



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: que realidade?

Márcia Odete Freixieiro da Silva

Coimbra, dezembro de 2017



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: que realidade?

Márcia Odete Freixieiro da Silva

Orientador: Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves,
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, dezembro de 2017

*“Avaliar a dor apenas pela sua intensidade é como
descrever a música unicamente pelo seu volume”*

(Carl Von Baeyer, 2006)

AGRADECIMENTOS

Finda uma etapa tão importante e significativa do meu percurso académico, não poderia deixar de agradecer a todos os que contribuíram para que fosse possível a concretização do mesmo.

Ao Professor Rui Gonçalves, pela sábia orientação, disponibilidade, apoio, incentivo e inspiração constantes, assim como pelas palavras de alento nos momentos de dúvida, incerteza e dificuldade, determinantes para a chegada a este momento.

À Enfermeira Ana Lúcia João, pela preciosa ajuda e esclarecimentos no tratamento e análise estatística dos dados.

Às Enfermeiras Sandra Marques e Alexandra Azinhaga, pela colaboração na recolha de dados e ao longo de todo o processo investigativo, bem como pelo apoio, motivação e partilha da sua experiência pessoal num percurso idêntico.

Aos meus Pais e Irmão, pelo apoio, ajuda, incentivo, dedicação, presença e paciência incondicionais.

A toda a Família e Amigos, pela compreensão, amizade, força e apoio.

À Rita, à Faby e ao Pedro, pela partilha e companhia nesta aventura em busca de mais conhecimento, assim como às incríveis pessoas que fomos conhecendo pelo caminho... sem vocês não seria a mesma coisa.

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste estudo, o meu sentido e sincero OBRIGADO!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS - Direção Geral da Saúde

Doi - *Digital object identifier*

Et al. - E outros

GPT - Grupo Português de Triagem

HDS - Hospital Distrital de Santarém

IASP - *International Association for the Study of Pain*

INE - Instituto Nacional de Estatística

N.º - Número

NPC-JCAHO - National Pharmaceutical Council, Inc. - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OE - Ordem dos Enfermeiros

P. - Página

PP. - Páginas

PENPCDor - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

S.d. – Sem data

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico – Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UMC - Unidade Médico-Cirúrgica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO - World Health Organization

RESUMO

A dor é o principal motivo de procura de cuidados de saúde no serviço de urgência, sendo uma realidade com a qual os enfermeiros lidam diariamente. O seu carácter multidimensional e subjetivo transforma-a numa experiência única e particular para cada pessoa. É fulcral, no processo de cuidados, que esta seja sistematicamente avaliada e registada, permitindo uma intervenção precoce e individualizada, tendo como objetivo maior a promoção do bem-estar, a continuidade e a qualidade dos cuidados. Este estudo tem como intuito caracterizar a avaliação e o registo da dor, efetuados pelos enfermeiros, às pessoas admitidas com dor num serviço de urgência. Numa abordagem de base documental, com carácter exploratório, descritivo e transversal, foram analisados os registos produzidos por enfermeiros, referentes à dor - 278 episódios de uma urgência médico-cirúrgica, extraídos da plataforma informática Alert® e - através de formulário construído para o efeito, procedendo-se posteriormente à sua análise descritiva. Os episódios analisados resultam dos dados produzidos durante os sete primeiros dias dos meses de agosto, setembro e outubro de 2016, referentes aos casos de triagem com discriminador diretamente relacionado com a dor e posterior atribuição de prioridade laranja. Verificou-se que os principais fluxogramas selecionados foram “dor torácica” e “dor lombar” e o discriminador mais frequente foi “dor severa”, maioritariamente associada a intensidade 7. As características da dor mais registadas foram a “localização” e a “intensidade” da dor, tanto na triagem como à *posteriori*. Constatou-se a existência de reduzido número de registos de reavaliação da dor (n=39), sendo que, quando ocorre, é maioritariamente confinada a um momento e após medida terapêutica farmacológica. Os resultados evidenciam ainda que, apesar do anteriormente exposto, a intensidade da dor foi mais registada do que os restantes sinais vitais. Pretende-se que este estudo possa contribuir para um conhecimento sustentado da realidade e de como é efetivamente avaliada e registada a dor, pois só através do mesmo se pode refletir conscientemente e propor medidas interventivas personalizadas, com vista a uma adequada gestão terapêutica da dor e à maximização da segurança, da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida da pessoa com experiência de dor, família e comunidade.

Palavras-chave: enfermagem, dor, avaliação, registos, serviço de urgência

ABSTRACT

Pain is the main reason for seeking care in the emergency department, a reality that nurses deal with daily. Its multidimensional and subjective character makes it a unique experience for each person. It's crucial, in the care process, that this is systematically assessed and recorded, allowing for early and individualized intervention, with the main goal of promoting well-being, continuity and quality of care. This study aims to characterize the evaluation and recording of pain, performed by nurses, to people admitted with pain in an emergency service. In an exploratory, descriptive and cross-sectional approach, the records produced by nurses, referring to pain, were analysed - 278 episodes of a medical and surgical urgency, extracted from the Alert® er computer platform - through a form constructed for the purpose, followed by a descriptive analysis. The analyzed episodes result from the data produced during the first seven days of August, September and October of 2016, regarding the cases of triage with discriminator directly related to pain and subsequent attribution of orange priority. It was verified that the main flowcharts selected were "chest pain" and "low back pain" and the most frequent discriminator was "severe pain", mostly associated with pain intensity of 7. The most frequently reported pain characteristics were "location" and "intensity", both in triage and in the process of care after that. A low number of pain reassessment registers (n-39) were found, and when it occurs, it is mostly confined to one moment and after a pharmacological therapeutic measure. The results also show that, despite the above, the pain intensity was more recorded than the other vital signs. It is intended that this study can contribute to a sustained knowledge of the reality and how pain is really assessed and recorded, since only through it we can consciously reflect and propose personalized intervention measures, with the aim of an adequate therapeutic pain management and the maximization of safety, quality of care and quality of life of the person experiencing pain, family and community.

Keywords: nursing, pain, assessment, records, emergency department

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos episódios por sexo.....	73
Tabela 2 - Distribuição dos episódios por idade.....	73
Tabela 3 - Distribuição dos episódios por mês.....	74
Tabela 4 - Distribuição dos episódios por dia do mês.....	74
Tabela 5 - Distribuição dos episódios por dia da semana.....	75
Tabela 6 - Distribuição dos episódios por fluxograma inicial da triagem de Manchester..	76
Tabela 7 - Distribuição dos episódios por discriminador inicial da triagem de Manchester.....	76
Tabela 8 - Distribuição dos episódios por intensidade da dor na triagem.....	77
Tabela 9 - Distribuição dos episódios por área de encaminhamento inicial.....	77
Tabela 10 - Distribuição dos episódios por tempo total de permanência no serviço de urgência.....	78
Tabela 11 - Distribuição dos episódios por turno de admissão.....	78
Tabela 12 - Distribuição das características da dor registradas no campo “queixa” da triagem.....	79
Tabela 13 - Distribuição dos episódios no âmbito da reavaliação da dor.....	80
Tabela 14 - Distribuição do número de reavaliações da dor.....	80
Tabela 15 - Distribuição da intensidade da dor registrada na última reavaliação.....	81

Tabela 16 - Distribuição dos registos por sinal vital.....	82
Tabela 17 - Distribuição dos registos referentes à dor no campo “notas de enfermagem”.	82
Tabela 18 - Distribuição das características da dor registadas no campo “notas de enfermagem”.....	83
Tabela 19 - Registo de administração de terapêutica farmacológica no serviço de urgência.....	84
Tabela 20 - Registo de implementação de medidas não farmacológicas no serviço de urgência.....	84
Tabela 21 - Registo de reavaliação quantitativa após medida terapêutica farmacológica..	85
Tabela 22 - Distribuição das reavaliações quantitativas após medida terapêutica farmacológica.....	85
Tabela 23 - Registo de reavaliação qualitativa após medida terapêutica farmacológica...	85
Tabela 24 - Distribuição das reavaliações qualitativas após medida terapêutica farmacológica.....	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala Visual Analógica.....	31
Figura 2 - Escala de Avaliação Numérica.....	31
Figura 3 - Escala Qualitativa.....	32
Figura 4 - Escala de Faces.....	32
Figura 5 - Escada analgésica proposta por Vargas-Schaffer	37
Figura 6 - Fluxogramas do sistema de triagem de Manchester.....	46
Figura 7 - Triagem de Manchester: correspondência entre prioridades, cor e tempos alvo de atendimento.....	47
Figura 8 - Régua da dor.....	48
Figura 9 - Ecrã geral do Alert® er no perfil Enfermeiro URG.....	63
Figura 10 - Ecrã do campo <i>queixa</i> no Alert® er.....	64
Figura 11 - Ecrã do campo régua da dor no Alert® er.....	64
Figura 12 - Ecrã do campo <i>sinais vitais</i> no Alert® er.....	65
Figura 13 - Ecrã do campo <i>notas de enfermagem</i> no Alert® er.....	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1 - A DOR NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	25
1.1 - DOR: CONCEPTUALIZAÇÃO.....	25
1.2 - CLASSIFICAÇÃO DA DOR.....	27
1.3 - AVALIAÇÃO DA DOR.....	30
1.4 - ABORDAGEM FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA.....	35
1.5 - REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	39
2 - A PESSOA COM DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	43
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	53
3 - PERCURSO METODOLÓGICO	55
3.1 - TIPO DE ESTUDO.....	55
3.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	58
3.3 - OBJECTIVOS.....	59
3.4 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	59
3.5 - CONTEXTO DO ESTUDO.....	60
3.6 - FONTES DE INFORMAÇÃO, INSTRUMENTO E PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS.....	65
3.7 - TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO.....	69
PARTE III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	73
5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
CONCLUSÕES	109
BIBLIOGRAFIA	115

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de recolha de dados

APÊNDICE II - Pedido de autorização e parecer ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno fisiológico de extrema importância para a integridade física do indivíduo. Provoca alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas, que podem levar à perpetuação do fenómeno doloroso. É uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo-se no seu estado físico e psicossocial (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008a).

Sendo definida como uma realidade algo abstrata, com contornos indefinidos, é alvo de constantes transformações dinâmicas. “Aposta-se, abertamente, na genuinidade da sua presença pela coerência das queixas com que é expressada e pela possibilidade de ser definida uma relação presumível de causalidade entre ela e a agressão ou lesão” (DGS, 2001a, p.5).

Um estudo desenvolvido em 2002, pelo Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, revelou que 73.7% dos indivíduos inquiridos manifestou ter tido pelo menos um episódio de dor e que 49.6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais do que um tipo de dor (Rabiais, Nogueira & Falcão, 2004).

Por sua vez, no relatório desenvolvido no âmbito da dor crónica em Portugal em 2010, constata-se que a dor crónica afeta cerca de 36% da população adulta, com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do dia-a-dia. Em cerca de 16% desses casos a dor é referida como moderada ou forte; aproximadamente 50% dos indivíduos com dor crónica referem que a dor afeta as suas atividades domésticas e laborais de forma significativa, 4% ficaram desempregados, 13% obtiveram reforma antecipada e a 17% foi diagnosticada depressão (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010).

Mais recentemente o inquérito nacional de saúde 2014 salientou que mais de metade da população com 15 ou mais anos mencionou ter sentido dor física durante o mês prévio, com implicações a nível da realização das suas atividades de vida diárias (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016).

