vez, a dor aguda é consequência sensorial imediata da ativação do sistema nociceptivo, surgindo como sinal de alarme dos sistemas protetores do organismo. Este tipo de dor deve-se geralmente a lesão tecidular somática ou visceral, que se desenvolve num espaço de tempo curto e, que desaparece após o processo de cicatrização dos tecidos,

caso não haja complicações. Trata-se de uma dor perfeitamente identificável de curta duração e previsível em função do tipo de lesão, tornando-se menos vulnerável a aprendizagens e condicionamentos (Cardoso, 1999).

## 2. DOR AGUDA DO PÓS OPERATÓRIO

A DAPO é um tipo específico de dor aguda que ocorre em resultado de um procedimento cirúrgico. Este tipo de dor é uma resposta normal do corpo à lesão causada durante a cirurgia e é geralmente de curta duração. As suas características exigem uma gestão rigorosa não só no sentido de se reduzir ou controlar a sua intensidade, mas também de aumentar o conforto da pessoa e prevenir complicações decorrentes da dor inadequadamente controlada.

Existem diversas estratégias para o controlo imediato da DAPO, incluindo o uso de analgésicos sistémicos, as técnicas de bloqueio nervoso e a perfusão de analgésicos. Os avanços alcançados nas possibilidades de tratamento, podem ser em grande parte justificados pelo aumento da utilização de novas técnicas anestésicas regionais (Rawal, 2016). Mas simultaneamente, outros aspetos podem ser identificados como contributos relevantes para impulsionar o tratamento da DAPO, entre eles, os relacionados com a organização dos serviços e dos cuidados de enfermagem. Destes, destacam-se a implementação da “Dor como 5º Sinal Vital” - Circular Normativa nº. 9 da Direção Geral da Saúde (DGS, 2003) e o desenvolvimento das UDA, nas unidades hospitalares com o reforço da participação dos enfermeiros das áreas cirúrgicas, médicos anestesiológicos e cirurgiões. Estas equipas foram formadas para implementar, monitorizar e aprimorar os protocolos instituídos, com auditorias regulares, para melhorar os resultados na eficácia do controlo da dor no pós-operatório (Rawal, 2016).

Apesar disso, os avanços parecem não se refletir necessariamente numa melhoria significativa do controlo da dor aguda dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos. A gestão da DAPO continua a ser um desafio para os profissionais que prestam cuidados no domínio da EMC.

De acordo com o *Institute of Medicine* (2011), no início da década passada 80% dos doentes submetidos as cirurgias relatavam dor pós-operatória, sendo que 88% destes doentes referiam níveis de dor moderados, graves ou extremos. Mais recentemente, na revisão efetuada por Small e Laycock (2020) a DAPO continua a ser comum, pois cerca de 20% dos doentes sofrem de dor intensa nas primeiras 24 horas após a cirurgia, um número que se manteve praticamente inalterado nos últimos 30 anos, segundo os autores, os dados do relatório anual do Programa de Melhoria da Qualidade Peri-operatória de

2017-2018 do Reino Unido (incluiu dados de 79 hospitais), revelaram que 48% dos doentes referiram dor moderada e 19% referiram dor grave no local da cirurgia, nas 24 horas seguintes à cirurgia (Small & Laycock, 2020). Os dados mais recentes deste programa, de 2021-2023, confirmam que continua a ser um problema significativo uma vez que 33% dos doentes referiram dor moderada e 18% referiram dor severa no local da cirurgia, nas 24 horas seguintes à cirurgia (Royal College of Anaesthetists, 2023).

Deste modo, podem ser questionados os fatores dificultadores ainda existentes para uma gestão adequada da DAPO. Em alguns contextos ainda permanecem ideias existentes no passado, ou seja, os profissionais de saúde acreditavam que a dor pós-cirúrgica, sendo uma consequência natural da própria cirurgia, se assumia como inofensiva. Para além desta crença na inevitabilidade da dor, existe também aquela que considera que o controlo da dor pode encobrir possíveis complicações pós-operatórias. Outros fatores identificados como barreiras ao efetivo controlo da dor aguda incluem a ausência de registos sistemáticos de avaliação da dor, o medo associado à depressão respiratória com o uso de opióides, a ausência de protocolos terapêuticos e a escassa informação e educação fornecida aos doentes e profissionais (Macintyre & Schug, 2007).

## **2.1. Efeitos Adversos da Dor Aguda Pós-Operatória**

A dor aguda desencadeia na pessoa um conjunto de ações de carácter defensivo, cumprindo a sua função biológica de alerta. Mas o seu subtratamento, dor moderada a intensa, juntamente com a resposta fisiológica à cirurgia, conhecida como resposta ao estresse, podem apresentar uma série de consequência adversas. Estas consequências podem ser observadas não só nas respostas fisiológicas, mas também nas respostas psicológicas e sociais.

Nas respostas psicológicas, a dor intensa pode causar uma série de mudanças no comportamento da pessoa, tais como o medo, a ansiedade, o isolamento do contacto interpessoal, as alterações do sono e a preocupação com o estado geral de saúde. (Valentim, 2008). É igualmente aceite que em situações extremas de dor intensa continuada, em pessoas com tendências pré-mórbidas aumenta os níveis de ansiedade, hostilidade e depressão. A dor aguda é um dos importantes fatores que contribuem para o desenvolvimento do delírio em unidades de cuidados intensivos (Cousins & Power,

2005). Como descrito anteriormente a dor é uma experiência individual e subjetiva para a qual fatores psicológicos e sociais contribuem. Ou seja, a intensidade de dor aguda percebida em conjugação com estes fatores, pode influenciar a resposta da pessoa à dor e aos tratamentos instituídos. Também o significado que uma pessoa atribui à dor pode influenciar a percepção da intensidade de dor e a capacidade de a tolerar. Ansiedade pré-operatória, depressão e neuroticismo podem estar associados a relatos de níveis mais elevados de intensidade de dor (Macintyre & Schug, 2007). Uma vez que a depressão, a catastrofização da dor e a ansiedade acompanham habitualmente a dor crónica e podem afetar negativamente a percepção da intensidade da dor, o tratamento destes fatores psicológicos modificáveis é necessário para otimizar a eficácia das terapias específicas para a dor (Scott et al, 2016).

No sistema respiratório, a dor intensa após cirurgia abdominal alta ou torácica, contribui para a disfunção pulmonar, comprometendo a capacidade de tossir, redução dos volumes pulmonares (capacidade vital, volume expiratório forçado e capacidade residual funcional), podendo implicar atelectasias e alterações da ventilação-perfusão, hipoxemia e um aumento das complicações pulmonares. A evidência cumulativa de meta-análises de ensaios clínicos tem vindo a confirmar a superioridade do controlo da dor com a analgesia epidural sobre a administração de opióides na minimização da morbilidade pulmonar pós-operatória (Cousins & Power, 2005). O sistema cardiovascular, a dor aguda intensa resulta em hiperatividade simpática com aumento da frequência cardíaca, resistência vascular periférica, pressão arterial e do débito cardíaco, o resultado final é o aumento no trabalho cardíaco e no consumo de oxigénio do miocárdio (Cousins & Power, 2005). Por sua vez o suprimento de oxigénio ao miocárdio, em doentes com patologia cardíaca e pulmonar prévia pode já estar diminuído, ou como resultado de hipoxemia das alterações pulmonares pós-operatórias acima descritas. Se o consumo de oxigénio do miocárdio for superior ao suprido, aumenta o risco de isquemia do miocárdio, particularmente em doentes com doença cardíaca pré-existente (Macintyre & Schug, 2007).

No sistema musculoesquelético, a atividade motora segmentar em resposta à dor pode resultar em espasmos musculares com a agravamento do quadro algico. Este círculo vicioso pode aumentar a atividade simpática, com resposta de hipersensibilidade aos nociceptores periféricos. Esta situação pode desencadear distúrbios generalizados em doentes com dor localizada nos ossos longos ou em outras partes do esqueleto ósseo. A

dor pós-operatória persistente e a limitação do movimento podem estar associadas a comprometimento acentuado do metabolismo muscular, atrofia muscular e atraso significativo da função muscular normal (Cousins & Power, 2005). A diminuição da capacidade de mobilidade aumentará a possibilidade de estase venosa e o risco de desenvolvimento de fenómenos tromboembólicos (Macintyre & Schug, 2007).

Nos sistemas gastrointestinal e urinário, a dor pode levar a atrasos significativos no esvaziamento gástrico e a uma redução na motilidade intestinal, a causa pode estar relacionada com o aumento da atividade simpática, podendo ocorrer estase gástrica, íleo paralítico e retenção urinária. Contudo, outros fatores como a utilização de analgésicos opióides podem constituir igualmente fatores precipitantes às alterações gastrintestinais e ao aumento de incidência de retenção urinária (Cousins & Power, 2005).

Nos sistemas neuroendócrino e metabólico, a dor desempenha um papel importante na ativação da resposta ao estresse após cirurgia ou trauma, o que resulta na libertação de várias hormonas, como glucagon, hormona do crescimento, vasopressina, aldosterona, renina e angiotensina. Estas alterações do catabolismo metabólico podem levar a hiperglicemia, aumento do fibrogénio e ativação das plaquetas, aumento da degradação das proteínas e um equilíbrio negativo do nitrogénio.

Em resumo poder-se-á afirmar que a DAPO, emerge como uma importante causa de morbidade e mortalidade associada aos procedimentos cirúrgicos. A DAPO mal controlada está ainda associada a um comprometimento funcional e da qualidade de vida, a um atraso no tempo de recuperação, a uma duração prolongada do uso de opiáceos e a custos mais elevados com os cuidados de saúde. Além disso, a presença e a intensidade da dor aguda durante ou após a cirurgia são preditivas do desenvolvimento de dor crónica (Gan, 2017).

O grupo populacional com maior risco de complicações associado à dor cirúrgica não tratada, são as crianças, os idosos, aqueles com doença grave pré-existente e os doentes submetidos a cirurgia major (Valentim, 2008). O objetivo para mitigar os efeitos adversos da dor aguda não tratada, passa por implementar planos analgésicos multimodais e individualizados, uma recuperação funcional e mobilidade precoce, cujos resultados requerem um trabalho educacional e organizacional na aplicação de conhecimentos e técnicas analgésicas de acordo a evidência atual, em estreita colaboração entre enfermeiros, médicos anesthesiologistas e cirurgiões.