A importância da dor é expressa pelo facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral, sendo a queixa mais frequente que motiva a deslocação da população ao serviço de urgência (SU) (DGS, 2008a; Lewén, Garduf & Nilsson, 2010; *International Association for the Study of Pain* [IASP], 2011; Souza, Chianca, Diniz & Chianca, 2012; Bergman, 2012; Sokoloff, Daoust, Paquet & Chauny, 2014; Pretorius, Searle & Marshall, 2014; Dale & Bjørsen, 2015). Por sua vez, o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (DGS, 2003; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

Face aos aspetos anteriormente referidos, constata-se que uma gestão inadequada da dor apresenta repercussões negativas tanto a nível da pessoa, como do sistema de saúde e no âmbito socioeconómico do país (DGS, 2008a; IASP, 2010).

Na prática profissional diária, deve considerar-se que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente (DGS, 2003; McCaffery como referido por OE, 2008). Neste sentido a DGS defende que, para intervir junto da pessoa com dor, importa considerar como boa prática clínica a avaliação e registo regular da intensidade da mesma, até porque a dor é ainda subestimada muitas vezes e, conseqüentemente, negligenciada, interferindo na qualidade de vida das pessoas e na humanização dos cuidados (DGS, 2003). É neste âmbito que surge este estudo e se destaca a sua pertinência.

As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras alicerçadas em evidências científicas. Sendo o registo sistemático da intensidade da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito da pessoa e um passo fulcral na qualidade dos serviços de saúde, a DGS estabeleceu a dor como 5.º sinal vital, contemplando que a dor deve ser avaliada e registada ao mesmo tempo que os outros sinais vitais (DGS, 2003). Uma avaliação sistematizada e individualizada da dor, assim como um registo pormenorizado da mesma, são aspetos cruciais para um início precoce e personalizado da abordagem

terapêutica junto da pessoa com dor, assim como para a continuidade dos cuidados e maximização da resposta assistencial multidisciplinar (DGS, 2003; IASP, 2011).

Sendo esta uma realidade que permanece pouco explorada no nosso país, torna-se premente caracterizar a avaliação e os registos relativos à dor, efetuados pelos enfermeiros, a fim de ser passível uma reflexão baseada em dados concretos da realidade atual e posterior intervenção, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e maximização da intervenção de enfermagem, neste âmbito, junto da pessoa com dor.

Nesta sequência, vários teóricos salientam que só através da investigação em enfermagem poderá verificar-se evolução da profissão e melhoria das práticas clínicas, com a criação de um corpo de conhecimentos próprio, que visa a sustentação da prática clínica e a delimitação do seu campo de intervenção, promovendo uma prática baseada na evidência (Gray, Grove & Sutherland, 2017).

Face ao anteriormente exposto, neste estudo, surgiu como questão de investigação: *como avaliam e registam a dor os enfermeiros num serviço de urgência médico-cirúrgica?*

A resposta a esta questão exigiu a definição de uma estratégia científica estruturada e adequada, que possibilitasse responder aos objetivos do estudo, sendo o objetivo major caracterizar a avaliação e o registo da dor, efetuados pelos enfermeiros, às pessoas admitidas com dor num serviço de urgência.

Deste modo, pretende-se desenvolver um estudo de base documental, com caráter exploratório, descritivo e transversal, tendo como fonte de informação os registos efetuados pelos enfermeiros, no âmbito da avaliação e registo da dor, às pessoas admitidas num SU. A construção de um instrumento de recolha de dados, permitirá a extração da informação necessária, da plataforma informática Alert® er, num horizonte temporal e com critérios adiante definidos. Para o efeito, cumprem-se todos os preceitos formais e éticos inerentes a um estudo desta natureza, com solicitação de pedido de autorização ao Conselho de Administração e de parecer à Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo.

Este documento representa o relato de todo o percurso investigativo de abordagem ao objeto de estudo. Para além da introdução, este documento está estruturado internamente em três partes: enquadramento teórico, enquadramento metodológico e apresentação, análise e discussão dos resultados.

Na primeira parte é efetuado um enquadramento teórico dos conceitos em estudo, com o intuito de aprofundar o conhecimento científico sobre o objeto de estudo. Deste modo, foi efetuada pesquisa bibliográfica, em bases de dados científicas e em documentos de entidades com relevância comprovada no âmbito em que se insere a investigação, dando-se preferência à evidência científica mais recente.

Posteriormente, na segunda parte, é descrito o percurso metodológico do estudo e as respetivas opções metodológicas, mencionando-se o tipo de estudo, questões de investigação, objetivos, procedimentos formais e éticos assegurados, contexto do estudo, fontes de informação, instrumento de recolha de dados e procedimentos inerentes à recolha e tratamento dos dados.

A terceira parte diz respeito à apresentação e análise descritiva da informação recolhida, dando-se posteriormente lugar à discussão dos resultados.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões do estudo, integrando as suas implicações para a realidade do contexto de prática clínica e para os cuidados de enfermagem prestados. São também mencionadas as limitações inerentes ao estudo e enumeradas algumas sugestões de investigação, neste âmbito, e de potencialização e maximização da qualidade dos cuidados de enfermagem, à pessoa com dor, que recorre ao SU.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - A DOR NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

“A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a sua existência quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam. Objetivamente, não temos meios de confirmação da dor que um indivíduo nos refere” (DGS, 2001a, p.5). “A universalidade da experiência da dor é transversal à subjetividade individual, ou seja, a dor é aquilo que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe” (Ribeiro & Cardoso, 2007, p.8; OE, 2008).

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo-se no seu estado físico e psicossocial. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas suas relações sociais e familiares e no desempenho da sua atividade laboral, influenciando assim a sua qualidade de vida (DGS, 2013).

Este é, portanto, um “fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendido” (DGS, 2001a, p.5).

Face ao anteriormente referido, torna-se pertinente abordar as questões da conceptualização, classificação, avaliação, tratamento e registos de enfermagem no âmbito da dor, sendo que tal será efetuado ao longo dos próximos subcapítulos.

1.1 - DOR: CONCEPTUALIZAÇÃO

De acordo com a IASP, a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (IASP, 1994). Acrescenta ainda que a incapacidade de comunicar

verbalmente por parte do indivíduo, não nega a possibilidade que este esteja a experienciar dor e necessite do seu alívio (IASP, 1994).

A OE (2008) reforça que a dor deve ser contextualizada como uma experiência individual, subjetiva e multidimensional. Engloba fatores fisiológicos, afetivos, sensoriais, comportamentais, cognitivos e socioculturais, que intervêm e contribuem para a sua subjetividade (National Pharmaceutical Council, Inc. - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [NPC-JCAHO], 2001; Batalha, 2007; Batalha, 2010; OE, 2008; World Health Organization [WHO], 2012).

A dimensão fisiológica compreende os aspetos físicos, neurológicos e bioquímicos, que podem variar na mesma doença. A dimensão sensorial diz respeito à intensidade, qualidade e localização da dor e a afetiva reporta-se às respostas emocionais relacionadas com a dor. A dimensão cognitiva abrange o significado que se atribui à dor, assim como os conhecimentos, as atitudes e crenças sobre a dor e tudo o que a envolve, sendo que a dimensão comportamental diz respeito às manifestações comportamentais e corporais. Já a dimensão sociocultural engloba os fatores socioculturais, ambientais, espirituais, religiosos, familiares e contextuais (OE, 2008; Batalha, 2010; WHO, 2012).

As emoções, comportamentos, crenças culturais e espirituais e atitudes acerca da dor e do controlo da mesma vão influenciar significativamente a forma como a dor é experienciada, modificando a transmissão de estímulos nocivos para o cérebro (WHO, 2012).

Por sua vez, o *International Council of Nurses* (2016) define a dor, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), como:

perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (p.54).

Isto significa que a dor não é apenas uma sensação, mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial. A dor é um fenómeno subjetivo, cada pessoa sente a dor à sua maneira; não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objetivamente a dor; não existe relação direta entre a causa e a dor; a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que o indivíduo está inserido nesse momento e, por vezes, existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], s.d.). Esta caracterização multidimensional implica uma avaliação e uma intervenção individualizada, multimodal e holística (NPC-JCAHO, 2001; OE, 2008; Batalha, 2010; WHO, 2012).

1.2 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001a), a dor pode ser classificada consoante a sua tipologia, no que diz respeito à topografia da sua localização, à sua decorrência temporal e ainda à condição fisiopatológica associada.

Por sua vez, Costa, Santos, Alves e Costa (2007) vêm enfatizar que a dor pode ser classificada de acordo com vários critérios, relativos à patogénese, à duração, ao local de origem e à causa.

No que diz respeito à patogénese, pode ser considerada nociceptiva ou neuropática. A dor nociceptiva é provocada por uma lesão tecidular que estimula diretamente os recetores da dor, estando o sistema nervoso íntegro. Pode ser somática ou visceral, de acordo com o local de origem. A dor somática é descrita geralmente como uma picada ou aperto, podendo ser superficial (pele) ou profunda (músculo, osso). A dor visceral é habitualmente de difícil localização, descrita como uma moinha, podendo ser irradiada e frequentemente acompanhada por reações autonómicas (Costa et al., 2007).

A dor neuropática deve-se a um compromisso neurológico, sem lesão tecidular ativa. Resulta de lesão de fibras nervosas e o impulso doloroso origina-se nas vias nervosas

em vez de nas terminações nervosas, sendo projetada para a área de inervação do respectivo nervo (Costa et al., 2007; WHO, 2012).

A dor neuropática pode coexistir com a dor nociceptiva, designando-a a Organização Mundial de Saúde como *mixed pain*, sendo que em algumas doenças a pessoa pode apresentar dor somática, visceral e neuropática, ao mesmo tempo ou cada uma delas separadamente, em diferentes momentos (WHO, 2012).

Contudo, a Organização Mundial de Saúde alerta que, em alguns tipos de dor, os mecanismos fisiopatológicos não são facilmente identificáveis ou não podem ser demonstrados, levando frequentemente a uma incorreta classificação enquanto dor psicogénica (NPC-JCAHO, 2001; WHO, 2012). Nessas situações, é recomendada a utilização da terminologia de dor idiopática, por forma a ser mantida a possibilidade de ser diagnosticado um processo orgânico na sua etiologia, que pode apenas se revelar num estadio à posteriori ou quando ficarem disponíveis instrumentos de diagnóstico mais direcionados à especificidade da situação (WHO, 2012).

No que concerne à duração, esta pode classificar-se em aguda ou crónica. A dor aguda é definida como “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (DGS, 2001a; OE, 2008, p.25). Até certo ponto, a dor aguda tem consequências benéficas para o organismo, no sentido de que é um sinal de alarme que avisa da ocorrência de um evento adverso ou de que algo não está bem, sendo um sintoma muito importante para o diagnóstico de várias doenças (APED, s.d.; IASP, 2011).

Por sua vez, a dor crónica é definida como uma “dor prolongada no tempo, normalmente de difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas” (OE, 2008, p.25). A APED (s.d.) define-a como “uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente”. A dor crónica não tem qualquer vantagem para a pessoa, uma vez que, para além do sofrimento que causa, tem repercussões na saúde física e mental da mesma (APED, s.d.).

No Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) é enfatizado que a dor crónica, “ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objetivação de lesão, deve ser encarada não como um sintoma mas antes como uma doença por si só” (DGS, 2013, p.1).

Há ainda a salientar o conceito de dor irruptiva, que é definida como uma exacerbação transitória da dor crónica (Costa et al., 2007; OE, 2008; WHO, 2012).

Esta classificação temporal é importante, uma vez que a dor aguda tem como causa primordial o excesso de nociceção, enquanto a dor crónica pode ocorrer na ausência de estímulo nocivo, atribuindo-se maior relevância aos fatores psicológicos, afetivos, socioculturais e comportamentais (WHO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde faz ainda referência a outras tipologias de dor, nomeadamente a dor episódica ou recorrente, que ocorre de forma intermitente ao longo de um período de tempo extenso e a pessoa pode não apresentar dor entre cada episódio. Menciona igualmente a dor incidental ou a dor devido ao movimento, que tem uma causa identificável e pode ser induzida por movimentos simples, como andar, ou por movimentos físicos que exacerbam a dor. Por sua vez, a *breakthrough pain* é caracterizada por um aumento temporário na gravidade da dor além do nível de dor basal pré-existente, sendo geralmente de início repentino, severo e de curta duração. Por fim é salientada a dor relacionada com o final do efeito analgésico da terapêutica farmacológica habitual, havendo necessidade de analgesia de resgate (WHO, 2012).

Relativamente à classificação topográfica da dor, esta pode ser focal, radicular, referida ou central (DGS, 2001a).

No que concerne à causa da dor, estas podem ser múltiplas, salientando-se a especificidade da dor oncológica que, segundo o *International Council of Nurses* (2016), consiste em:

sensações concomitantes de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerosas no corpo; consequência do tratamento do cancro como a quimioterapia ou de condições relacionadas com o cancro (...); a dor oncológica é habitualmente referida como

uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável com crises de dor intensa acompanhada de dificuldades no sono, de irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo (p.55).

1.3 – AVALIAÇÃO DA DOR

A OE (2008), no Guia Orientador de Boa Prática relativo à dor, referencia a dor enquanto experiência subjetiva, multidimensional e única, que pode também existir mesmo na ausência de causas identificadas. Por sua vez, a percepção e a expressão da dor variam de pessoa para pessoa e na mesma pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto (OE, 2008). Face a tal complexidade, a avaliação da dor exige formação contínua dos profissionais avaliadores e pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação da mesma.

Avaliar a dor diz respeito à descoberta da natureza e significado da experiência dolorosa, através de um conjunto de informações designadas de história da dor, que compreendem: tipo de dor, duração, intensidade, estímulos que a originaram, fatores de agravamento e alívio, resposta à dor, padrão de *coping*, interferência nas atividades de vida diárias, entre outros. A avaliação torna-se assim essencial na identificação e quantificação da dor, na formulação dos diagnósticos e no planeamento dos cuidados (NPC-JCAHO, 2001; OE, 2008; WHO, 2012).

Existem vários instrumentos que podem ser mobilizados neste processo de avaliação da dor, sendo classificados como unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais quantificam apenas a intensidade da dor e são usadas em contextos clínicos para obter informações rápidas, sendo especialmente úteis para avaliar a dor aguda. Os instrumentos multidimensionais são utilizados para avaliar e medir as diferentes dimensões da dor (sensorial, afetiva, social), sendo especialmente relevantes na medição da dor complexa e persistente (NPC-JCAHO, 2001; Sousa & Silva, 2005).

Para determinar a intensidade da dor podem ser utilizadas várias escalas, sendo que a escala deve ser selecionada de acordo com as características individuais da pessoa

(idade, capacidades cognitivas) e ser usada com a frequência necessária para compreender se o nível de dor se manteve, diminuiu ou agravou (Arantes & Maciel, 2008). É recomendada a utilização da mesma escala nas sucessivas avaliações, salvaguardando-se que, em caso de alteração da situação clínica da pessoa, a mudança de escala pode ser justificada (OE, 2008).

A DGS (2003) fez referência à utilização de escalas a aplicar a pessoas conscientes e colaborantes, nomeadamente a escala visual analógica, a escala numérica, a escala qualitativa e a escala de faces:

Escala Visual Analógica – Consiste numa linha horizontal (Figura 1), ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. A pessoa realiza uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se a classificação numérica que será assinalada na folha de registo. É a escala de referência na avaliação da dor, devendo ser a de eleição quando é possível a autoavaliação (OE, 2008).

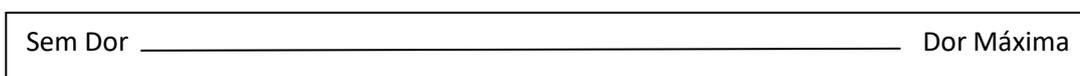


Figura 1 – Escala Visual Analógica, adaptado de DGS (2003)

Escala de Avaliação Numérica – Consiste numa régua dividida em onze partes iguais (Figura 2), numeradas sucessivamente de 0 a 10, em que a 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e a 10 à classificação “Dor Máxima”. A classificação numérica indicada pela pessoa será assinalada na folha de registo.

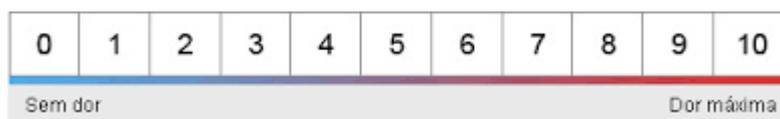


Figura 2 – Escala de Avaliação Numérica, adaptado de DGS (2003)

Escala Qualitativa - solicita-se à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo (Figura 3).

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Figura 3 – Escala Qualitativa, adaptado de DGS (2003)

Escala de Faces – É requerido à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face seleccionada pela pessoa (Figura 4).

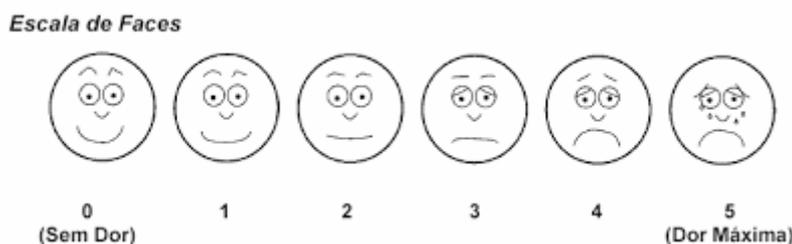


Figura 4 – Escala de Faces, adaptado de DGS (2003)

Para facilitar a avaliação da dor existem instrumentos adicionais como a régua da dor que integra conceitos da Escala Visual Analógica, da Escala Descritiva Verbal e instrumentos comportamentais da dor. Neste âmbito torna-se relevante referir a régua da dor adotada pelo Grupo Português de Triagem (GPT), que será abordada no capítulo seguinte.

Contudo, a dor enquanto fenómeno multidimensional leva a que existam dificuldades acrescidas na sua adequada avaliação, tais como a impossibilidade da auto-avaliação, as particularidades inerentes a determinados grupos etários ou a necessidade de utilização de um instrumento com utilidade clínica que vá para além da intensidade da dor, tendo

surgido outros instrumentos com adaptação cultural e validação em Portugal, que podem constituir-se como uma mais-valia neste processo. Algumas das escalas passíveis de utilização são: BPS – IP/NIP (*Behaviour Pain Scale - Intubated Patient/Non Intubated Patient*), escala PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), DOLOPLUS2 e Inventário BPI (*Brief Pain Inventory*) (OE, 2008).

No âmbito da prestação de cuidados à pessoa com dor, a OE (2008) recomenda que o profissional de enfermagem deve:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o autorrelato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática (...);
- Colher dados sobre a história de dor (...);
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação;
- Assegurar a compreensão das escalas de autorrelato pela pessoa/cuidador principal/família, após ensino;
- Avaliar a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;

- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção; (...)
- Incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial;
- Registrar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados (pp.15-19)

A mesma entidade acrescenta ainda que, na colheita de dados sobre a história de dor, devem constar os seguintes aspetos:

- ✓ exame físico;
 - ✓ descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência);
 - ✓ formas de comunicar a dor/expressões de dor;
 - ✓ fatores de alívio e de agravamento;
 - ✓ estratégias de *coping*;
 - ✓ implicações da dor nas atividades de vida;
 - ✓ conhecimento/entendimento acerca da doença;
 - ✓ impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor;
 - ✓ sintomas associados;
 - ✓ descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.
- (OE, 2008)

Kazanowski e Laccetti enfatizam o facto de a avaliação completa da dor incidir na colheita de dados objetivos e subjetivos, como a presença de sinais e sintomas fisiológicos de dor e avaliação de sinais vitais, história clínica e fatores psicossociais e culturais (como referido por Carvalho & Rezende, 2013). Costa et al. (2007) já haviam partilhado o anteriormente referido, salientando que uma avaliação completa da dor da pessoa deve incluir uma caracterização que contemple itens como: localização, intensidade, tipo de dor, início, duração e a variação ao longo do dia; fatores de alívio ou agravamento; sintomatologia associada; interferência nas atividades de vida diária; história farmacológica e etiologia da dor.

Em 2010 a DGS emanou algumas orientações técnicas sobre a avaliação da dor crónica na pessoa idosa, enfatizando que deve identificar-se a presença de dor no idoso, qualquer que seja o contexto de observação, e que a avaliação da dor deve ser efetuada por rotina, uma vez que a pessoa idosa pode não a manifestar ou recorrer a outros termos para a expressar, sendo fundamental que os profissionais estejam treinados afim de os reconhecer e considerar (DGS, 2010).

Concomitantemente, deve selecionar-se como primeira alternativa a escala numérica ou a escala quantitativa, recorrendo-se à observação comportamental quando há dificuldade de comunicação, à utilização de diagramas ou considerar os locais apontados pela pessoa idosa. Na observação comportamental é premente ter em consideração a expressão facial, os movimentos corporais, as verbalizações ou vocalizações, a alteração das relações interpessoais e as alterações do estado mental. “Observar o comportamento é, na ausência de autoavaliação, um método correto para avaliar a dor, em conjunto com outras situações, como alterações fisiológicas ou stress emocional, através de escalas comportamentais” (DGS, 2010, p.2).

Por sua vez, devem ser detetadas, através do exame físico, as possíveis causas da dor e complementada a avaliação com aspetos inerentes às dimensões psicológica, sociocultural e espiritual. Neste processo ressalva-se a importância da colaboração da família/cuidador, na ajuda na interpretação das alterações de comportamento indiciadoras de dor (DGS, 2010).

Após uma avaliação adequada e individualizada da dor, importa compreender qual o tipo de abordagem terapêutica a adotar, sendo estas questões consignadas ao longo do próximo subcapítulo.

1.4 – ABORDAGEM FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA

“O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, p.1).

O PENPCDor vem reforçar o anteriormente referido, salientando que o controlo da dor adequado deve ser assegurado, independentemente da causalidade inerente à mesma, por forma a ser evitado sofrimento e diminuir a morbilidade a ela associada (DGS, 2013). Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde a adoção de estratégias de prevenção e controlo da dor junto da pessoa alvo dos cuidados, maximizando o seu bem-estar numa vertente holística (OE, 2008; DGS, 2013).

Existem diversas medidas passíveis de utilização neste âmbito, podendo ser utilizadas isoladamente ou em conjunto, com o objetivo major do controlo da dor da pessoa, em coerência com os objetivos e individualidade da mesma (OE, 2008).

No que concerne ao tratamento farmacológico da dor, a Organização Mundial de Saúde definiu alguns princípios gerais a serem considerados, nomeadamente:

- A via oral deve ser a via de administração de eleição, sempre que possível;
- A administração dos analgésicos deve ser efetuada em intervalos regulares e fixos, de acordo com a sua duração de ação;
- A analgesia deve ser prescrita de acordo com a intensidade da dor e com a escada analgésica;
- Deve ser tida em consideração a individualidade de cada pessoa, sendo que a dose adequada será a que permite alívio da dor, com o mínimo de efeitos secundários;
- Devem ser tidos em atenção os pormenores, ou seja, o tratamento deve ser adaptado aos hábitos e rotinas da pessoa.

(Costa et al. 2007; Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2007; Vargas – Schaffer, 2010)

A mesma organização apresentou uma escada analgésica, constituída por três degraus (dor ligeira, dor moderada e dor severa) sendo que, de acordo com a intensidade avaliada e/ou o agravamento da mesma, é recomendada a administração de determinado grupo de fármacos. Na base encontram-se os medicamentos analgésicos anti-inflamatórios não esteróides e outros analgésicos, como o paracetamol e o metamizol; no degrau intermédio os opióides designados por fracos, como a codeína ou o tramadol, e no topo da escada os opióides designados por fortes, tais como a morfina, a

buprenorfina ou o fentanil (DGS, 2008b). A qualquer degrau podem ser adicionados medicamentos adjuvantes, tais como os antidepressivos tricíclicos, os anticonvulsivantes, corticóides, reguladores do metabolismo do cálcio, relaxantes musculares, ansiolíticos ou antiespasmódicos (DGS, 2008b; OE, 2008).