## 2.2. O Enfermeiro nas Unidades de Dor Aguda

Uma organização estrutural eficiente no tratamento da dor é amplamente reconhecida como aspeto fundamental nos cuidados ao doente, indo além do uso de fármacos e da aplicação de técnicas avançadas de analgesia locorregional. Com essa finalidade, a primeira UDA vocacionada para a DAPO foi sugerida por Ready, nos Estados Unidos da América, em 1988 (Upp, Kent & Tighe, 2013). Assim, nasceram, os primeiros modelos organizacionais de vigilância e tratamento da DAPO que assentavam numa abordagem tecnicista do tratamento da dor, com recurso a técnicas locorregionais para doentes previamente selecionados. Estas unidades eram constituídas por anestesiológicos, enfermeiros e farmacêuticos, sob o ponto de vista organizacional passaram a ser conhecidas como o modelo americano (*anestheosilogist based*). Quase uma década depois, Rawal em 1997, descreveu o denominado modelo europeu (*nurse based*), supervisionado por médicos anestesiológicos, com o envolvimento dos enfermeiros no processo de avaliação, monitorização e ensino da dor a todos os doentes operados, independentemente da técnica analgésica utilizada (Rawal, 2016).

Em Portugal, por despacho ministerial em 26 de março de 2001, é aprovado o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD). Neste documento referia-se que a analgesia do pós-operatório deveria assentar num conceito de planeamento integrado e desenvolver-se de uma forma organizada, nos moldes das unidades funcionais de dor aguda de Modelo Europeu (DGS, 2001). Quase em simultâneo, no reconhecimento da dor como uma prioridade na prestação de cuidados, a DGS publicou a Circular Normativa nº 09/2003, equiparando a dor como 5º sinal vital, alertando os profissionais de saúde para a importância da sua monitorização e registo sistemático da dor. (DGS, 2003).

Pela necessidade de se reforçarem estratégias do PNLCD que visem o reforço da capacidade organizativa e o desenvolvimento de modelos de boas práticas na gestão de abordagem da dor, a DGS publica a Norma 003/2012, que determina que, nos hospitais do SNS exista uma UDA que promova a prestação de cuidados individualizados no âmbito da DAPO, mas também da dor associada a procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos, trauma e patologias médicas em doentes da unidade hospitalar que deles necessitem (DGS, 2012). De acordo este documento, o modelo organizativo a adotar na UDA deve ser alicerçado no trabalho de uma equipa multidisciplinar com formação e experiência na abordagem da dor aguda, sob a

coordenação de um médico, preferencialmente anesthesiologista. Deve estar assente ainda nos seguintes requisitos: uso de escalas de avaliação da intensidade da dor e métodos adequados ao seu registo no processo clínico, assim como efeitos secundários e complicações relacionadas com a terapêutica da dor aguda; elaboração de protocolos de atuação clínica; capacidade de orientação e intervenção terapêutica 24 horas por dia; realização de programas de formação a todos os profissionais de saúde; informação aos doentes e/ou cuidadores relativamente à dor e seu tratamento e avaliação da qualidade dos serviços, através da implementação de programas de auditoria regulares e sistemáticos, utilizando indicadores representativos da atividade assistencial (DGS, 2012).

A organização atual das UDA alarga o seu campo de intervenção para além do ambiente do perioperatório, considerando outras causas de dor aguda, incluindo a área de consultoria multidisciplinar com outras especialidades médicas (e.g. medicina intensiva; medicina paliativa, medicina física e de reabilitação e dor crónica) favorecendo uma abordagem especializada e integrada numa grande variedade de etiologias.

Um dos fatores que contribuíram para o desenvolvimento das UDA tem sido a presença de enfermeiros especializados em dor aguda. De acordo com Upp, Kent e Tighe (2013) muitos hospitais, por não disporem de um número de médicos anesthesiologistas suficiente na dedicação exclusiva à atividade em dor aguda, têm implementado o Modelo Europeu com enfermeiros especialistas e com excelentes resultados. Ainda segundo os mesmos autores, os enfermeiros das UDC cumprem um papel fundamental no cumprimento dos protocolos de avaliação e tratamento da dor, educação e individualização dos planos de cuidados à pessoa com dor. Os médicos passaram a disponibilizar de mais tempo no tratamento e diagnóstico de dor aguda, na orientação dos protocolos através da utilização de uma vasta gama de abordagens farmacológicas e de intervenção. A simples presença de um enfermeiro dedicado ao cuidado de doentes que sofrem de dor aguda, demonstrou diminuir a incidência de dor moderada a grave, reduzir os efeitos colaterais do uso de analgesia controlada pelo doente (PCA) e da analgesia epidural, e aumentar a satisfação do paciente com o controle da dor. Estes enfermeiros com especialização em dor, desenvolvem outras funções comuns, como interagir com os enfermeiros dos internamentos, padronizar protocolos para avaliação e intervenção em dor, recolher dados no âmbito dos processos de melhoria da qualidade, promover uso de medidas não farmacológicas e incentivar a formação avançada em dor (Upp, Kent & Tighe, 2013).

A OE (2008), no âmbito da elaboração do caderno, “Dor - Guia Orientador de Boa Prática”, subscreve esta mesma conceção, ao reconhecer a importância dos enfermeiros nas políticas organizacionais. Por conseguinte, os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor. De entre o conjunto de recomendações observam-se similaridades com o modelo europeu, nomeadamente a definição de indicadores de qualidade e implementação sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor; a instituição de uma abordagem multidisciplinar no controlo da dor; a elaboração de normas de orientação clínica; a implementação de sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor; a garantia da articulação e a partilha de informação entre serviços e níveis de cuidados, de forma a assegurar a continuidade do controlo da dor; a criação de condições para a participação da pessoa /família/cuidador na avaliação e controlo da dor; a adoção do enfermeiro de referência como metodologia de organização do trabalho e realização de estudos que conduzam à inovação dos cuidados de Enfermagem na avaliação e controlo da dor (OE, 2008).

Em síntese, a presença de enfermeiros nas UDA, assume particular importância se considerarmos que estes enfermeiros devem fazer a articulação com os diferentes níveis de cuidados. Esta condição é alcançável em equipas que disponham de um sistema integral de atenção, envolvendo uma equipa multidisciplinar e os doentes/família/cuidadores, com vista a melhorar o controlo da dor, promover a reabilitação funcional dos doentes, minimizar as comorbilidades associadas à dor aguda não tratada e contribuir para a humanização, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

### **3. ANALGESIA LOCORREGIONAL NA ARTROPLASTIA DA ANCA**

A osteoartrose é um problema de saúde pública, não só por ser uma das principais causas de dor e incapacidade funcional, com maior prevalência na população idosa dada a sua natureza degenerativa, mas também pelo aumento da sua incidência e prevalência, em grande parte justificados pelo aumento da esperança média de vida. Hunter, March e Chew (2020) referem que o número de pessoas afetadas a nível mundial aumentou 48% entre 1990 e 2019. Em Portugal a osteoartrose atinge 24% da população, sendo que destas 2,9% afetam a anca, de acordo com o “Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal” (Branco et al., 2016).

A cirurgia de substituição da articulação é a intervenção recomendada para recuperar a função e aliviar a dor nas articulações afetadas nas pessoas que mantenham dor ou limitação na realização das atividades de vida diárias, após tentativa de tratamento conservador ou outros tratamentos cirúrgicos prévios, como se refere na Norma n.º 014/2013 (DGS, 2023).

A Artroplastia Total Primária da Anca (ATA) consiste na substituição protésica de uma ou ambas as partes da articulação. No caso da artroplastia total é realizada uma substituição do colo e da cabeça do fémur com um componente femoral, substituindo-se o acetábulo por um componente acetabular. Nas artroplastias parciais apenas se procede à substituição do colo e da cabeça do fémur.

Em Portugal de acordo com os dados atualmente disponibilizados no Registo Português de Artroplastias (RPA) emitido pela Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, no ano de 2013, foram efetuados 4440 registos de ATA (intervenção primárias) e 638 ATA (cirurgias de revisão). A maioria dos doentes era do sexo feminino (55%), com uma distribuição etária de 57% entre os 60 e os 80 anos de idade, apresentavam algum grau de obesidade 69%, sendo que do total 85% foram submetidos a anestesia regional (RPA, 2013). Na ausência de relatórios mais recentes, considera-se previsível que o número de doentes para tratamento desta patologia já tenha aumentado significativamente.

As cirurgias da anca são habitualmente realizadas no contexto de doença degenerativa e/ou traumática em todo o mundo. Independentemente do tipo de técnica cirúrgica aplicada na ATA, as cirurgias de anca causam dor pós-operatória significativa, podendo resultar em complicações adicionais e insatisfação dos doentes.

Considerando que se trata de uma patologia associada à população idosa, a analgesia convencional sistêmica nem sempre corresponde à analgesia ideal pelos efeitos adversos associados ao uso de opióides no pós-operatório, nomeadamente náuseas, vômitos, obstipação, delírio e depressão respiratória (Ying, 2023).

As técnicas de anestesia regional têm sido cada vez mais utilizadas para proporcionar uma analgesia eficaz no peri-operatório e pós-operatório na cirurgia da anca, mitigando os efeitos da utilização e dos efeitos adversos associados aos opióides por via sistêmica (Girón-Arango et al, 2018). O bloqueio do nervo femoral (BNF) e os bloqueios do compartimento da fáscia ilíaca (BFI) são técnicas analgésicas habitualmente usadas no controlo DAPO na cirurgia da anca. Ambos os bloqueios têm demonstrado eficácia analgésica semelhante, sendo que no BNF o anestésico é administrado lateral aos vasos femorais e ao nervo femoral e no BFI maiores volumes de anestésico local são introduzidos abaixo da fáscia ilíaca difundidos ao longo do músculo psoas visando o nervo femoral, o nervo cutâneo femoral lateral e o nervo obturador. Mais recentemente, Girón-Arango et al. (2018) descreveram uma nova técnica regional anestésico denominado bloqueio do grupo nervoso pericapsular (PENG) que anestesia o nervo femoral, o nervo obturador e obturador acessório, preservando os componentes motores da força muscular do quadríceps, esta técnica pode proporcionar melhor conservação da função motora.

Neste contexto, nos últimos anos vários estudos têm sido publicados com o objetivo de comparar os diferentes tipos de bloqueios analgésicos no controlo da dor aguda após procedimento cirúrgico da anca.

No estudo comparativo randomizado, duplo cego, unicêntrico de Lin et al. (2021) foi possível comparar a eficácia analgésica entre os dois tipos de bloqueio nervoso – PENG e BNF. Dos 159 doentes propostos para ATA apenas 60 reuniram critérios de inclusão. Foi avaliada a intensidade de dor nas primeiras 24 horas, a força do quadríceps pós-operatório, o uso de opióides, as complicações pós-operatórias e a satisfação dos doentes no controlo da dor. Os resultados demonstraram que o grupo de doentes que recebeu bloqueio PENG para analgesia no peri-operatório experimentaram menos dor nas primeiras 4 horas após cirurgia, sem diferenças detetadas em ambos os grupos ao fim de 24 horas. A força do quadríceps foi mais preservada nos doentes do grupo PENG. Não foram descritos eventos adversos diretamente relacionados com a técnica analgésica em ambos os grupos. Não foi possível avaliar as diferenças no consumo de opióides.