Sendo esta uma escada mais direcionada para a dor oncológica, surgiram posteriormente várias propostas de adaptação, com inclusão da dor aguda ou da dor crónica não-oncológica e que envolvem a adição de um quarto degrau, onde são considerados os procedimentos neurocirúrgicos e as técnicas invasivas, tais como o bloqueio nervoso ou epidural (Vargas-Schaffer, 2010). Apresenta-se na Figura 5 o modelo proposto por Vargas-Schaffer, cuja aplicabilidade se estende ao contexto de urgência e emergência. Esta versão da escala pode ser utilizada de modo bidirecional, sendo que se pode ascender lentamente nos casos da dor crónica e ir aumentando o ritmo de subida, de acordo com a intensidade da dor, ou pode ser iniciada logo no quarto degrau, em casos extremos, para controlo de dor severa, através da utilização de *Patient controlled analgesia* ou administração epidural, sendo que quando a dor está controlada se pode descer para o terceiro degrau. O autor salienta que a escala não será aplicável nas situações de dor neuropática pura (Vargas-Schaffer, 2010; Araújo, Oliveira & Silva, 2012).

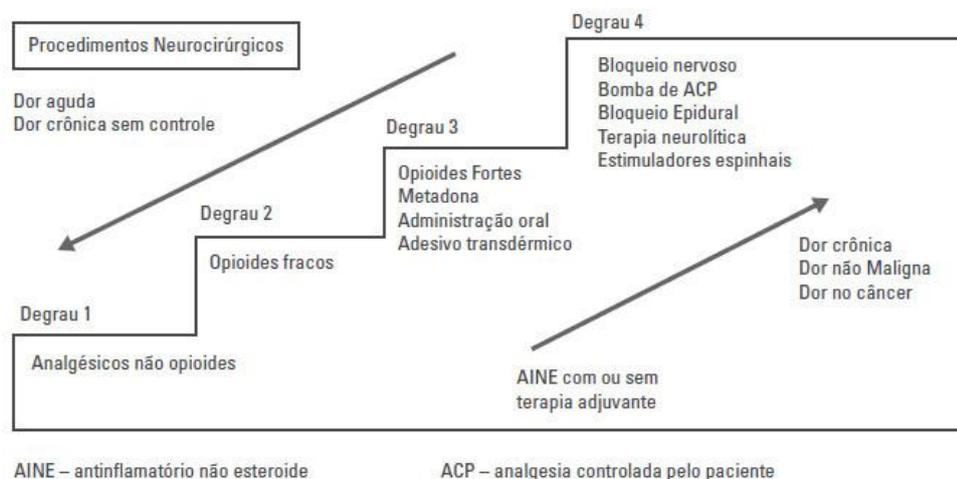


Figura 5 – Escada analgésica proposta por Vargas-Schaffer (Araújo et al, 2012, p.28)

Para além das medidas terapêuticas supramencionadas, urge abordar as intervenções não farmacológicas, detentoras de um papel fulcral na gestão da dor. A Ordem dos Enfermeiros recomenda a aplicação de intervenções não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica, sendo que estas devem ser selecionadas de acordo com as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (OE, 2008). Existem diversos documentos institucionais e científicos onde é feita alusão a várias medidas nesse âmbito, nas dimensões cognitivo-comportamental, físico e de suporte emocional, nomeadamente:

- Técnica cognitiva/comportamental;
- Reestruturação cognitiva;
- Treino de habilidades de coping e de redução do stress;
- Relaxamento com imaginação e biofeedback;
- Distração;
- Aplicação de frio e aplicação de calor;
- Exercício físico ativo e passivo;
- Imobilização;
- Massagem;
- Estimulação elétrica transcutânea – TENS;
- Toque terapêutico;
- Conforto.

(DGS, 2001a; NPC-JCAHO, 2001; OE, 2008)

Todas pessoas com dor devem ser alvo de abordagem farmacológica, não farmacológica ou ambas, independentemente de a causa subjacente ser ou não identificada, sendo que o facto de não ser possível estabelecer uma causa subjacente não deve ser uma razão para concluir que a dor é simulada (WHO, 2012).

O sucesso da estratégia terapêutica planeada no seio da equipa multidisciplinar só é possível se existir uma monitorização e avaliação da dor em todas as suas vertentes (DGS, 2003; IASP, 2011). Por sua vez é premente existir, em simultâneo, um registo adequado desse processo, assim como das medidas implementadas e da sua eficácia, por

forma a assegurar a continuidade dos cuidados. Neste sentido, no próximo subcapítulo será abordada a temática dos registos de enfermagem.

1.5 - REGISTOS DE ENFERMAGEM

A importância dos registos nos cuidados de saúde tem sido objeto de debate contínuo, revelando-se também para a enfermagem de uma utilidade indiscutível. Desde Nightingale até à atual CIPE, os registos têm vindo a assumir-se como essenciais e indispensáveis (Martins et al., 2008), encontrando-se alicerçados numa base legal.

No Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, que regulamenta a Carreira de Enfermagem, está previsto, no seu artigo 7.º, que compete ao enfermeiro: colher dados para identificar as necessidades do doente; elaborar planos de cuidados em função dos problemas identificados; avaliar os cuidados de enfermagem prestados, efetuando os respetivos registos e analisando os fatores que contribuem para os resultados obtidos.

De acordo com o Regulamento n.º 190/2015 (p.10089), respeitante ao perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, o enfermeiro: “comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência”. Encontra-se ainda definido, no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, no artigo 104.º (p.8079), que é dever do enfermeiro “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

Por sua vez, no documento referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é salientada a importância da existência de um sistema de registos que “incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2002, p.18).

Deste modo, os registos de enfermagem contribuem para o “planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, traduzindo na equipa de enfermagem um sentimento de responsabilidade, autonomia, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação

de todos os envolvidos” (Campos, 2005, p.61). Dias et al. (2001, p.268) acrescentam que os registos têm como objetivos: “a comunicação entre a equipa multidisciplinar; permitir a individualização dos cuidados; facilitar o planeamento e a continuidade dos mesmos (...) avaliar a eficácia e a qualidade dos cuidados” e auxiliar “as áreas da investigação e de gestão de recursos, assim como em áreas da formação e da proteção legal”.

O registo de enfermagem é um documento, ou seja, é a representação de um fato ou de um ato, podendo ser escrito ou gráfico e, como tal, deve ser registrado com clareza, expressando todas as ações desenvolvidas no processo de cuidado à pessoa (Setz & D’Innocenzo, 2009). A sua elaboração deverá ser objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão (Ochoa-Vigo, 2001). Deve ainda ser preciso e exato, significativo e pertinente, sintético e conciso, bem como transmitir diversas categorias de informação, versando as funções autónomas e interdependentes do enfermeiro (Dias et al., 2001).

Os registos de enfermagem são um elemento imprescindível no processo de cuidado humano, visto que, se forem elaborados de forma a retratar a realidade a ser documentada, possibilitam uma comunicação permanente (Pimpão, Filho, Vagheti, & Lunardi, 2010). Por sua vez, constituem-se como o único meio de demonstrar o trabalho realizado pelos enfermeiros e são o reflexo da eficiência e eficácia dos cuidados prestados à pessoa (Ochoa-Vigo, Pace, & Santos, 2003).

Atualmente, com a informatização do processo de registo dos cuidados de enfermagem, alguns destes princípios e requisitos são automaticamente assegurados, proporcionando maior segurança e efetividade à prática de enfermagem (Matsuda, Silva, Évora, & Coimbra, 2006).

A DGS, através da Circular Normativa n.º 9 de 2003, definiu como norma de boa prática o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização de escalas validadas internacionalmente para mensurar a intensidade da dor e a inclusão, no local destinado ao registo dos sinais vitais e sintomas, de um espaço específico para registo da intensidade da dor, instituindo, desta forma, a dor como 5.º sinal vital.

No guia orientador de boa prática respeitante à dor, a Ordem dos Enfermeiros ressalva o anteriormente referido, salientando a importância primordial dos registos na obtenção de dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação, tendo emanado algumas recomendações, tais como: “incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial e registar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados” (OE, 2008, p.19).

Por sua vez, a DGS (2003, p.1) refere que o “registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feito de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente”.

Contudo, embora os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação escrita para a continuidade dos cuidados, observa-se, na prática clínica, que esta é por vezes negligenciada pelos profissionais de enfermagem, uma vez que os registos, quando realizados, são escassos e incompletos (Pimpão, Filho, Vagheti, & Lunardi, 2010). Quando tal se verifica, fica comprometida a continuidade dos cuidados à pessoa com dor, assim como a instituição e a equipa de enfermagem, no caso de os registos não conterem as informações necessárias para os apoiar em caso de um processo judicial (Setz & D’Innocenzo, 2009; Pimpão et al., 2010).

Neste contexto salienta-se o estudo de Cardoso (2009), no âmbito do mestrado em ciências da dor, onde é feita a ressalva de que a avaliação e registo da dor não eram realizadas do modo preconizado pela DGS, apesar de a dor ser reconhecida como 5º sinal vital por 85,71% dos inquiridos. Como causas para este facto a autora enuncia a não consulta ou valorização dos registos pela equipa multidisciplinar, desmotivação atribuída à falta de comunicação no seio multidisciplinar, lacunas no âmbito formativo, elevada rotatividade de doentes e sobrecarga de trabalho.

Botegga e Fontana (2010) salientam a obtenção de resultados idênticos no seu estudo, referindo que, embora exista identificação da dor como quinto sinal vital por parte dos entrevistados, grande parte referiu não o registar habitualmente.

No próximo capítulo será abordada a temática da pessoa com dor no SU, assim como algumas particularidades deste contexto específico.

2 – A PESSOA COM DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os serviços de urgência são estruturas físicas organizadas, com recursos materiais e humanos disponíveis para cuidar de pessoas em situações urgentes e emergentes, através de cuidados eficazes, eficientes e equitativos (DGS, 2001b).

O relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU) reforça o anteriormente referido, salientado que a gestão de um serviço de urgência deve ter na base alguns pontos-chave, nomeadamente: tipo de atividade assistencial, relação com estruturas circundantes, estrutura física, recursos humanos e materiais e qualidade, emanando algumas orientações neste sentido (CRRNEU, 2012).

O Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto considera três tipologias de serviço de urgência, organizadas por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: serviço de urgência básico (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) e serviço de urgência polivalente (SUP).

Os SUB são o primeiro nível de resposta a situações de urgência, com maior proximidade da população, constituindo um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência (Despacho n.º 10319/2014, de 11 agosto).

O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em articulação com os outros dois níveis de resposta. Deste modo, promove apoio diferenciado à rede de SUB e referencia para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, conforme definido nas redes de referência. Para Portugal Continental definiu-se o mínimo de 20 e o máximo de 39 SUMC (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, definindo-se, para Portugal Continental, uma rede com cerca de 10 a 13 SUP, com um

rácio de um SUP por cada 750.000 - 1.000.000 habitantes. Deve estar assegurada uma distância temporal de acesso de 60 minutos, no máximo, entre qualquer local do território nacional e um SUMC ou SUP (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

No que concerne à atividade assistencial, a CRRNEU (2012, p.8) define urgência como um “processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” e por emergência um “processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão”.

De acordo com o INE (2017) em 2015 foram realizados 7,3 milhões atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, dos quais 75,5% foram em hospitais públicos. O principal motivo destes atendimentos foi a doença (81,5%), sendo que as lesões provocadas por acidente representaram 11,2% do total de atendimentos (INE, 2017).

No entanto, no inquérito realizado pela CRRNEU há informação de que, em 2010, apenas 54% dos episódios nos serviços de urgência nacionais eram “urgentes”, “muito urgentes” ou “emergentes”, num total de cerca de 590 episódios de urgência por cada 1000 habitantes. A mesma comissão refere que o atendimento no SU é um “valor culturalmente enraizado nas sociedades modernas, conotado a valores de segurança, bem-estar, disponibilidade e acessibilidade”. Salienta ainda que os cidadãos integraram comportamentos e expectativas tais como, exigência de atenção imediata, utilização dos serviços sem referenciação e triagem prévias e utilização do SU como serviço de atendimento continuado não urgente, sendo que estes fatores têm interferência no funcionamento diário dos serviços de urgência (CRRNEU, 2012, p.8).

Por sua vez, o inquérito nacional de saúde 2014, apresentado pelo INE, salienta que mais de metade da população com 15 ou mais anos (4,8 milhões) referiu ter sentido alguma dor física nas quatro semanas prévias, sendo que cerca de 3,2 milhões afirmaram que a dor sentida interferiu na realização das suas tarefas habituais. A dor física sentida foi classificada como ligeira ou muito ligeira por 2,1 milhões de pessoas,

como moderada por cerca de 1,3 milhões e como intensa ou muito intensa por cerca de 1,4 milhões de pessoas (INE, 2016).

A dor constitui-se, efetivamente, como um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde, sendo que os SU recebem diariamente um número extremamente elevado de pessoas com dor, associada ou não a um fator desencadeante específico (DGS, 2008a; Lewén et al., 2010; IASP, 2011; Souza et al., 2012; Bergman, 2012; Sokoloff et al., 2014; Pretorius et al. 2014; Dale & Bjørsen, 2015). Por norma, o primeiro contato da pessoa com dor com um profissional de saúde é no momento da triagem.

O sistema de triagem de Manchester está implementado em Portugal desde o ano 2000. Encontra-se regulamentado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que definiu como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU, assim como pelo Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que estabeleceu os prazos para a implementação do sistema de triagem de Manchester (DGS, 2015).

O sistema de triagem de Manchester constitui-se como um instrumento de apoio à gestão do risco clínico, em contexto de SU, possibilitando a atribuição rápida de uma prioridade clínica, baseada na identificação de problemas, sendo posteriormente efetuado encaminhamento da pessoa para a área de atendimento adequada (GPT, 2010; DGS, 2015).

A triagem deve ser efetuada por médico e/ou enfermeiro (DGS, 2015), aptos para tal após frequência e aproveitamento em curso de formação específico, sendo que em Portugal é maioritariamente realizada por enfermeiros.

A tomada de decisão no processo de triagem envolve cinco passos: identificação do problema, recolha e análise de informações relacionadas, avaliação das alternativas e seleção de uma delas para implementação, implementação da alternativa selecionada e monitorização e avaliação dos resultados (GPT, 2010). O objetivo é definir o nível de prioridade, identificando os critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada e

indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida, com o respetivo tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (DGS, 2015).

O método consiste em identificar a queixa apresentada (sinal ou sintoma, identificado pela pessoa ou profissional, que motivou a procura do serviço de urgência) e selecionar o fluxograma adequado, sendo no total 52 os possíveis (Figura 6). Após a escolha do fluxograma é necessário recolher e analisar mais informações, com o intuito de determinação da prioridade real. Nesta sequência, na estrutura de cada fluxograma surgem discriminadores em cada nível de prioridade, sob a forma de questões, sendo que a avaliação é efetivada quando é encontrado o grau mais elevado de resposta positiva à pergunta do discriminador, sendo automaticamente atribuída uma prioridade (GPT, 2010).

Agressão	Dor abdominal	Lesão torácico-abdominal
Alergia	Dor abdominal na criança	Mordeduras e picadas
Asma	Dor cervical	Pais preocupados
Auto-agressão	Dor de garganta	Palpitações
Bebé que chora	Dor lombar	Problemas estomatológicos
Cefaleia	Dor testicular	Problemas faciais
Comportamento estranho	Dor torácica	Problemas nos membros
Convulsões	Embraguez aparente	Problemas oftalmológicos
Corpo estranho	Erupções cutâneas	Problemas nos ouvidos
Criança com dificuldade de locomoção	Estado de inconsciência/síncope	Problemas urinários
Criança irritável	Exposição a químicos	Quedas
Criança que não se sente bem	Feridas	Queimaduras profundas e superficiais
Diabetes	Grande traumatismo	Sobredosagem ou envenenamento
Diarreia e/ou vómitos	Gravidez	T.C.E.
Dispneia	Hemorragia GI	
Dispneia na criança	Hemorragia vaginal	Catástrofe – avaliação primária
Doença mental	Indisposição no adulto	Catástrofe – avaliação secundária
Doenças sexualmente transmissíveis	Infecções locais e abscessos	

Figura 6 – Fluxogramas do sistema de triagem de Manchester (GPT, 2010, p.31)

A utilização deste sistema permite a atribuição de cinco prioridades, com designação, cor e tempo alvo respetivos, conforme pode verificar-se na Figura 7.

Após a realização da classificação de risco, deve ser efetuado encaminhamento da pessoa no serviço, “de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, de modo a

garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, em tempo clinicamente aceitável” (Despacho n.º 10319/2014, p.20675).



Figura 7- Triagem de Manchester: correspondência entre prioridades, cor e tempos alvo de atendimento (GPT, s.d.)

A avaliação da dor é parte integrante do processo de triagem. A maioria das pessoas que se dirigem ao SU sentem dor, sendo que a sua intensidade e demais características terão influencia na prioridade de triagem atribuída. A gestão adequada da dor é um critério – chave para a satisfação da pessoa, que tem a expectativa de que a sua dor seja atenuada ou extinta. Realça-se ainda na metodologia da triagem um reconhecimento deliberado e explícito da importância da dor, por forma a que a mesma seja devidamente valorizada como 5º sinal vital (GPT, 2010).

Para otimizar este processo de avaliação o GPT preconizou a utilização de uma régua da dor (Figura 8), ressaltando que o instrumento ideal para utilização num SU deve ser rápido e simples de utilizar, deve ser aferido, fornecer resultados fiáveis e reproduzíveis e ter em conta tanto os dados da pessoa com queixa de dor, como os do observador (GPT, 1997).

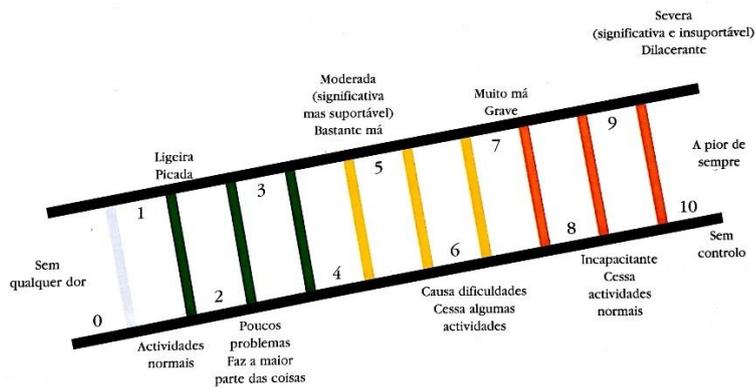


Figura 8 – Régua da dor (GPT, 1997, p.25)

A régua caracteriza-se por medir a intensidade da dor e os seus efeitos na atividade física, vida quotidiana e estado emocional da pessoa. Solicita-se à mesma que classifique a intensidade da sua dor, combinando o uso dos descritivos verbais com a escala visual analógica nela contidos, identificando-se então o valor a registar. Para efeitos de registo é considerado dor ligeira entre 1-3, dor moderada entre 4-6 e dor severa entre 7-10, no âmbito do sistema de triagem de Manchester 1. Relativamente aos instrumentos comportamentais da dor, incluem-se: resposta verbal, linguagem gestual, expressão facial, mudanças comportamentais, estado de consciência e alterações psicológicas, devendo estes parâmetros ser tidos em conta na avaliação do enfermeiro, enquanto observador. Há ainda referência à relação da dor com a capacidade do individuo para realizar as atividades que habitualmente desenvolve (GPT, 2010). No que diz respeito à caracterização de outros aspetos avaliados, deve proceder-se ao registo dos mesmos no campo “queixa”, no perfil de triagem de Manchester do profissional de saúde.

A avaliação da dor em contexto de urgência é um processo que exige perícia e treino, existindo restrições especiais neste ambiente, que refletem a natureza da urgência da situação de saúde da pessoa e a falta de tempo para a avaliação, sendo fundamental uma inclusão precisa da dor numa das categorias, afim de serem prestados cuidados atempados (GPT, 2010).

Os profissionais devem ter em consideração fatores que influenciam a pessoa na sua percepção e comunicação da dor, tais como: idade, experiência prévia de dor, cultura,

ansiedade, interrupção das atividades normais da pessoa, estado consciência, antecedentes pessoais, dificuldades na comunicação verbal, entre outras. Por sua vez, surgem frequentemente dificuldades na avaliação da dor, decorrentes do facto de as pessoas poderem sentir-se pressionadas a dizer que têm dor para justificar a sua ida ao SU, ou que a sua intensidade é mais elevada para serem classificados com uma prioridade superior, que implicitamente resultaria num tratamento mais rápido. Há ainda referência a que a pessoa com dor pode tornar-se agitada e agressiva e constituir-se como uma fonte de destabilização para os profissionais e outros utentes (GPT, 2010).

As dificuldades na avaliação da dor vão para além da intervenção de enfermagem no momento da triagem. Diversos estudos foram desenvolvidos neste âmbito, existindo menção a várias barreiras, tais como: a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos, o desajuste dos rácios enfermeiro/utente, a necessidade de priorização constante entre pessoa em situação crítica e pessoa com dor, frustração em relação à recorrência abusiva ao departamento de emergência, pouca coesão da equipa multidisciplinar e a complexidade da dor e das expectativas da pessoa com dor (Al-Saher, Hill & Anderson, 2011; Bennetts, Campbell-Brophy, Huckson & Doherty, 2012; Bergman, 2012; Pretorius et al., 2014).

Por sua vez, na literatura internacional é possível encontrar referência à escassez de registos no âmbito da avaliação e reavaliação da dor (Haonga, Makupa, Muhina & Nungu, 2011; Wulp et al., 2011; Bhandari, Malla, Mahato & Gupta, 2013), assim como de uma definição incompleta das características da mesma (Gordon et al. 2008; Pereira, 2011; Souza et al., 2012).

Rose et al. (2012) mencionaram no seu estudo que os enfermeiros apresentam elevada probabilidade de não utilizarem uma escala de dor em utentes que não comuniquem verbalmente, utilizando-as mais frequentemente com os que o fazem. Por seu turno, Spilman et al. (2014) reportam a dificuldade que existe na avaliação e controlo da dor em utentes idosos vítimas de trauma, especialmente os que apresentam patologias crónicas ou, como referido no estudo anterior, menor capacidade para expressar verbalmente a sua dor, salientado que a avaliação da dor não é realizada com a frequência desejável e necessária. Um outro estudo acrescenta que a avaliação da dor é

mais frequente em utentes queimados, com doença oncológica, parturientes, crianças, politraumatizados e no pós-operatório (Oliveira et al., 2014).

Pinheiro, Roso, Zamberlan, Cherobini e Perrando (2014) salientam que é fundamental o treino da equipa de enfermagem no âmbito dos instrumentos de avaliação da dor e sua aplicabilidade, por forma a se obter uma avaliação adequada e uniforme. Os mesmos autores afirmam ainda que é imperativo avaliar e registar a queixa de dor do utente, para que toda a informação seja transmitida ao longo dos vários turnos de trabalho e entre a equipa multiprofissional.