Verificou-se o recurso a analgesia resgate com opióides em ambos os grupos, sem possibilidade de avaliação das diferenças verificadas. O grau de satisfação foi significativamente melhor nos doentes do grupo PENG (Li et al., 2021).

Com o objetivo de comparar os resultados do bloqueio PENG versus BFI em doentes submetidos a ATA, Ying et al. (2023) elaboraram uma revisão sistemática e metanálise, que incluiu apenas estudos randomizados e controlados publicados nas bases de dados PubMed, CENTRAL, Embase e *Web of Science* comparando as duas técnicas para controle da dor após cirurgias da anca. Todos os doentes foram submetidos a anestesia locorreional (raquianestesia) e receberam opióides e paracetamol em dose de resgate. A revisão sistemática demonstrou que a DAPO pode ser controlada com bloqueio PENG ou com BFI, sem diferenças nos scores de intensidade de dor às 24 horas. No entanto, o consumo global de analgésicos em 24 horas foi significativamente menor com o uso de bloqueio PENG. Dos escassos dados obtidos, não foram encontradas diferenças sobre os efeitos adversos relacionados com o usos de opióides, como náuseas e vômitos, em ambos os grupos. Uma limitação importante descrita neste estudo foi a incapacidade por falta de dados e a variabilidade dos estudos em comparar o compromisso da atividade motora entre os dois grupos. Os investigadores concluem que a qualidade das evidências sugere que o bloqueio PENG pode resultar em melhor analgesia do que o bloqueio BFI em doentes submetidos a ATA. Os dados sobre a atividade motora e as complicações associadas são escassos para retirar conclusões. Outros estudos randomizados e controlados em larga escala serão necessários para complementar o grau de evidencia preliminar deste estudo, de acordo com os autores.

O controle eficaz e dinâmico da dor peri-operatória é um pré-requisito para a recuperação após a cirurgia. Apesar das orientações clínicas baseadas na evidência publicadas por diversas associações profissionais o tratamento da DAPO permanece inadequado (Joshi et al, 2019). Estes autores apontam como possíveis razões para os fracassos na abordagem da dor aguda o facto de o conjunto de recomendações publicadas apresentarem um carácter geral, justificada em parte pela metodologia utilizada na análise e interpretação das evidências disponíveis. As recomendações convencionais revêm predominantemente intervenções monoanalgésicas em comparação com placebo e para além disso, agrupam habitualmente diferentes procedimentos cirúrgicos, não considerando que estes têm características de dor variáveis, como a natureza da dor - somática ou visceral, a localização, intensidade e duração específica. Por exemplo, o alívio inadequado da dor

após cirurgia torácica aberta pode resultar em morbidade significativa, o que pode não ser o caso de um procedimento periférico, embora a intensidade da dor possa ser semelhante (Joshi et al, 2019).

O reconhecimento das limitações acima descritas levou à formação do grupo de trabalho denominado: *Procedure Specific Postoperative Pain Management* (PROSPECT), formado por especialistas médicos anesthesiologistas e cirurgiões com ampla representação internacional que fornecem aos profissionais de saúde recomendações práticas e baseadas em evidências de forma a facilitar a tomada de decisão clínica em todas as etapas do período peri-operatório, de acordo com procedimentos cirúrgicos específicos. O processo de revisão inicia-se com uma recolha sistemática na literatura específica para o tratamento da DAPO e para o procedimento cirúrgico selecionado, em diferentes bases eletrônicas incluindo EMBASE, MEDLINE, PubMed e *Cochrane Databases* (*Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Abstracts or Reviews of Effects*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*). O período de tempo para a recolha da literatura é determinado pelo grupo de trabalho, como sendo os 10 anos anteriores, enquanto o período para atualizações é de 3 a 5 anos a partir da data final da última revisão. Os critérios de inclusão são ensaios clínicos randomizados e controlados, revisões sistemáticas ou meta-análises de intervenções analgésicas, anestésicas ou cirúrgicas, publicadas na língua inglesa, abordando o tratamento da dor relacionado ao procedimento cirúrgico selecionado (Joshi et al, 2019).

O grupo PROSPECT publicou em 2021 o conjunto de recomendações para a gestão da DAPO após artroplastia total da anca primária eletiva, atualizando as anteriores recomendações publicadas em 2005 e atualizadas em julho de 2010. As recentes recomendações incluíram ensaios clínicos aleatórios e meta-análises publicados entre julho de 2010 e dezembro de 2019 que avaliaram a DAPO utilizando intervenções analgésicas, anestésicas, cirúrgicas e outras, identificadas nas bases de dados MEDLINE, Embase e Cochrane. Foram inicialmente identificados 520 estudos, dos quais 108 ensaios clínicos randomizados e 21 meta-análises preencheram os critérios de inclusão (Anger et al, 2021).

As intervenções peri-operatórias que melhoraram a dor pós-operatória na ATA, resultantes das recomendações do grupo PROSPECT incluem: o regime analgésico básico deve incluir uma combinação de paracetamol e um anti-inflamatório não esteroide (AINE'S) ou um inibidor seletivo da ciclo-oxigenase-2, administrados no pré-operatório

ou no intra-operatório e continuado no pós-operatório, preconizando o recurso a analgésicos opióides no pós-operatório em doses de resgate; uma dose única intra-operatória de dexametasona 8-10 mg é recomendada pelo seu efeito analgésico e antiemético (Anger et al, 2021). Além disso, as técnicas analgésicas regionais, como o BFI ou a analgesia por infiltração local, são recomendadas, especialmente se houver contra-indicações para os analgésicos de base e/ou em doentes com elevada expectativa de dor no pós-operatório. Analgesia epidural, BNF (risco de aumento do grau de bloqueio motor prolongado), bloqueio do plexo lombar e a administração de gabapentinóides (risco de aumento de tonturas) não são recomendados, uma vez que os efeitos adversos ultrapassam os benefícios (Anger et al, 2021).

Foram encontradas evidências limitadas ou inconsistentes para todas as outras abordagens avaliadas pelo grupo PROSPECT. As técnicas cirúrgicas e anestésicas parecem ter um impacto menor na dor pós-operatória, ainda que a realização de anestesia espinal seja recomendada pela associação a melhores resultados pós-operatórios, em comparação com a anestesia geral. Porém, os estudos em relação aos seus benefícios sobre o DAPO permanecem inconclusivos, pelo que a sua escolha deve basear-se noutros critérios que não a dor. Os autores acrescentam que se o doente tiver recebido anestesia espinal para a cirurgia, pode ser considerada a morfina intratecal 0,1 mg, tendo em conta o seu benefício analgésico no pós-operatório, no entanto salientam que os riscos e efeitos secundários associados à sua utilização deve ser ponderada, pelas possibilidades de se poder obter uma analgesia adequada com analgésicos básicos e técnicas regionais sem recurso ao uso de morfina intratecal (Anger et al, 2021).

#### 4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJECTIVOS

A revisão da literatura efetuada permitiu confirmar que a DAPO pode ser considerada como um importante problema de saúde pública, não só pela sua prevalência, mas também porque persistem dificuldades em otimizar os resultados clínicos. Esta gestão inadequada facilita o aumento de consequências negativas, tanto ao nível individual ou de cada pessoa que experiencia este tipo de dor, como ao nível da gestão das organizações. Sob o ponto de vista individual, o tratamento inadequado da DAPO interfere com a qualidade de vida, as atividades de vida diária, o bem-estar psicológico, favorecendo ainda o atraso na recuperação global e o aumento do risco de complicações em vários sistemas corporais. Ao nível das organizações, conduz a um aumento dos custos em saúde e diminui os resultados na qualidade dos serviços, incluindo uma menor satisfação por parte dos doentes e a manutenção de barreiras existentes no acesso desta população a uma gestão eficaz da dor.

As UDA, enquadradas num modelo organizativo de natureza funcional, surgiram para dar uma resposta a alguns destes problemas decorrentes de uma inadequada gestão da DAPO, pois a organização dos serviços revelava-se então como um obstáculo mais relevante do que a eficácia das técnicas analgésicas disponíveis. Em Portugal, a preocupação em melhorar a eficácia e a segurança da abordagem da dor pós-operatória foi mais visível apenas em 2001, no PNLCD, onde se recomendava a criação de UDA semelhantes às já existentes no contexto internacional – EUA e Europa. Contudo, só uma década depois, em 2012, a DGS determinou a obrigatoriedade de em todos os hospitais do sistema de saúde português existir uma UDA (DGS, 2012). Estas unidades, constituídas por uma equipa multidisciplinar, deveriam *“promover a prestação de cuidados individualizados, no âmbito da dor aguda pós-operatória, procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos, trauma e patologias médicas aos doentes da unidade hospitalar que deles necessitem.”* (DGS, 2012, p.1)

A UDA onde foi realizado o estudo é uma Unidade Funcional dependente do Serviço de Anestesiologia, a qual é dotada de protocolos próprios e cuja equipa é constituída por um médicos anesthesiologistas e enfermeiros do perioperatório. Este Serviço de Anestesiologia, tem uma vasta experiência na aplicação de técnicas locorregionais, nas vertentes anestesia e analgesia, com a utilização da ultrassonografia como método de neuro localização, associada ou não à neuroestimulação.

Todos os doentes são avaliados face a eficácia e segurança das técnicas locorreionais aplicadas e os resultados são registados em base de dados elaborado pelo Serviço de Anestesiologia. As avaliações nas primeiras 24 horas de pós-operatório em doentes submetidos a analgesia com de técnicas de nervo periférico de dose única são realizadas por enfermeiros e, se necessário por períodos mais prolongados, de acordo com as necessidades dos doentes. Neste sentido, a integração dos enfermeiros nas UDA tem vindo a focar-se sobretudo na avaliação da dor aguda em doentes cirúrgicos submetidos a analgesia não convencional (epidural, analgesia controlada pelo doente, bloqueios de nervo periférico contínuos ou de dose única), pela exigência de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

O aumento recente do uso da analgesia locorreional no controlo da dor em Portugal e os escassos estudos sobre as técnicas mais realizadas, permitem ainda complementar a justificação da pertinência deste estudo.

A finalidade deste estudo é contribuir para o conhecimento dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em EMC, relativamente às necessidades em cuidados de enfermagem na UDA. Em particular aqueles que resultam da avaliação pós-operatória - intensidade de dor e potenciais efeitos adversos, dos doentes submetidos a bloqueio analgésico de nervo periférico em dose única.