A OE (2008) determinou que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, sendo que o sucesso do plano terapêutico depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Tendo este processo início aquando da triagem, é fulcral que seja dada continuidade ao mesmo ao longo do tempo de permanência no SU. Neste sentido, e numa lógica de continuidade e avaliação da evolução, a mesma escala deverá ser disponibilizada no sistema informático das diversas áreas de encaminhamento passíveis de seleção.

Nos estudos de Nascimento & Kreling (2011), Allione et al. (2011) e Manwere, Chipfuwa, Hukwamba e Chironda (2015), foi ainda realçada a necessidade de mais formação no âmbito da dor por parte dos enfermeiros. O anteriormente referido vai de encontro ao preconizado pela OE, que salienta a necessidade de se incluir a reflexão sobre as práticas de cuidados na formação em contexto laboral (OE, 2008). A mesma entidade reforça que a competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua, devendo esta ser planeada de forma a “garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, e a incorporação de novas práticas” (OE, 2008, p. 20). A DGS e a IASP corroboram o anteriormente referido, salientando que a elevada prevalência da dor e a transversalidade na abordagem clínica deveriam requerer uma formação adequada (IASP, 2011; DGS, 2013).

Por sua vez, os enfermeiros têm a responsabilidade de colaborar na proposta de mudanças organizacionais que proporcionem a melhoria do processo de gestão da dor,

assim como a de utilizar guias de boa prática e elaborar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor, adaptados a um sistema de registos que suporte uma abordagem padronizada nesse âmbito (OE, 2008; IASP, 2011). Salienta-se ainda a promoção de estudos conducentes à inovação dos cuidados de enfermagem (OE, 2008), tendo-se constatado, neste âmbito, uma escassez de estudos a nível nacional.

Tendo por base a problemática exposta, as contingências referidas e os diversos estudos apresentados, e sendo neste contexto primordial e significativa a realização de uma avaliação precisa da dor e o registo posterior da mesma, enquanto parâmetros major na qualidade e segurança dos cuidados, importa perceber como é realmente avaliada e registada a dor pelo enfermeiro num SU, quais as características privilegiadas nessa avaliação e com que periodicidade é feita, sendo neste sentido que surgiu este estudo. Só após um conhecimento aprofundado e fundamentado da realidade é possível refletir e intervir proactivamente com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados à pessoa com experiência de dor, bem como maximizar a satisfação da pessoa, família e comunidade, no âmbito da gestão da dor.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação em enfermagem consiste na pesquisa ou estudo sistemático e aprofundado, que valida e aprimora o conhecimento existente e promove o desenvolvimento de novos conhecimentos, sendo essencial para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência. Nesta sequência, são requisitos essenciais um planeamento sistemático e exaustivo, organização e persistência (Gray et al., 2017).

O conhecimento gerado através da investigação em enfermagem promove a sustentação científica, essencial em todas as áreas de enfermagem, sendo fulcral na maximização da qualidade dos cuidados à pessoa, família e comunidade (Gray et al., 2017).

O percurso metodológico consiste na construção de uma estrutura de alicerce para o desenvolvimento e orientação do estudo, revestindo-se de extrema importância em investigação. Tem como objetivo “precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação” (Fortin, 2009, p.214). Deste modo, conduz o investigador na planificação e realização do seu estudo, a fim de serem atingidos os objetivos delineados (Fortin, 2009).

Tendo por base o anteriormente referido, ao longo deste capítulo serão abordados o tipo de estudo desenvolvido, os objetivos e as questões de investigação, os procedimentos formais e éticos inerentes, o contexto do estudo, as fontes de informação, o procedimento de recolha de dados e o instrumento utilizado, bem como o processo de tratamento da informação.

3.1- TIPO DE ESTUDO

As opções metodológicas selecionadas para um estudo de investigação estão intimamente relacionadas com aquilo que o investigador pretende saber (Polit & Beck, 2011). O desenho de investigação traduz-se num plano lógico, criado pelo investigador,

com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011; Gray et al., 2017).

O estudo aqui reportado tem por base a pesquisa documental dos registos de enfermagem, com carácter exploratório, descritivo e transversal.

Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009),

quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspetos metodológicos, técnicos e analíticos (p.4).

Os autores salientam ainda que a pesquisa documental se caracteriza pela recolha de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, que são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos, cujo conteúdo é preponderante para elucidar acerca de determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do investigador.

Marconi e Lakatos (2003) fazem referência ao facto de a pesquisa documental se caracterizar por a fonte de recolha de dados se encontrar restrita a documentos, escritos ou não, denominados de fontes primárias. “As fontes primárias são dados originais, a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, ou seja, é o pesquisador (a) que analisa” (Sá-Silva et al., 2009, p.6).

Por sua vez, Souza, Kantorski e Luis (2011, p. 223) referem que a pesquisa documental consiste em identificar, verificar, analisar e avaliar os documentos com uma finalidade específica. Salientam como vantagens “o baixo custo, a estabilidade das informações, por serem “fontes fixas” de dados e pelo fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos”.

Para Cellard (2012, p. 296) “definir o documento representa em si um desafio”. Houaiss (como referido por Sá-Silva et al., 2009, p. 6) define documento como uma declaração

escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de um acontecimento; “qualquer objeto que comprove, elucide, prove ou registre um fato, acontecimento, arquivo de dados gerado por processadores de texto”. No mesmo artigo é feita referência também à visão de Phillips (como referido por Sá-Silva et al., 2009) que considera os documentos como materiais escritos passíveis de ser utilizados como fonte de informação sobre o comportamento humano. Por sua vez, o documento é ainda referenciado como um suporte que contenha informação registrada, passível de ser consultada ou estudada (Sá-Silva et al., 2009).

O uso de documentos em investigação deve ser apreciado e valorizado, sendo que as potencialidades e riqueza de informações que deles podemos extrair e analisar justificam a sua utilização em diversas áreas (Sá-Silva et al., 2009; Cellard, 2012).

O anteriormente referido é apoiado por Beltrão e Nogueira (2011, p.2) que salientam a potencialidade da pesquisa documental assumir cada vez maior relevância, considerando o crescimento da produção de dados, “a diversificação dos suportes de registo, a velocidade da circulação de dados, e as próprias possibilidades de acesso aos múltiplos formatos de documentos na assim chamada era da informação”.

“A pesquisa documental, enquanto método de investigação da realidade social, não traz uma única concepção filosófica de pesquisa, pode ser utilizada tanto nas abordagens de natureza positivista como também naquelas de caráter compreensivo, com enfoque mais crítico” (Silva, Damaceno, Martins, Sobral & Farias, 2009, p.4556).

Silva et al. (2009) ressaltam também que essa característica deve estar acordo com

o referencial teórico que nutre o pensamento do pesquisador, pois não só os documentos escolhidos, mas a análise deles deve responder às questões da pesquisa, exigindo do pesquisador uma capacidade reflexiva e criativa não só na forma como compreende o problema, mas nas relações que consegue estabelecer entre este e seu contexto, no modo como elabora suas conclusões e como as comunica (p.4556).

Este estudo apresenta um caráter descritivo, uma vez que consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao

fenómeno em estudo (Fortin, 2009). Os factos são observados, registados, analisados, classificados e interpretados, sem que o investigador interfira sobre eles. Por sua vez, é exploratório, visto que pretende aprofundar e compreender o fenómeno em estudo (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011) e transversal, dado que a recolha de dados ocorrerá num único momento (Polit & Beck, 2011).

3.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A investigação parte sempre de uma questão, expressa numa pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe (Fortin, 2009). Esta “decorre diretamente do objetivo e indica o que o investigador quer obter como informação” (Fortin, 2009, p.164).

Face ao anteriormente exposto, neste estudo, surgiu como questão de investigação inicial:

- Como avaliam e registam a dor os enfermeiros num serviço de urgência médico-cirúrgica?

Por sua vez, a partir da questão inicial foram surgindo outras questões mais específicas, sendo elas:

- Quais as causas de dor que motivam a ida ao serviço de urgência?
- Que características da dor são avaliadas e registadas?
- Com que frequência a dor é reavaliada e registada?
- A dor é registada com frequência idêntica aos restantes sinais vitais?
- A dor é reavaliada e registada após a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas?

Com base nas questões supramencionadas foram delineados os objetivos que orientaram a investigação, sendo os mesmos referidos no próximo subcapítulo.

3.3- OBJECTIVOS

Os objetivos decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico ou conceptual, sendo determinantes para as outras etapas do processo de investigação (Fortin, 2009).

Este estudo teve como objetivo central: caracterizar a avaliação e o registo da dor, efetuados pelos enfermeiros, às pessoas admitidas com dor num serviço de urgência.

Por sua vez, foram delineados como objetivos específicos:

- Enunciar as principais causas de dor que motivaram à ida ao serviço de urgência;
- Identificar as características da dor avaliadas e registadas;
- Enunciar a frequência e tipologia das reavaliações registadas;
- Analisar o registo da dor enquanto sinal vital.

3.4 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. De uma forma geral, os conceitos em estudo, os métodos de recolha de dados e a divulgação de certos resultados de investigação, podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também colocar em causa os direitos fundamentais das pessoas envolvidas.

McEvoy como referido por Leal (2006) refere que os registos são uma fonte de dados muito acessível para estudos quantitativos, mas alerta para o imperativo de assegurar a confidencialidade da identidade das pessoas. Neste sentido, é fundamental reforçar que neste estudo se assegurou total anonimato em relação à identidade dos profissionais ou das pessoas acerca das quais foram efetuados os registos.

Torna-se ainda pertinente referir que a colheita de dados foi realizada através de uma pesquisa documental, ou seja, a participação de seres humanos foi indireta, dispensando-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Contudo, e como forma de cumprir os pressupostos formais e éticos inerentes à realização do estudo, foi efetuado um pedido de autorização formal, acompanhado do respetivo projeto de investigação, dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da instituição de saúde envolvida e, em simultâneo, um pedido de parecer à comissão de ética, onde se explicitou o âmbito do estudo e os objetivos do mesmo, procedimentos necessários e os interesses do estudo para a prática profissional e para a instituição. O documento comprovativo de parecer favorável é apresentado no Anexo I.

3.5 – CONTEXTO DO ESTUDO

Dada a especificidade do contexto do estudo, será feita, de seguida, uma breve apresentação do mesmo, por forma a facilitar a compreensão da realidade onde se insere o fenómeno em estudo.

O Hospital Distrital de Santarém (HDS) iniciou a sua atividade no ano de 1985 e constituiu-se como uma entidade pública empresarial, encontrando-se integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável (HDS, 2017).

A instituição é de acesso universal e encontra-se dotada das principais especialidades médicas e cirúrgicas. Tem uma área de abrangência de nove concelhos, servindo uma população de aproximadamente 192.000 habitantes (HDS, 2017).

Na área da prestação de cuidados, encontra-se subdividido em cinco departamentos: departamento de cirurgia, departamento de medicina, departamento da mulher e da criança, departamento de psiquiatria e saúde mental e departamento de urgência.

O departamento de urgência integra o SU Geral, a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) desde 2004 e a Unidade Médico-Cirúrgica (UMC) (posteriormente classificada como Unidade de Cuidados Intermédios, em junho de 2017).

O SU onde se desenvolveu o estudo situa-se no piso 0 do hospital e funciona 24 horas por dia. É classificado como um SUMC, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto.

A média diária de atendimento situa-se em cerca de 235 utentes no ano de 2016, mantendo-se idêntica até outubro de 2017, verificando-se, contudo, períodos de maior afluência em que se ultrapassam os 300 utentes por dia, com implicações a nível do normal funcionamento do serviço.

A necessidade de adequação a essa realidade, em termos funcionais e estruturais, levou à reestruturação total das instalações, tendo o novo SU sido inaugurado no dia 31 de março de 2012. Em termos organizacionais, podem distinguir-se cinco áreas de atendimento: triagem, área de verdes e azuis, área cirúrgica, ortotraumatologia, área médica e sala de emergência. Existem áreas de atendimento de especialidades, tais como otorrinolaringologia, dermatologia, ginecologia, oftalmologia e psiquiatria, que não se situam no espaço físico da urgência geral, sendo proporcionado acompanhamento das pessoas até aos respetivos locais de observação médica.

Todas as pessoas que pretendem ser observadas na urgência geral devem efetuar a sua admissão no sector administrativo, à exceção dos casos emergentes, com acesso imediato à sala de emergência, sendo a sua identificação efetuada posteriormente. Segue-se a chamada para o posto de triagem, que é assegurado integralmente pela equipa de enfermagem. No decorrer deste processo, o enfermeiro efetua uma avaliação inicial, com base na queixa da pessoa, integrando-a num fluxograma e discriminador específicos, conforme preconizado pelo sistema de triagem de Manchester. Deste processo resulta a atribuição de uma prioridade clínica, com tempo alvo correspondente até à observação médica.

Após a triagem, procede-se ao respetivo encaminhamento, conforme se encontra preconizado no circuito de gestão de doentes no SU geral. Deste modo, a pessoa com prioridade vermelha é encaminhada para a sala de emergência e a pessoa com prioridade laranja é encaminhada para a área de atendimento correspondente, sob vigilância permanente da equipa de enfermagem, ou para a sala de emergência se necessário. A pessoa a quem foi atribuída prioridade amarela aguarda na sala de

amarelos, estando sob vigilância do enfermeiro a exercer funções no posto de triagem. Por fim, a pessoa com prioridade verde/azul aguarda na sala de espera geral, à exceção de pessoas em maca ou com ferimentos, que aguardam no átrio de entrada do SU (Departamento Urgência, 2014).

No momento de recolha dos dados, a equipa de enfermagem era constituída por 76 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Chefe e duas coordenadoras do serviço. A restante equipa encontrava-se dividida em sete subequipas na urgência geral e uma subequipa na UMC. As subequipas da urgência geral eram constituídas por sete a nove elementos cada, incluindo um chefe de equipa e um segundo elemento, que desempenha as suas funções na sua ausência. A subequipa da UMC era constituída por catorze elementos. No que concerne à distribuição dos enfermeiros por turno, nos turnos da manhã e da tarde estavam escalados cerca de catorze elementos, enquanto no turno da noite estavam escalados cerca de nove elementos, existindo reajustes ao rácio sempre que indicado e possível. Na sala de triagem ficava escalado um enfermeiro, na sala de verdes e azuis um enfermeiro, na área cirúrgica/ortotraumatologia dois enfermeiros, na sala de emergência um enfermeiro, na área médica quatro enfermeiros e na UMC três enfermeiros, sendo que o chefe de equipa, quando possível, ficava sem posto de trabalho atribuído e a exercer funções de gestão do turno. No turno da noite, a sala de verdes e azuis é encerrada, passando os utentes a ser encaminhados para a sala de tratamento da área médica. O chefe de equipa de enfermagem ocupa o posto da sala de emergência e escala um enfermeiro na sala de triagem, um enfermeiro na área cirúrgica/ortotraumatologia, quatro enfermeiros na área médica e dois enfermeiros na UMC.

No que diz respeito aos sistemas de informação, o SU geral dispõe do sistema informático Alert® em na sua primeira versão, implementada neste local em 2004. Não se verificaram atualizações de *software* desde então, sendo que a Triagem de Manchester versão 1 também é a que se mantém em vigor e a que será reportada ao longo deste relatório. Na UMC era utilizado o programa informático SClínico®, mantendo-se em vigor na Unidade de Cuidados Intermédios, com atualização para a parametrização nacional.

O Alert® er é uma aplicação concebida com o objetivo da informatização e organização dos dados gerados nos SU das unidades de saúde (Médicos na Internet, s.d.). Encontra-se disponível para todos os profissionais de saúde do SU, integrando perfis de utilizador distintos e com níveis de informação diferenciados, de acordo com a especificidade de cada grupo profissional. Para aceder ao sistema é necessário a introdução do número de utilizador e de uma *password* pessoal, o que permite o registo automático do nome do profissional e da hora que consta no sistema, aquando do registo de qualquer intervenção.

Para os profissionais de enfermagem estão disponíveis dois perfis: Manchester (utilizado apenas no processo de triagem) e Enfermeiro URG. O ecrã principal do perfil de Enfermeiro URG (permite o acesso a diversos campos e apresenta uma visão geral dos principais aspetos referentes à pessoa, nomeadamente a queixa, o fluxograma, discriminador e prioridade atribuída no processo de triagem de Manchester, a história clínica, últimos parâmetros vitais registados, medicação prescrita e administrada, análises, procedimentos complementares e exames de imagem efetuados. Os restantes campos disponíveis permitem aceder a estas informações com nível de detalhe superior, assim como aceder ao histórico hospitalar da pessoa, consultar ou efetuar pedidos de parecer a outras especialidades ou à assistente social, solicitar pedido de transporte para outra sala de destino ou efetuar o respetivo desvio, solicitar pedido de transferência de responsabilidade, consultar os dados de identificação pessoal e registar e efetivar a alta de enfermagem informaticamente.



Figura 9 – Ecrã geral do Alert® er no perfil Enfermeiro URG

No âmbito dos registos referentes à dor, no perfil Manchester as informações em texto livre são introduzidas no campo *queixa* (Figura 10) e é apresentada a régua da dor (Figura 11) no campo *sinais vitais* ou automaticamente, sempre que é seleccionado um discriminador diretamente relacionado com a intensidade da dor (dor severa, dor moderada ou dor).



Figura 10 – Ecrã do campo *queixa* no Alert® er



Figura 11 – Ecrã do campo régua da dor no Alert® er

No perfil Enfermeiro URG são introduzidos os registos no campo *sinais vitais* (Figura 12), onde é disponibilizada a mesma régua da dor que surge aquando da triagem de Manchester e é um campo comum a enfermeiros e médicos. É ainda facultado aos profissionais a possibilidade de consultar o histórico de registo de cada um dos sinais vitais, sob a forma de tabela ou de gráfico.



Figura 12 – Ecrã do campo *sinais vitais* no Alert® er

Por sua vez, existe o campo *notas de enfermagem* (Figura 13), onde podem ser efetuados registos em texto livre, sendo a estrutura e o conteúdo ao critério de cada enfermeiro.



Figura 13 – Ecrã do campo *notas de enfermagem* no Alert® er

3.6 – FONTES DE INFORMAÇÃO, INSTRUMENTO E PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados é uma etapa do trabalho de investigação que permite obter os dados necessários para alcançar os objetivos do estudo. A escolha do instrumento está relacionada com as variáveis em estudo e a sua operacionalização, tendo em conta determinados fatores, nomeadamente os objetivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis e a obtenção de medidas apropriadas às

definições conceptuais (Fortin, 2009). Deste modo, a tarefa de desenvolver uma metodologia para a reunião dos dados é desafiadora, sendo que se não existirem métodos apropriados para a recolha dos dados, a precisão e validade das informações recolhidas e das conclusões da investigação podem ser questionadas (Polit & Beck, 2011).

Por sua vez, Sá-Silva et al. (2009, p.8) salientam que “quem trabalha com documentos deve superar alguns obstáculos e desconfiar de determinadas armadilhas, antes de estar apto a fazer uma análise de seu *corpus* documental. Inicialmente deve localizar os textos pertinentes e avaliar a sua credibilidade, assim como a sua representatividade”.

Para a recolha de dados elaborou-se um instrumento, tendo por base as particularidades do contexto e os referenciais teóricos na área da dor, alicerces do enquadramento teórico deste documento. Segundo Fortin (2009), os conceitos pilares da investigação devem ser operacionalizados de forma a permitir a medição das variáveis ou a descrição de comportamentos.

O instrumento de recolha de dados (Apêndice I) foi construído em formato de formulário do *Google® Docs* e organizado de forma a ser recolhida informação que vá de encontro aos objetivos definidos e às variáveis:

- Idade;
- Sexo;
- Mês;
- Dia do mês;
- Dia da semana;
- Fluxograma inicial da triagem de Manchester;
- Discriminador inicial da triagem de Manchester;
- Intensidade da dor;
- Área de encaminhamento;
- Tempo de permanência no serviço urgência;
- Turno de admissão;
- Características da dor registadas:
 - localização

- irradiação
 - duração
 - padrão
 - qualidade
 - manifestações não-verbais
 - sintomas e/ou sinais associados
 - fator desencadeante
 - fatores de agravamento
 - fatores de alívio
 - impacto nas atividades de vida
 - antecedentes de saúde relacionados
 - implementação de medidas farmacológicas
 - implementação de medidas não farmacológicas
 - experiência prévia de dor idêntica
- Reavaliação da dor;
 - Frequência de avaliação da frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial e temperatura;
 - Registo de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Sabendo que as variáveis são as unidades de base da investigação, designadas como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo” e às quais se atribuem valores (Fortin, 2009, p.171), para cada variável em apreço foram definidos os indicadores para a sua mensuração.

De forma sintética o instrumento ficou composto (Apêndice I), inicialmente, por dados de caracterização gerais, nomeadamente no que diz respeito à idade da pessoa, sexo, dia do mês e da semana, seguido de dados relacionados com o motivo de vinda ao SU, com a especificidade do fluxograma inicial da triagem de Manchester e respetivo discriminador, assim como a intensidade da dor no momento da triagem. São igualmente contemplados dados relacionados com a área de encaminhamento interno no SU, hora e turno de admissão e tempo total de permanência no serviço. Seguem-se depois os dados relativos às características da dor registadas, aquando da triagem e à posteriori na prestação de cuidados, à reavaliação da dor e à avaliação dos restantes parâmetros vitais. Por fim, surgem os dados relativos à implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas e posterior reavaliação da dor.

Para assegurar o rigor de construção do instrumento e sua utilidade face aos objetivos, este foi previamente analisado pela equipa de investigação, sendo posteriormente efetuado um pré-teste, em dez episódios que cumprissem os critérios delineados previamente, procedendo-se, deste modo, à aferição do mesmo. Cumpriu-se, pois, o defendido por Fortin (2009) ao referir que o pré-teste consiste em verificar a eficácia e o valor do instrumento construído, sendo esta etapa fundamental para se realizarem as correções necessárias e se identificarem imperfeições no instrumento.

Neste estudo procedeu-se, então, a uma pesquisa e posterior análise documental, dos registos de enfermagem realizados através da plataforma informática Alert® er, considerando-se como campos de registo o campo *queixa*, o campo *notas de enfermagem* e o campo *sinais vitais*.

Como horizonte temporal definiu-se a consulta dos registos de enfermagem que constam em episódios de urgência nos primeiros sete dias dos três meses consecutivos após o mês em que se obteve o consentimento, por parte da administração hospitalar e respetiva comissão de ética, para a realização do estudo de investigação. Deste modo, a recolha de dados incidiu sobre os dias 1 a 7, inclusive, dos meses agosto, setembro e outubro de 2016. Para tal, recorreu-se ao programa ADW®, utilizado pelos auditores da triagem, onde é possível aceder à informação dos episódios de urgência, ficando a mesma subdividida pelo mês e dia de ocorrência. No processo de extração dos dados foi solicitado apoio a um perito externo à investigação, ao qual foi fornecida toda a informação sobre os objetivos do estudo, processo de recolha de dados e estratégias de utilização do instrumento de recolha de dados.