Os objetivos preconizados são:

1. Caracterizar os níveis de intensidade de dor (em repouso e em movimento), os efeitos adversos associados às técnicas analgésicas (bloqueio motor e sensitivo), os efeitos adversos sistémicos, a necessidade de analgesia de resgate e de reavaliação depois das 24 horas, em doentes submetidos a ATA, com recurso a técnica de bloqueio de nervo periférico dose única.
2. Verificar a relação existente entre os níveis de intensidade de dor (em repouso, em movimento), o bloqueio motor, o bloqueio sensitivo, a necessidade de analgesia de resgate e de reavaliação depois das 24 horas com as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única (Bloqueio de nervo femoral + cutâneo lateral da coxa; Bloqueio do grupo nervoso pericapsular + cutâneo lateral da coxa; Bloqueio da fásia ilíaca);
3. Verificar a relação entre a presença de efeitos secundários sistémicos e o uso de analgesia de resgate e de analgesia sistémica.

## **5. METODOLOGIA**

Após a revisão da literatura e delineamento dos objetivos, as fases do processo de investigação incluem a descrição da metodologia, considerando o tipo de estudo, a amostra, as questões ou hipóteses de investigação, as variáveis em estudo, o instrumento e procedimento de recolha de dados, bem como os procedimentos éticos subjacentes ao tipo de estudo desenvolvido.

### **5.1. Tipo de estudo**

A opção por um estudo do tipo analítico-correlacional e retrospectivo, revelou-se ser a mais viável tendo em conta os objetivos preconizados e a disponibilidade dos dados já existentes. Ou seja, quando se pretende analisar as relações existentes entre as variáveis, a partir dos registos já existentes. A opção por este tipo de estudo permite enquadrá-lo obrigatoriamente numa metodologia de natureza quantitativa.

### **5.2. Hipóteses de investigação**

A partir dos objetivos, foram delineadas as seguintes hipóteses:

H1. Existe relação entre o nível de intensidade da dor, em repouso e movimento, com as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única

H2. Existe relação entre o grau de bloqueio motor e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única

H3. Existe relação entre o grau de bloqueio sensitivo e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única

H4. Existe relação entre a necessidade de analgesia de resgate e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única

H.5 Existe relação entre a necessidade de reavaliação depois das 24 horas e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única

H.6 Existe relação entre a presença de efeitos secundários sistémicos e o uso de analgesia de resgate

H.7 Existe relação entre a presença de efeitos secundários sistémicos e o uso de analgesia sistémica

### **5.3. Variáveis em estudo**

Para a caracterização sociodemográfica da amostra identificaram-se como variáveis atributo a idade (classes etárias) e o sexo (feminino/masculino).

Como variáveis dependentes, incluíram-se: os níveis de intensidade de dor em repouso e em movimento, avaliados através da Escala Descritiva Verbal (0- sem dor, 1- dor ligeira, 2- dor moderada, 3- dor intensa, 4- dor insuportável); os níveis de bloqueio motor, avaliados pela Escala de Bromage (1978), (M1-sem bloqueio, M2-ligeira diminuição da força muscular, M3–acentuada diminuição da força muscular, M4-bloqueio completo); os níveis de bloqueio sensitivo (S1- sem parestesias, S2–parestesias em pequena área, S3–parestesias em todo o membro) e a presença de efeitos adversos sistémicos (sim/não). Todas os dados recolhidos são resultantes da avaliação efetuada nas primeiras 24 horas após procedimento cirúrgico.

Como variáveis independentes foram definidas: a necessidade de utilização de analgesia de resgate (sim/não); a analgesia sistémica (paracetamol, paracetamol+AINE`s, paracetamol+tramadol, paracetamol+tramadol+AINE`s). e o conjunto de técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única, constituída por três grupos: Bloqueio de nervo femoral (BNF) + Cutâneo lateral da coxa (CLC); Bloqueio do Grupo Nervoso Pericapsular (PENG) + Cutâneo lateral da coxa (CLC); Bloqueio da fáscia ilíaca (BFI).

### **5.4. Amostra do estudo**

A população alvo do estudo são todos os doentes submetidos a Artroplastia Total Primária da Anca (N=1120) , num hospital do norte de Portugal, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2013 e 15 de outubro de 2023 e que reuniam os seguintes critérios de inclusão: doentes com idade superior a 18 anos de idade, de ambos os sexos, submetidos a cirurgia sob anestesia subaracnoídea (raquianestesia), sem alterações neuro-cognitivas

e sem registos de “sem capacidade para responder” e que continham informação sobre as técnicas de bloqueio utilizadas e os níveis de intensidade de dor nas primeiras 24 horas após cirurgia. Obteve-se uma amostra de 994 doentes, tendo sido excluídos 126 por não reunirem todos os critérios de inclusão.

### **5.5. Instrumento de recolha de dados**

Os dados foram obtidos a partir de uma base de registos, no formato Excel, construída na UDA desde o seu início de funcionamento 2011.

Desta base constam os seguintes dados: data cirurgia, sexo, idade, especialidade, tipo de cirurgia, tipo de anestesia, analgesia sistémica, tipos de bloqueios de nervo periférico, tempo de seguimento na UDA, dor máxima em repouso e em movimento, uso de analgesia de resgate, escala de sedação, bloqueio motor, bloqueio sensitivo, efeitos adversos e observações.

### **5.6. Procedimento de recolha e análise dos dados**

Os dados foram obtidos após a autorização do Diretor de Serviço para aceder aos registos efetuados pelos profissionais da UDA. Foram agendados momentos, no local de funcionamento da UDA, para a seleção e extração dos dados necessários de acordo com os objetivos do estudo e a amostra selecionada. Este processo decorreu durante o período de 15 a 31 de outubro de 2023.

Os dados selecionados foram analisados utilizando *Python Programming Language* (versão 3.12). Para a descrição estatística foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. A natureza discreta e não contínua das variáveis categóricas e ordinais, utilizadas neste estudo, assim como os pressupostos subjacentes aos testes de normalidade permitem considerar não ser apropriado ou relevante a aplicação dos testes de normalidade. Deste modo, para determinar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos foi utilizado o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, escolhido devido à sua capacidade de comparar múltiplos grupos independentes quando os dados não seguem uma distribuição normal. Um nível de significância de  $p \leq 0,05$  foi adotado para todas as análises. As análises estatísticas foram realizadas utilizando

bibliotecas como *Pandas*, *NumPy* e *SciPy*, e os resultados obtidos foram interpretados para avaliar a presença de diferenças significativas entre os três grupos de técnicas analgésicas locais regionais.

### **5.7. Procedimentos éticos**

O respeito pelos direitos da pessoa, pela beneficência e os princípios éticos inerentes a qualquer investigação que envolva seres humanos foram tidos em conta, seguindo o *Code of Ethics of the World Medical Association* para estudos que envolvem seres humanos (Declaração de Helsínquia) e investigação em bases de dados em saúde (Declaração de Taipei).

Dos princípios éticos destacam-se neste estudo o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, através da ausência de referências à identificação dos doentes, incluindo nomes, iniciais, ou números de processo hospitalar.

O estudo foi desenvolvido de acordo com a evidencia científica atual. O pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição e à Comissão de Ética obteve o parecer favorável (Anexo I).

## 6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

No estudo foram incluídos os registos relativos a 994 doentes submetidos a ATA e observados na UDA, num período de 10 anos, de janeiro de 2013 a outubro de 2023. Considerando os objetivos do estudo parece ser pertinente começar esta apresentação com os resultados referentes à distribuição dos doentes pelas três técnicas de bloqueio a que foram submetidos. Nesta sequência, serão apresentados os dados sociodemográficos na totalidade da amostra e por grupo de técnicas de bloqueio, seguidos pelos dados de caracterização clínica na totalidade da amostra (distribuição em função da necessidade de reavaliação após as 24h; dos níveis de intensidade da dor, em repouso e em movimento; dos efeitos adversos como, o bloqueio motor, o bloqueio sensitivo, e outros sintomas sistémicos e, da necessidade de analgesia resgate com opióides), por fim os dados que possibilitarão a confirmação ou rejeição das hipóteses propostas.

**Técnica de bloqueio de nervo periférico de dose única: bloqueio de nervo femoral (BNF) + cutâneo lateral da coxa (CLC); bloqueio do grupo nervoso pericapsular (PENG) + cutâneo lateral da coxa (CLC); bloqueio da fáscia ilíaca (BFI)**

A distribuição dos doentes de acordo com a técnica de bloqueio de nervo periférico de dose única a que foram submetidos, revela uma grande divergência. A técnica de BNF+CLC foi utilizada com maior frequência (77,5%)<sup>1</sup>, seguida por uma ampla distância da PENG+CLC (14,4%) (Tabela 1).

---

<sup>1</sup>Esta técnica está sobre-representada na amostra, sugerindo possível enviesamento das análises, no entanto foram realizadas análises com exclusão das observações anteriores a 2019 (ano a partir do qual começam a ser obtidos com maior frequência dados das outras técnicas), obtendo-se os mesmos resultados confirmando a não interferência desta sobre-representatividade nos resultados e conclusões obtidas.

**Tabela 1.**

*Caracterização dos doentes em função da técnica do bloqueio de nervo periférico dose única utilizada.*

<b>Técnicas de Bloqueio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
BNF+CLC	770	77,5
PENG+CLC	143	14,4
BFI	81	8,1

### **Dados sociodemográficos**

Os dados sociodemográficos revelam que a maioria são mulheres (53,0%). Estes dados são similares quando se observam as suas distribuições dentro de cada grupo de acordo com a técnica de analgesia locorregional utilizada (tabela 1). Relativamente à idade a maioria situa-se no intervalo entre os 60 e os 79 anos de idade (60,2%).

Quando se observa a sua distribuição de acordo com a técnica de bloqueio utilizada, a moda situa-se na classe etária dos 70-79 anos para as técnicas de BNF+CLC (33,6%) e PENG + CLC (33,1%), baixando para os 60-69 nos doentes submetidos a BFI (38,3%). Dos doentes submetidos ao BFI a maioria tem menos de 69 anos de idade (58,1%) (Tabela 2).

**Tabela 2.**

*Caracterização sociodemográfica dos doentes de acordo com técnica de bloqueio de nervo periférico dose única utilizada.*

<b>Variáveis sociodemográficas</b>		<b>BNF+CLC</b>		<b>PENG+CLC</b>		<b>BFI</b>	
		<b>(n=770)</b>		<b>(n=143)</b>		<b>(n=81)</b>	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	393	51,0	77	53,8	44	54,3
	Masculino	377	49,0	66	46,2	37	45,7
Idade	< 60	113	14,7	23	16,2	16	19,8
	60-69	197	25,6	43	30,3	31	38,3
	70-79	259	33,6	47	33,1	21	25,9
	≥ 80	201	26,1	29	20,4	13	16,0

### **Reavaliação depois das 24 horas, após procedimento cirúrgico**

Todos os doentes foram avaliados nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico. Depois das 24 horas, apenas 12,7% dos doentes necessitou de pelo menos uma reavaliação (Tabela 3).

**Tabela 3.**

*Caracterização dos doentes quanto à necessidade de reavaliação.*

<b>Reavaliação depois das 24horas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	126	12,7
Não	868	87,3

### **Níveis de intensidade de dor nas primeiras 24 horas**

Quando existe dor nas primeiras 24 horas após cirurgia, o nível de intensidade em repouso e em movimento encontra-se maioritariamente no nível 1 - dor ligeira (14,9% e 55,2%). Na avaliação em repouso, a maioria dos doentes refere estar sem dor (82,7%), mas na avaliação em movimento, a maioria dos doentes refere o nível 1 - dor ligeira de intensidade (55,2%). Na avaliação em movimento existem 17,6% de doentes que referem sentir pelo menos o nível 3 - dor moderada (Tabela 4).

**Tabela 4.**

*Caracterização dos doentes quanto ao nível de intensidade de dor, em repouso e em movimento nas primeiras 24h.*

Níveis Intensidade de Dor	em repouso		em movimento	
	(n= 994)		(n= 994)	
	n	%	n	%
Sem dor	822	82,7	270	27,2
Dor ligeira	148	14,9	549	55,2
Dor moderada	21	2,1	156	15,7
Dor intensa	3	0,3	18	1,8
Dor insuportável	0	0,0	1	0,1

**Existência de efeitos adversos: bloqueio motor, bloqueio sensitivo e sintomas sistémicos.**

Na tabela 5 observa-se que a maioria dos doentes não refere efeitos adversos quando avaliado nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico, variando os valores entre 86,9% no bloqueio sensitivo e 96,1% nos efeitos sistémicos. Dos poucos efeitos adversos, os mais frequentes são o bloqueio sensitivo com parestesias em pequena área (13%), seguido do bloqueio motor com ligeira diminuição da força muscular (4,9%). Nos efeitos sistémicos, as náuseas e vómitos são os mais frequentes, referidos por 3,5% dos doentes.

**Tabela 5.***Caracterização dos doentes quanto aos efeitos adversos.*

<b>Efeitos adversos</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Bloqueio motor	M1 - sem bloqueio	945	95,1
	M2 - ligeira diminuição força muscular	49	4,9
	M3 - acentuada diminuição força muscular	0	0,0
	M4 - bloqueio completo	0	0,0
Bloqueio sensitivo	S1- sem parestesias	864	86,9
	S2 - parestesias em pequena área	129	13,0
	S3 - parestesias em todo o membro	1	0,1
Efeitos sistémicos	Sem efeitos	955	96,1
	Náuseas/vómitos	35	3,5
	Hipotensão	2	0,2
	Tontura	1	0,1
	Outro	1	0,1

**Necessidade de analgesia de resgate**

A analgesia de resgate foi utilizada numa pequena percentagem dos doentes (7,8%), como se pode observar na tabela 6.

**Tabela 6.***Caracterização dos doentes quanto ao uso analgesia resgate.*

<b>Uso de analgesia de resgate</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	78	7,8
Não	916	92,2

De seguida são apresentados os resultados que permitem ver as diferenças entre os grupos de acordo com a técnica de bloqueio de dose única utilizada, confirmando ou rejeitando as hipóteses propostas.

### **H1. Existe relação entre o nível de intensidade da dor, em repouso e movimento, com as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única**

Na tabela 7 apresentam-se os resultados relativos à distribuição dos doentes de acordo com os diferentes níveis de intensidade de dor, em função das técnicas de bloqueio utilizadas.

**Tabela 7.**

*Nível de intensidade da dor em repouso (R) e em movimento (M) em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única.*

<b>Níveis Intensidade de Dor</b>		<b>BNF+CLC</b>		<b>PENG+CLC</b>		<b>BFI</b>	
		<b>(n=770)</b>		<b>(n=143)</b>		<b>(n=81)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dor em repouso</b>	R0 - sem dor	641	83,2	112	78,3	69	85,2
	R1 – dor ligeira	110	14,3	28	19,6	10	12,3
	R2 – dor moderada	16	2,1	3	2,1	2	2,5
	R3 – dor intensa	3	0,4	0	0,0	0	0,0

	R4 – dor insuportável	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Dor em Movimento</b>	M0 - sem dor	213	27,7	41	28,7	16	19,8
	M1 – dor ligeira	419	54,4	74	51,7	56	69,1
	M2 – dor moderada	123	16,0	25	17,5	8	9,9
	M3 – dor intensa	14	1,8	3	2,1	1	1,2
	M4 – dor insuportável	1	0,1	0	0,0	0	0,0

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o nível de intensidade da dor em repouso ou em movimento e as diferentes técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única utilizadas (Tabela 8), deste modo a hipótese é rejeitada.

### Tabela 8.

*Comparação entre os níveis de intensidade de dor e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única.*

<b>Técnicas de bloqueio</b>	<b>repouso</b>			<b>movimento</b>		
	<b>Teste wallis</b>	<b>Kruskal- p</b>	<b>p</b>	<b>Teste wallis</b>	<b>Kruskal- p</b>	<b>p</b>
Todas	2.239674		0.326	0.068280		0.966
(BNF+CLC) + (PENG+CLC)	1.859274		0.172	0.005839		0.939
(BNF+CLC) + (BFI)	0.190366		0.662	0.067249		0.795
(PENG+CLC) + (BFI)	1.455992		0.227	0.025555		0.872

Legenda: *p*: nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

## **H2. Existe relação entre o grau de bloqueio motor e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única**

Na tabela 9 apresentam-se os resultados relativos à distribuição dos doentes de acordo de acordo com o bloqueio motor, em função das técnicas de bloqueio utilizadas.

**Tabela 9.**

*Grau de bloqueio motor em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única.*

<b>Efeitos adversos</b>		<b>BNF+CLC</b>		<b>PENG+CLC</b>		<b>BFI</b>	
		<b>(n=770)</b>		<b>(n=143)</b>		<b>(n=81)</b>	
		n	%	n	%	n	%
Bloqueio motor	M1- sem bloqueio	730	94,8	140	97,9	75	92,6
	M2- ligeira diminuição força muscular	40	5,2	3	2,1	6	7,4
	M3- acentuada diminuição força muscular	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	M4- bloqueio completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Pela análise da tabela 10, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de bloqueio motor e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única. A hipótese é rejeitada.

**Tabela 10.**

*Comparação entre o grau de bloqueio motor e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única.*

<b>Técnicas de bloqueio</b>	<b>Teste <i>kruskal-wallis</i></b>	<b><i>p</i></b>
Todas	3.619700	0.163
(BNF+CLC) + (PENG+CLC)	2.574478	0.108
(BNF+CLC) + (BFI)	0.700886	0.402
(PENG+CLC) + (BFI)	3.763163	0.052

Legenda: *p*: nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

### H3. Existe relação entre o grau de bloqueio sensitivo e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única

Na tabela 11 apresentam-se os resultados relativos à distribuição dos doentes de acordo com o bloqueio sensitivo, em função das técnicas de bloqueio utilizadas.

**Tabela 11.**

*Grau de bloqueio sensitivo em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única.*

Efeitos adversos		BNF+CLC		PENG+CLC		BFI	
		(n=770)		(n=143)		(n=81)	
		n	%	n	%	n	%
Bloqueio sensitivo	S1- sem parestesias	662	86,0	132	92,3	70	86,4
	S2- parestesias em pequena área	107	13,9	11	7,7	11	13,6
	S3- parestesias em todo o membro	1	0,1	0	0,0	0	0,0

Pela análise da tabela 12 é possível confirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de bloqueio sensitivo e as técnicas de bloqueio BNF+CLC e PENG+CLC ( $p = 0.036$ ). Entre estas duas técnicas, o PENG+CLC é aquele que apresenta menor grau de bloqueio sensitivo. A hipótese confirma-se parcialmente.

**Tabela 12.**

*Comparação entre o grau de bloqueio sensitivo e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única.*

<b>Técnicas de bloqueio</b>	Teste <i>kruskal-wallis</i>	<i>p</i>
Todas	4.283607	0.117
(BNF+CLC) + (PENG+CLC)	4.276247	<b>0.036*</b>
(BNF+CLC) + (BFI)	0.013065	0.908
(PENG+CLC) + (BFI)	2.015016	0.155

Legenda: *p*: nível de significância; \*  $p \leq 0,05$ .

#### **H4. Existe relação entre a necessidade de analgesia de resgate e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única**

Na tabela 13 apresentam-se os resultados relativos à distribuição dos doentes de acordo com o uso de analgesia de resgate, em função das técnicas de bloqueio utilizadas.

**Tabela 13.**

*Uso de analgesia de resgate em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única.*

<b>Uso de analgesia de resgate</b>	<b>BNF+CLC</b>		<b>PENG+CLC</b>		<b>BFI</b>	
	<b>(n=770)</b>		<b>(n=143)</b>		<b>(n=81)</b>	
	n	%	n	%	n	%
Sim	55	7,1	13	9,1	10	12,3
Não	715	92,9	130	90,9	71	87,7

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o uso de analgesia de resgate e as diferentes técnicas de bloqueio utilizadas (tabela 14), deste modo a hipótese é rejeitada.

**Tabela 14.**

*Comparação entre uso de analgesia de resgate e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única.*

<b>técnicas de bloqueio</b>	Teste <i>kruskal-wallis</i>	<i>p</i>
Todas	3.097743	0.212
(BNF+CLC) + (PENG+CLC)	0.663219	0.415
(BNF+CLC) + (BFI)	2.808903	0.093
(PENG+CLC) + (BFI)	0.591892	0.441

Legenda: *p*: nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

### **H.5 Existe relação entre a necessidade de reavaliação depois das 24 horas e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única**

Na tabela 15 apresentam-se os resultados relativos à distribuição dos doentes de acordo a necessidade de reavaliação após as 24h, em função das técnicas de bloqueio utilizadas.

**Tabela 15.**

*Reavaliação após as 24h em função das técnicas de bloqueio de nervo periférico dose.*

<b>Reavaliação depois das 24h</b>	<b>BNF+CLC</b>		<b>PENG+CLC</b>		<b>BFI</b>	
	<b>(n=770)</b>		<b>(n=143)</b>		<b>(n=81)</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	102	13,2	12	8,4	12	14,8
Não	668	86,8	131	91,6	69	85,2

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a reavaliação após as 24h e as diferentes técnicas de bloqueio utilizadas (tabela 16). A hipótese é rejeitada.

**Tabela 16.**

*Comparação entre a reavaliação após as 24h e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose.*

<b>técnicas de bloqueio</b>	Teste <i>kruskal-wallis</i>	<i>p</i>
Todas	2.337687	0.310
(BNF+CLC) + (PENG+CLC)	2.084402	0.148
(BNF+CLC) + (BFI)	0.117198	0.732
(PENG+CLC) + (BFI)	1.764286	0.184

Legenda: *p*: nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

### **H.6 Existe relação entre a presença de efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia de resgate**

Na tabela 17 apresentam-se os resultados relativos à presença de efeitos secundários sistêmicos, em função do uso de analgesia de resgate.

**Tabela 17.**

*Efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia de resgate.*

	<b>Efeitos secundários</b>							
	Náuseas/vômitos		Hipotensão		Tontura		Outro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Uso de analgesia de resgate</b>								
Sim	5	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	30	3,3	2	0,2	1	0,1	1	0,1

A análise da tabela 18 permite observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o uso de analgesia de resgate e a presença de efeitos secundários sistêmicos, deste modo a hipótese é rejeitada.

**Tabela 18.**

*Comparação entre a presença de efeitos secundários sistémicos e o uso de analgesia de resgate.*

Variáveis	Teste <i>kruskal-wallis</i>	<i>p</i>
Uso de analgesia resgate/efeitos secundários	1.387092	0.238

Legenda: *p*: nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

### **H.7 Existe relação entre a presença de efeitos secundários sistémicos e o uso de analgesia sistémica**

Na tabela 19 apresentam-se os resultados relativos à presença de efeitos secundários sistémicos, em função do de analgesia sistémica.

**Tabela 19.**

*Efeitos secundários sistémicos e o uso de analgesia sistémica.*

Analgesia sistémica	Efeitos secundários									
	S/ efeitos		Náuseas e vômitos		e Hipotensão		Tontura		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Paracetamol	15	88,2	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Paracetamol+AINE`s	156	96,3	5	3,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Paracetamol+Tramadol	393	97,0	11	2,7	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Paracetamol+Tramadol+AINE`s	370	95,4	16	4,1	1	0,3	1	0,3	0	0,0

A análise da tabela 20 permite observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de efeitos secundários sistémicos e o uso de analgesia sistémica, exceto entre os grupos de doentes a quem foi administrado paracetamol com o grupo a quem foi administrado paracetamol+tramadol ( $p=0.047$ ) deste modo a hipótese é parcialmente confirmada.

**Tabela 20.**

*Comparação entre a presença de efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia sistêmica.*

<b>Analgesia sistêmica</b>	Teste kruskal- wallis	<i>p</i>
Todos	4.321951	0.228
Paracetamol, Paracetamol+Tramadol	3.931291	<b>0.047*</b>
Paracetamol, Paracetamol+Tramadol+AINE`s	1.757137	0.184
Paracetamol, Paracetamol+AINE`s	2.328498	0.127
Paracetamol+Tramadol, Paracetamol+Tramadol+AINE`s	1.527651	0.216
Paracetamol+Tramadol, Paracetamol+AINE`s	0.206193	0.649
Paracetamol+Tramadol+AINES, Paracetamol+AINE`s	0.239212	0.624

Legenda: *p*: nível de significância; \*  $p \leq 0,05$ .

## 7. DISCUSSÃO

Uma prática clínica, baseada na evidência, que procura uma reavaliação constante das respostas corporais às estratégias implementadas na gestão da dor, contribui não só para a otimização dos resultados clínicos, mas também para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. O uso de técnicas analgésicas regionais específicas para o local cirúrgico tem mostrado ser eficaz, como parte da analgesia multimodal para o controlo da DAPO associado a vários procedimentos cirúrgicos, incluindo cirurgias das articulações dos membros inferiores.

Os estudos realizados demonstram uma melhoria na qualidade analgésica associada ao uso destas técnicas, com repercussões positivas na recuperação dos doentes e no seu nível de satisfação, mas também na redução do consumo de opióides, redução dos tempos de internamento e redução das complicações a curto e longo prazo, como por exemplo o tromboembolismo e a dor crónica (Lin et al., 2021; Lin et al., 2022). Além disso, o recurso aos bloqueios de nervo periférico de dose única também revela uma redução dos custos financeiros. Numa revisão *Cochrane*, os autores observaram uma redução nos custos associados a medicamentos analgésicos, com uma alta evidência (Guay et al., 2017). Porém, como refere Anger et al. (2021) os estudos existentes na analgesia pós-operatória da cirurgia da anca são metodologicamente heterogéneos, entre elas discrepâncias entre os grupos de tratamento e controlo, e momentos diferentes de avaliação da dor. Pode observar-se pela revisão da literatura efetuada que nos estudos sobre a utilização das técnicas de analgesia de nervo periférico dose única os autores optam pela avaliação de apenas uma ou duas técnicas e alguns com limitações no número de participantes. Os resultados deste estudo poderão contribuir para o aumento desta informação e consequentemente, para as recomendações do controlo da DAPO, tendo em conta que estas devem ser baseadas em avaliações críticas da evidência, direcionadas para procedimentos específicos e serem interpretadas no contexto das boas práticas atuais.

No período de tempo determinado, 994 doentes seguidos pela UDA após ATA, reuniram os critérios de elegibilidade para o estudo. Destes, a maioria foram mulheres (53,0%) e situavam-se na faixa etária entre os 60 e os 79 anos de idade (60,2%). Considerando que se trata de uma patologia associada à população idosa, era expectável que a idade destes doentes fosse predominante nas faixas etárias mais elevadas. (Fujihara, 2012; Lin & Siegler, 2019; Martínez Martín et al, 2023; Ying et al., 2023)

A técnica de bloqueio de nervo periférico de dose única utilizada com maior frequência foi o BNF+CLC (77,5%), seguida por uma ampla distância do PENG+CLC (14,4%) e do BFI (8,1%). Este dado pode ser justificado pelo fato de a maioria dos anestesiológistas ter incorporado estas técnicas na sua prática clínica mais tardiamente. O PENG é a técnica mais recente, tendo sido descrita em 2018 (Girón-Arango et al., 2018; Martínez Martín et al., 2023; Morrison et al., 2020).

Os resultados deste estudo refletem os dados que resultaram da avaliação pós-operatória, efetuada pelos enfermeiros da UDA, nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico. Desta forma todos os doentes incluídos foram submetidos a esta avaliação. No entanto, pelo interesse clínico, realizou-se uma análise para determinar a quantidade de doentes que necessitaram de pelo menos uma reavaliação, depois do período estipulado. Esta reavaliação foi apenas efetuada em 12,7% dos doentes. A necessidade de reavaliação por períodos acima das 24 horas é uma prescrição dos enfermeiros da UDA. Habitualmente justificada pela necessidade de manter vigilância da avaliação da dor em doentes com dor não controlada e/ou a existência de intercorrências clínicas associadas ao bloqueio de nervo periférico (Prowse, 2007).

Na avaliação da dor nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico, foi possível observar que a maioria dos doentes em repouso não refere dor (82,7%), enquanto a maioria dos doentes em movimento refere dor ligeira (55,2%). Estes resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos (Lin et al., 2021; Martínez Martín et al., 2023). É relevante salientar que 17,6% dos doentes em movimento apresentaram dor não controlada, referindo-a com moderada a insuportável. No entanto, as recomendações internacionais para o seu controlo assentam numa abordagem multimodal com recurso a técnicas anestésicas regionais periféricas específicas para o local cirúrgico (Chou et al, 2016; Rawal, 2016; Girón-Arango et al, 2018; Anger et al, 2021).

De fato, a analgesia de resgate foi utilizada numa percentagem reduzida de doentes (7,8%), confirmando a limitada utilização de opióides. Este resultado, reforça a evidência de que os bloqueios periféricos de dose única desempenharam um papel importante na redução do consumo de opióides e, conseqüentemente, na redução dos efeitos adversos ou riscos associados à analgesia sistémica, nomeadamente náuseas e vômitos do pós-operatório (Girón-Arango et al., 2018; Morrison et al., 2020; Anger et al, 2021; Pascarella, 2021; Andrade et al., 2023). Como se pode observar nos resultados referentes aos efeitos adversos sistémicos nesta amostra.

Ao analisar os efeitos adversos associados às técnicas de analgesia regional, foi possível verificar que estão ausentes na maioria dos doentes, incluindo o bloqueio motor (95,1%), o bloqueio sensitivo (86,9%) e os efeitos sistêmicos (96,1%). Este resultado é também similar ao descrito no estudo de Morrison et al. (2020).

Entre os efeitos adversos identificados, os mais frequentes foram o bloqueio sensitivo com parestesias em pequena área (13%), seguido do bloqueio motor com ligeira diminuição da força muscular (4,9%). No que diz respeito aos efeitos sistêmicos, as náuseas e vômitos foram referidos por uma pequena percentagem de doentes (3,5%). Estes resultados reforçam as observações mencionadas anteriormente e podem sugerir que os protocolos de analgesia sistêmica instituídos estão ajustados às características da dor. No entanto, para uma análise mais rigorosa seria importante detalhar a terapêutica adjuvante no controlo de sintomas e outras variáveis fisiológicas.

As hipóteses inicialmente propostas não se confirmaram na totalidade: H1. Existe relação entre o nível de intensidade da dor, em repouso e movimento, com as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única; H2. Existe relação entre o grau de bloqueio motor e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única; H3. Existe relação entre o grau de bloqueio sensitivo e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única; H4. Existe relação entre a necessidade de analgesia de resgate e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única; H.5 Existe relação entre a necessidade de reavaliação depois das 24 horas e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única; H.6 Existe relação entre a presença de efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia de resgate e H.7 Existe relação entre a presença de efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia sistêmica.

No entanto, foi obtida uma confirmação parcial na H3. Existe relação entre o grau de bloqueio sensitivo e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única e na H.7 Existe relação entre a presença de efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia sistêmica.

Na relação entre o bloqueio sensitivo e as técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única utilizadas (H3.), verificou-se uma diferença estatisticamente significativa quando comparados os grupos de BNF+CLC e PENG+CLC ( $p = 0.036$ ). Os doentes submetidos ao PENG+CLC apresentam menor grau de bloqueio sensitivo em comparação com os submetidos a BNF+CLC. Não foram encontrados estudos que permitissem interpretar este resultado. No entanto, sob o ponto de vista anatómico este dado pode ser justificado pelo fato de o PENG ser uma técnica seletiva para os ramos articulares do nervo femoral, obturador e obturador acessório sem abranger inervação cutânea e muscular do nervo

femoral e cutâneo lateral. Talvez um número maior de observações pudesse demonstrar também uma melhor preservação da função motora (menos bloqueio motor), tal como descrito literatura (Girón-Arango et al., 2018; Lin et al., 2022). Nos resultados obtidos o bloqueio motor foi semelhante nas três técnicas ainda que o PENG tenha sido aquele que causou menos bloqueio motor em comparação com o BFI e diferença esteja próxima do limite significância ( $p = 0.052$ ).

Na relação entre a presença de efeitos secundários sistêmicos e o uso de analgesia sistêmica (H7.), observou-se uma diferença estatisticamente significativa na comparação do grupo de doentes a quem foi administrado paracetamol e o grupo do paracetamol+tramadol ( $p = 0.047$ ). Os doentes com ausência de efeitos secundários no grupo do paracetamol (88,2%) foram em número inferior do que os do grupo paracetamol+tramadol (97%). As náuseas e vômitos (11,8%) foram os únicos efeitos secundários dos doentes a quem foi administrado paracetamol. Considerando que estes efeitos secundários estão habitualmente associados ao uso de opióides e seus similares seria expectável um resultado diferente, pelo que este resultado deveria ser confirmado com o estudo de outras variáveis possivelmente relacionadas.

A ausência de diferenças estatisticamente significativa nos níveis de dor obtida nas diferentes técnicas de analgesia regional, pode ser confirmada por outros estudos. Lin, et al. (2021), num estudo comparativo randomizado, entre o PENG e o BNF não encontraram diferenças significativas ( $p=0,53$ ). A revisão sistemática de Ying et al., (2023) também permitiu demonstrar que a DAPO pode ser controlada com bloqueio PENG ou com BFI, nas sem diferenças nos scores de intensidade de dor às 24 horas. Numa outra revisão sistemática que comparou o PENG com o BFI, os autores concluíram não existirem diferenças nos níveis de dor, em repouso e em movimento, às 24 horas após cirurgia (Andrade et al, 2023).

A ausência de diferenças nos efeitos sistêmicos relacionados com as técnicas, é similar ao de outros estudos. Nomeadamente, na utilização do PENG e do BFI não foram encontradas diferenças na incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório (Ying et al., 2023; Andrade et al., 2023).

O uso de analgesia de resgate, ainda que reduzido e mais frequente no grupo do BNF, foi igualmente observado em outros estudos. Quando compararam o PENG e o BFI, Andrade et al. (2023) não observaram diferenças no uso de analgesia de resgate entre os grupos. Da mesma forma, no estudo de Lin. et al. (2021) que comparou o PENG com o BNF a

analgésia de resgate foi usada nos dois grupos, não tendo sido avaliadas a diferença entre os dois grupos.

Em síntese, pode afirmar-se que neste estudo não se verificaram diferenças significativas entre os níveis de intensidade da dor, o bloqueio motor e sensitivo, a necessidade de analgesia de resgate, a necessidade de reavaliação após as 24 horas e as diferentes técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única utilizadas em doentes submetidos a ATA. Ainda que se confirme que o grupo PENG tenha revelado menor grau de bloqueio sensitivo que o grupo BNF+CLC. Um dos contributos mais relevantes deste estudo foi a realização de uma análise simultânea a três técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única, destacando-se pela abordagem abrangente, uma vez que a maioria dos artigos estuda apenas uma ou duas técnicas em associação e em diferentes contextos da cirurgia da anca.

### **Limitações**

Este estudo apresenta algumas limitações a serem consideradas.

Inicialmente, não foram contemplados fatores como o tempo de cirurgia, o uso de coadjuvantes utilizados no ato anestésico e as comorbilidades coexistentes, variáveis que poderiam influenciar a DAPO. Para a avaliação da força motora teria sido importante a utilização de um dinamômetro, uma ferramenta que a UDA não dispõe, o que eliminaria o efeito subjetivo do uso de escalas.

Além disso, este estudo não permite extrair conclusões para a melhor estratégia analgésica em doentes submetidos a ATA para além das 24 horas de pós-operatório. O foco dos cuidados deverá ser sempre uma recuperação rápida. O tempo de início de marcha, o número de quedas, o consumo global de analgésicos após as 48h, complicações tromboembólicas e o tempo de internamento hospitalar devem ser incluídos em estudos futuros, pois estão intimamente relacionados com o controlo da dor pós-operatória.

Outra limitação relevante, é o reduzido número de doentes em algumas variáveis, o que pode ter comprometido a validação de algumas hipóteses propostas.

## 8. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A ATA é um procedimento cirúrgico, comum nas idades mais avançadas. Uma eficaz analgesia do pós-operatório é importante para aliviar a dor, prevenir complicações e promover a deambulação e exercício funcional precoces. Como a eficácia analgésica pode variar entre diferentes tipos de cirurgia, a combinação de vários estados de dor pós-operatório pode ignorar os efeitos específicos dos analgésicos ou técnica analgésica específica. Assim, a dor pós-operatório requer uma abordagem específica para a analgesia de cada procedimento.

A avaliação efetuada pelos enfermeiros da UDA, nas primeiras 24 horas após ATA, com recurso a de técnica de bloqueio de nervo periférico dose única em combinação com analgesia sistémica, revela que a dor em repouso está predominantemente ausente. E, em movimento a maioria dos doentes refere dor ligeira. A necessidade de analgesia de resgate foi muito reduzida e os efeitos adversos associados à analgesia estiveram ausentes, na maioria dos doentes.

Não foram identificadas diferenças entre os níveis de intensidade da dor, os efeitos adversos, necessidade de analgesia de resgate e de reavaliação após as 24 horas e os diferentes grupos de técnicas de bloqueio de nervo periférico dose única utilizadas. A única exceção foi no bloqueio sensitivo, onde se verificou que os doentes submetidos a PENG+CLC apresentaram menor grau de bloqueio sensitivo do que os submetidos a BNF+CLC.

Neste sentido, pode afirmar-se que todas estas técnicas de analgesia permitem uma gestão adequada da DAPO, nas primeiras 24 horas após este procedimento cirúrgico. Este sucesso pode estar ainda associado a outros fatores como uma abordagem organizada e multidisciplinar. Esta emerge como um fator crucial para evitar o subtratamento da dor aguda.

Ao nível organizativo, a avaliação e documentação da intervenção dos enfermeiros especialistas no contexto das UDA revela ao nível internacional muitas assimetrias, em particular na definição das intervenções autónomas e interdependentes. O enfermeiro, no âmbito da sua responsabilidade assegura: a avaliação da dor, tendo em conta todos os fatores relevantes; a gestão de sintomas, nomeadamente as que resultam também das estratégias locorregionais; a gestão do regime terapêutico e administração de fármacos

em analgesia sistémica e de resgate; a prescrição de reavaliações para além das estipuladas, de acordo com as necessidades dos doentes; a implementação de estratégias não farmacológicas; a avaliação da eficácia das intervenções implementadas; o acompanhamento e educação de doente/famílias e a avaliação da sua satisfação com o controlo da dor. À medida que o conhecimento sobre dor evolui é responsabilidade do enfermeiro produzir e divulgar estudos atualizados para fornecer informação que contribua para o desenvolvimento das UDA em Portugal e conseqüentemente, fundamentar os melhores cuidados aos doentes. Este estudo foi submetido em formato de artigo a uma revista de enfermagem nacional indexada à *Scopus* (Anexo II) e foi apresentado o tema “Abordar a dor: estratégias e desafios”, num *webinar* organizado pelo Núcleo de Enfermagem Médico-cirúrgica do CHTMAD, no dia 14 de novembro de 2023. Este estudo deve ser considerado como um ponto de partida para estudos futuros, com base das necessidades individuais dos doentes, no contributo dos enfermeiros das UDA na equipa multidisciplinar e na avaliação dos protocolos de analgesia estabelecidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida e Sousa J. P. (2012). *A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe* [The response of intensive care medicine in situations of multiple victims and catastrophe]. *Acta medica portuguesa*, 25(1), 37–43.
- Andrade, P. P., Lombardi, R. A., Marques, I. R., Braga, A. C. D. N. A. E., Isaias, B. R. S., & Heiser, N. E. (2023). Pericapsular Nerve Group (PENG) block versus fascia iliaca compartment (FI) block for hip surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Elsevier)*, 73(6), 794–809. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2023.07.007>
- Anger, M., Valovska, T., Beloeil, H., Lirk, P., Joshi, G. P., Van de Velde, M., Raeder, J., & PROSPECT Working Group\* and the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (2021). PROSPECT guideline for total hip arthroplasty: *A systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations*. *Anaesthesia*, 76(8), 1082–1097. <https://doi.org/10.1111/anae.15498>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., da Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., Canhão, H., & EpiReumaPt study group (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD open*, 2(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Caseiro, J. M. (2007). *Compliação I*. In J.M. Caseiro, *A organização da analgesia do pós-operatório*. (pp. 197-236) Lisboa: Permanyer Portugal.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C. L., Chittenden, E. H., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M. F., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., Thirlby, R., ... Wu, C. L. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline from the American Pain

Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>

Canadien Nurses Association [CNA] (2018). *Position Statement: Evidence-informed Decision-making and Nursing Practice*. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Evidence\\_inform](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Evidence_inform)

Cardoso, A. (1999) *Manual de tratamento de dor crónica*. (1ªed) Lisboa: LIDEL (120)

CHTMAD (2019) Relatório de Sustentabilidade de 2019.

CHTMAD (2023) – [História do CHTMAD – CH | Trás-os-Montes e Alto Douro \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt)

CHTMAD (2023) - [Centro de Gestão Oncológico – CH | Trás-os-Montes e Alto Douro \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt)

Cousins & Power (2005) Acute and postoperative pain. In Melzacke Wall: *Pain Management*. (1ed), pp.13-30). Churchill Livingstone.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1978). Ministério Negócios Estrangeiros. Diário da República, I Série, n.º 57/78. [declaracao\\_universal\\_dos\\_direitos\\_do\\_homem.pdf \(ministeriopublico.pt\)](https://www.ministeriopublico.pt)

Decreto-Lei n.º 104/98. *Código Deontológico do Enfermeiro*. Diário da República — I Série-A. [17391757.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt)

Despacho n.º 9715/2020 do Finanças, Modernização Do Estado E Da Administração Pública E Saúde (2020). Diário da República, 2.ª série. [0002100025.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt)

Despacho n.º 18 459/2006 do Ministério da Saúde (2006). Diário da República, 2.a série — n.º 176. [1861118612.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt)

Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde (2002). Diário da República — I série-B. [18651866.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt)

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 (Versão Resumo)*: [DGS - PNS-2012-2016-Versao-Resumo, 2015.pdf](#)
- Direção Geral da Saúde (2012). Norma 003/2012. *Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032012-de-19102012.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2003). Norma nº 9/ DGCG. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor* [cn\\_09\\_03\\_dgcg \(dgs.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2013). Norma n.º 014. *Artroplastia Total da Anca*: [artroplastia-total-da-anca.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2017). Norma n.º 001. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*: [Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Portal das Normas Clínicas \(min-saude.pt\)](#)
- European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)†. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2012;19(4):585-667. doi:[10.1177/2047487312450228](https://doi.org/10.1177/2047487312450228)
- Fujihara, Y., Fukunishi, S., Nishio, S., Miura, J., Koyanagi, S., & Yoshiya, S. (2013). Fascia iliaca compartment block: Its efficacy in pain control for patients with proximal femoral fracture. *Journal of Orthopaedic Science: Official Journal of the Japanese Orthopaedic Association*, 18(5), 793–797. <https://doi.org/10.1007/s00776-013-0417-y>
- Gan T. J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of pain research*, 10, 2287–2298. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144066>
- Girón-Arango, L., Peng, P. W. H., Chin, K. J., Brull, R., & Perlas, A. (2018). Pericapsular Nerve Group (PENG) Block for Hip Fracture. *Regional Anesthesia*

*and Pain Medicine*, 43(8), 859–863.

<https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000847>

Guay, J., Parker, M. J., Griffiths, R., & Kopp, S. (2017). Peripheral nerve blocks for hip fractures. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD001159.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001159.pub2>

Hunter, D. J., March, L., & Chew, M. (2020). Osteoarthritis in 2020 and beyond: A Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10264), 1711–1712.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32230-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32230-3)

Institute of Medicine. (2011). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington: National Academies Press.

Joshi, G. P., Van de Velde, M., Kehlet, H., & PROSPECT Working Group Collaborators (2019). Development of evidence-based recommendations for procedure-specific pain management: PROSPECT

methodology. *Anaesthesia*, 74(10), 1298–1304. <https://doi.org/10.1111/anae.14776>

Joshi, G. P., Kehlet, H., & PROSPECT Working Group (2017). Guidelines for perioperative pain management: need for re-evaluation. *British journal of anaesthesia*, 119(4), 703–706. <https://doi.org/10.1093/bja/aex304>

Lei n.º 156/2015. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série — N.º 181: [0805908105.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt/0805908105.pdf)

Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Diário da República, I Série. n.º 180. Assembleia da República. [Lei\\_111\\_2009.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://diariodarepublica.pt/ordemenfermeiros.pt/Lei_111_2009.pdf)

Lei n.º 27/2006. *Lei de Bases da Protecção Civil*. Diário da República, Diário da República n.º 126/2006, Série I: [Lei de Bases da Protecção Civil - Secção I | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt/Lei_de_Bases_da_Protecção_Civil_-_Secção_I|DR)

Lin, R. J., & Siegler, E. L. (2019). Acute pain management in older adults. *Effective treatments for pain in the older patient*, 35-52.

Lin, D. Y., Morrison, C., Brown, B., Saies, A. A., Pawar, R., Vermeulen, M., Anderson, S. R., Lee, T. S., Doornberg, J., Kroon, H. M., & Jaarsma, R. L. (2021).

Pericapsular nerve group (PENG) block provides improved short-term analgesia compared with the femoral nerve block in hip fracture surgery: A single-center double-blinded randomized comparative trial. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 46(5), 398–403. <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-102315>

Lin, D. Y., Brown, B., Morrison, C., Kroon, H. M., & Jaarsma, R. L. (2022).

Pericapsular nerve group block results in a longer analgesic effect and shorter time to discharge than femoral nerve block in patients after hip fracture surgery: a single-center double-blinded randomized trial. *The Journal of international medical research*, 50(3), 3000605221085073. <https://doi.org/10.1177/03000605221085073>

Lützner, Cornelia, Stefanie Deckert, Klaus-Peter Günther, Anne Elisabeth Postler, Jörg Lützner, Jochen Schmitt, David Limb, and Toni Lange. (2022). "Indication Criteria for Total Hip Arthroplasty in Patients with Hip Osteoarthritis—Recommendations from a German Consensus Initiative" *Medicina* 58, no. 5: 574.

<https://doi.org/10.3390/medicina58050574>

Macintyre, P.M. & Schug, S.A. (2007). *Acute Pain Management a Pratical Guide*. (3ed). Saunders Elsvier.

Martínez Martín, A., Pérez Herrero, M., Sánchez Quirós, B., López Herrero, R., Ruiz Bueno, P., & Cocho Crespo, S. (2023). Beneficios de los bloqueos analgésicos, PENG (Pericapsular Nerve Group), en la recuperación precoz tras la cirugía de cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 67(1) (pp27-T34). <https://doi.org/10.1016/j.recot.2022.03.007>

MelzacK R. & D.Wall.Patrick (1982). *O desafio da dor*.(1ºed) Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, (424).

Morrison, C., Brown, B., Lin, D. Y., Jaarsma, R., & Kroon, H. (2021). Analgesia and anesthesia using the pericapsular nerve group block in hip surgery and hip fracture: A scoping review. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 46(2), 169–175. <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101826>

Oliveira, Queirós & Castro (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicologia*, (pp:143-158)

- Ordem dos Enfermeiros (2001) – Código Deontológico dos Enfermeiros, Dos Comentários à Análise de Casos. Parecer CJ-24/2001, p. 259.  
[codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem*.  
[Microsoft Word - OE\\_ InvestigEnfermPosCDTomadadePosiocioa2604.doc \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa.  
[cadernosoe-dor.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (No. 140/2019, Diário da República n.º 26/2019, Série II – N.º 26, pp. 4744–4750). Diário da República.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* (N.º 429/2018 (No. 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 135, pp. 19359–19364). Diário da República.  
[Regulamento competencias especificas enfermeiro especialista.pdf](#)
- Pacheco (2011). *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem uma teoria explicativa*. Tese para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde:  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7947/1/Desenvolvimento%20da%20compet%C3%Aancia%20etica.pdf>
- Pascarella, G., Costa, F., Del Buono, R., Pulitanò, R., Strumia, A., Piliego, C., De Quattro, E., Cataldo, R., Agrò, F. E., Carassiti, M., & Collaborators. (2021). Impact of the pericapsular nerve group (PENG) block on postoperative analgesia and functional recovery following total hip arthroplasty: A randomised, observer-masked, controlled trial. *Anaesthesia*, 76(11), 1492–1498.  
<https://doi.org/10.1111/anae.15536>
- Penedo, J.M.V.S; Ribeiro A.A.B; Lolpes, H.A.R.C.; Pimentel, J.M.P.C; Pedrosa, J.A.G.P.S; SÁ, R.A.M.V; Moreno, R.P.J. (2013), – *Avaliação da Situação*

*Nacional das unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final (Despacho nº 10601/2011, de 24 de agosto)*, Ministério da Saúde.

Prowse M. (2007). Postoperative pain in older people: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 16(1), 84–97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01482.x>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Rawal N. (2016). Current issues in postoperative pain management. *European journal of anaesthesiology*, 33(3), 160–171 <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000366>

Royal College of Anaesthetists. (2023). Perioperative Quality Improvement Program of United Kingdom 2021-2023. London: Royal College of Anaesthetists. Disponível em: [https://pqip.org.uk/FilesUploaded/PQIP-Report2023\\_Final%20version\\_140623.pdf](https://pqip.org.uk/FilesUploaded/PQIP-Report2023_Final%20version_140623.pdf)

Sarmiento, A. (2005) *A Dor no Doente de Cuidados Intensivos*. Rev.Dor Vol nº 4, Associação Portuguesa Estudo da Dor: Permanyer. p. (35-39):

Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *The British journal of surgery*, 107(2), e70–e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>

Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (2013). Relatório Anual 2013. Retirado de [http://www.rpa.spot.pt/getdoc/656b137c-4a0c-4bfc-a34d-8dafedaa0c62/Relatorio\\_Anuual\\_2013.aspx](http://www.rpa.spot.pt/getdoc/656b137c-4a0c-4bfc-a34d-8dafedaa0c62/Relatorio_Anuual_2013.aspx)

Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., ... Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>

Upp, J., Kent, M., & Tighe, P. J. (2013). The evolution and practice of acute pain medicine. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, *14*(1), 124–144.  
<https://doi.org/10.1111/pme.12015>

Valentim, J. (2008) *Dor Aguda do Pós-operatório – Princípios Básico*. Rev. Dor Vol 16 nº 1, Associação Portuguesa Estudo da Dor: Permanyer. p. (12-17):

Voscopoulos, C., & Lema, M. (2010). When does acute pain become chronic? *British journal of anaesthesia*, *105 Suppl 1*, i69–i85. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq323>

Ying, H., Chen, L., Yin, D., Ye, Y., & Chen, J. (2023). Efficacy of pericapsular nerve group block vs. fascia iliaca compartment block for hip surgeries: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Surgery*, *10*, 1054403.  
<https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1054403>

i

**ANEXOS**

---

Anexo I  
Parecer da Comissão de Ética do CHTMAD

Exm<sup>o</sup>(a). Senhor(a):

Enf. Henrique José Oliveira Dias  
Serviço Bloco Operatório

---

**ASSUNTO:** Título de investigação: Gestão da dor aguda no Pós-operatório da artroplastia da anca: Eficácia analgésica do bloqueio de nevo periférico de dose única

---

V/ REFERÊNCIA 21.11.2023

Serve o presente ofício para informamos V. Exa. de que a Comissão de Ética para a Saúde do CHTMAD, reunida em 29.11.2023, emitiu o parecer: "*Parecer favorável*".

Mais informamos que o Conselho de Administração deste Centro Hospitalar, homologou o mesmo, em reunião de 30.11.2023.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real 30.11.2023

Doc n.º 169/2023 - CES

Vice-Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

  
Enf. Gestor José Faceira


Anexo II

Comprovativo de Submissão do Artigo de Estudo à Revista Referência

A receber - hjdias@chtrnad.min-saude.pt - Outlook

Mover Regras Não Lidas/ Lidas Categorizar Dar Seguimento - Procurar Pessoas Livro de Endereços Loja Report Message - Protecção Informações Viva

Responder Responder a Todos Reencaminhar  
qui 30-11-2023 13:30

 Tereza Barroso (Editora-Chefe) <noreply@rcaap.pt>  
[RER] Agradecimento pela submissão

Para HENRIQUE OLIVEIRA DIAS

Henrique José de Dias,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Gestão da Dor Aguda Pós-Operatória na Artroplastia da Anca: Eficácia analgésica do bloqueio de nervo periférico de dose única" à revista *Revista de Enfermagem Referência*. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/authorDashboard/submission/33829>  
Nome de utilizador: hjdias

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Tereza Barroso (Editora-Chefe)

---

[Revista de Enfermagem Referência](#)

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)  
Avenida Bissaya Barreto s/n, 3004-011 - Coimbra  
Telefone: +351 239 487 255 | E-mail: [referencia@esenfc.pt](mailto:referencia@esenfc.pt)

Todas as pastas estão atualizadas. Ligado a: Microsoft Exchange 100%