No ano de 2016 foram admitidas 86164 pessoas no SU onde se desenvolveu o estudo, com uma média mensal de 7180 utentes e uma média diária de 235 utentes. No mês de agosto foram admitidos 7558 utentes, em setembro 7136 e em outubro 6988.

Dada a impossibilidade de consultar a totalidade dos registos, pelo volume de informação que se obteria e pela calendarização prevista para a realização deste estudo, definiu-se como critério a recolha de informação apenas nos episódios em que a pessoa foi triada por um discriminador diretamente relacionado com a dor e que lhe tenha sido atribuída a prioridade laranja. Deste modo, os discriminadores passíveis de inclusão

foram: dor severa, dor severa/prurido, dor precordial, dor abdominal e dor irradiando para a região dorsal, obtendo-se um total de 296 episódios.

A opção pela decisão de ser um discriminador relacionado com a dor permite ao investigador garantir que todos os episódios selecionados dizem respeito a utentes cuja queixa inicial e a atribuição de prioridade referem-se exclusivamente à presença de dor, independentemente do fluxograma selecionado.

Contudo, pelas características contextuais e como forma de prevenir a ocorrência de enviesamentos, houve necessidade de definir mais alguns critérios para a seleção da informação a ser recolhida. Deste modo, incluíram-se apenas episódios referentes a pessoas adultas (idade igual ou superior a 18 anos) e que foram alvo de cuidados de enfermagem em qualquer área de atendimento de adultos, localizada no espaço físico da urgência geral (área cirúrgica, ortotraumatologia, área médica ou sala de emergência). Foram excluídos registos efetuados por médicos, assim como registos efetuados pela investigadora e colaborador de investigação.

Com base em todos os critérios supramencionados, obteve-se um corpus de análise final constituído por 278 episódios, tendo sido excluídos:

- i. 14 episódios por conterem registos da investigadora e colaborador de investigação, no momento da triagem;
- ii. 1 episódio pelo facto do utente ter sido encaminhado para outro serviço, não permanecendo no SU;
- iii. 1 episódio por abandono do utente, que não foi observado;
- iv. 2 episódios por engano no registo da queixa triagem, tendo sido apresentado de seguida a re-triagem correta, cujo discriminador e prioridade atribuídos não cumpriam os critérios estabelecidos.

3.7- TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Os procedimentos estatísticos permitem ao investigador organizar, interpretar e transmitir informações numéricas (Polit & Beck, 2011).

Fortin (2009, p. 410) refere que a análise descritiva dos dados consiste no “processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos”. Esta tem como objetivo descrever as características do conteúdo recolhido e responder às questões de investigação.

Deste modo, a informação obtida através da aplicação do instrumento de recolha de dados foi alvo de tratamento estatístico, recorrendo-se à utilização do programa informático SPSS, versão 21. Na análise descritiva foram utilizadas as frequências absolutas (n) e relativas (%), as medidas de tendência central (média aritmética, mediana e moda) e as medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão).

Finda a exposição do enquadramento metodológico deste estudo, seguir-se-á a terceira parte deste relatório, que consiste na apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

**PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO
DOS RESULTADOS**

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No presente capítulo serão apresentados os dados e resultados obtidos ao longo do processo de investigação, tendo por base os objetivos delineados, a abordagem metodológica previamente referida, a informação recolhida do sistema Alert® e a aplicação das técnicas de estatística descritiva aplicadas. A informação será apresentada sob a forma de tabelas, por forma a sistematizar e dar relevo aos dados mais pertinentes, procedendo-se à análise descritiva da mesma. Deste modo, iniciar-se-á com a caracterização dos utentes cujos episódios foram contemplados no estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos episódios por sexo

Sexo	n	%
Feminino	142	51,1
Masculino	136	48,9
Total	278	100,0

Com base na Tabela 1, pode verificar-se que o sexo feminino foi o mais frequente, correspondendo a 51,1% dos episódios (n-142).

Tabela 2 – Distribuição dos episódios por idade

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	278	18	97	56,38	18,951

No presente estudo, a média de idades dos utentes situa-se nos 56,38 anos, sendo o desvio padrão de 18,951 anos. A idade mínima foi 18 anos e a máxima de 97 anos (Tabela 2).

Tabela 3 – Distribuição dos episódios por mês

Mês	n	%
Agosto	85	30,6
Setembro	97	34,9
Outubro	96	34,5
Total	278	100,0

Relativamente à distribuição mensal dos episódios em estudo (Tabela 3), constata-se que o maior número de episódios se verificou no mês de setembro, com 34,9% (n-97), logo seguido do mês de outubro, com 34,5% dos episódios (n-96). Em agosto ocorreram 30,6% dos episódios alvo de análise.

Tabela 4 – Distribuição dos episódios por dia do mês

Dia do Mês	n	%
1	43	15,5
2	43	15,5
3	32	11,5
4	44	15,8
5	45	16,2
6	37	13,3
7	34	12,2
Total	278	100,0

No que diz respeito ao dia do mês em que ocorreram os episódios (Tabela 4), o quinto surge como o dia com maior número de episódios, com 16,2% (n-45). No quarto dia salientam-se 15,8% das ocorrências (n-44), sendo que no primeiro e segundo dias se verificaram 15,5% dos episódios. Com o menor número de episódios surge o terceiro dia, com 11,5% dos episódios.

Tabela 5 – Distribuição dos episódios por dia da semana

Dia da Semana	n	%
2ª Feira	35	12,6
3ª Feira	52	18,7
4ª Feira	42	15,1
5ª Feira	44	15,8
6ª Feira	45	16,2
Sábado	35	12,6
Domingo	25	9,0
Total	278	100,0

No que concerne à distribuição semanal, verifica-se que o maior número de episódios recai na 3ª feira, com 18,7%, o que corresponde a 52 episódios. Seguidamente, por ordem decrescente, surge a 6ª feira com 16,2%, a 5ª feira com 15,8% e a 4ª feira, com 15,1%. A 2ª feira e o sábado apresentaram igual percentagem de episódios, com 12,6%, sendo que o dia da semana com menor frequência de episódios foi o domingo, com 9% (n-25) (Tabela 5).

Em relação ao fluxograma inicial selecionado (Tabela 6), o mais frequente foi o de “dor torácica”, com 32,7%, seguido do fluxograma de “dor lombar”, com 23,7%, sendo que os dois juntos perfazem mais de metade dos episódios alvo de análise (n-157). Os seguintes fluxogramas com maior expressão são: “dor abdominal” com 12,6%, “problemas nos membros” com 9,7% e “cefaleia” com 4,7%. Os restantes fluxogramas foram selecionados individualmente em menos de 3% dos episódios, sendo que os fluxogramas de “corpo estranho”, “estado de inconsciência”, “hemorragia gastrointestinal”, “infecções locais e abscessos”, “queda” e “TCE – trauma crânio-encefálico”, surgem em apenas um episódio cada.

Tabela 6 – Distribuição dos episódios por fluxograma inicial da triagem de Manchester

Fluxograma inicial da triagem de Manchester	n	%
Cefaleia	13	4,7
Corpo estranho	1	,4
Diarreia	2	,7
Dor abdominal	35	12,6
Dor cervical	2	,7
Dor lombar	66	23,7
Dor torácica	91	32,7
Erupções cutâneas	3	1,1
Estado de inconsciência	1	,4
Feridas	6	2,2
Grande traumatismo	5	1,8
Hemorragia gastrointestinal	1	,4
Indisposição no adulto	6	2,2
Infeções locais e abscessos	1	,4
Problemas estomatológicos	2	,7
Problemas nos membros	27	9,7
Problemas urinários	6	2,2
Queda	1	,4
Queimaduras profundas e superficiais	3	1,1
T.C.E - trauma crânio – encefálico	1	,4
Vômitos	5	1,8
Total	278	100,0

Tabela 7 – Distribuição dos episódios por discriminador inicial da triagem de Manchester

Discriminador inicial da Triagem de Manchester	n	%
Dor abdominal	14	5,0
Dor irradiando para a região dorsal	5	1,8
Dor precordial	86	30,9
Dor severa	170	61,2
Dor severa/prurido	3	1,1
Total	278	100,0

Por sua vez, o discriminador inicial mais selecionado foi o de “dor severa”, em 61,2% dos episódios. De seguida surge o fluxograma de “dor precordial”, com 30,9% dos episódios, sendo que ao fluxograma de “dor abdominal” correspondem 5%, ao de “dor irradiando para a região dorsal” correspondem 1,8% e ao de “dor severa/prurido” correspondem 1,1% dos episódios (Tabela 7).

Tabela 8 – Distribuição dos episódios por intensidade da dor na triagem

Intensidade da dor na triagem	n	%
3	1	,4
4	2	,7
5	9	3,2
6	19	6,8
7	160	57,6
8	20	7,2
Sem Registo	67	24,1
Total	278	100,0

Quanto à intensidade da dor registada no momento da triagem (Tabela 8), a dor com intensidade 7 foi alvo de seleção em mais de metade dos episódios incluídos no estudo, com 57,6% (n-160). Em 7,2% dos episódios foi atribuída uma dor de intensidade 8 e em 6,8% foi atribuída dor de intensidade 6. Em nove episódios (3,2%) foi feita referência a uma dor de intensidade 5, em dois episódios, dor de intensidade 4 (0,7%) e em um episódio a intensidade selecionada foi 3. Há ainda a salientar que em 24,1% (n-67) dos episódios se verificou omissão deste registo.

Tabela 9 – Distribuição dos episódios por área de encaminhamento inicial

Área de encaminhamento inicial	n	%
Área cirúrgica	32	11,5
Área médica	205	73,7
Ortotraumatologia	25	9,0
Sala de Emergência	16	5,8
Total	278	100,0

No que diz respeito à área de encaminhamento inicial, constata-se que a área médica é a que apresenta maior incidência de utentes, com 73,7% do total dos episódios incluídos neste estudo (n-205). De seguida surge a área cirúrgica, com 11,5%, a ortotraumatologia, com 9% e, por fim, a sala de emergência, com 5,8% dos episódios (n-16) (Tabela 9).

Tabela 10 – Distribuição dos episódios por tempo total de permanência no serviço de urgência

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo total de permanência no serviço de urgência (h)	278	0,58	25,25	5,9682	4,54388

Em média os utentes permaneceram 5 horas e 58 minutos no SU, com um desvio padrão de 4,54388. O episódio mais célere teve cerca de 35 minutos de duração, sendo que o mais longo decorreu ao longo de 25 horas e 15 minutos (Tabela 10).

Tabela 11 – Distribuição dos episódios por turno de admissão

Turno de admissão	n	%
Manhã	126	45,3
Tarde	99	35,6
Noite	53	19,1
Total	278	100,0

No que concerne ao momento da admissão (Tabela 11), verifica-se que a maioria dos episódios (45,3%) ocorreu durante o turno da manhã (08:00-16:00). No turno da tarde (16:00-23:00) realizaram-se 35,6% das admissões e no turno da noite (23:00-08:00) surgiu o menor número de episódios (19,1%).

No âmbito das características da dor registadas no campo “queixa”, aquando da triagem, pode verificar-se, na Tabela 12, que a característica mais registada foi a “localização”, estando presente em 95,7% dos episódios (n-266). Os “sintomas/sinais associados à

dor” surgem como a segunda característica mais registrada, em 52,5% dos episódios, precedida da “duração” em 33,5% dos episódios, da “irradiação” em 30,9% dos episódios, dos “antecedentes de saúde relacionados” em 28,1% dos episódios e dos “fatores desencadeantes da dor” em 13,7% dos episódios. Com percentagem inferior a 5% surge a referência à “implementação prévia de medidas farmacológicas” (4,7%), à “experiência prévia de dor idêntica” (3,6%), ao “impacto nas atividades de vida” (2,2%), ao “padrão da dor” (1,8%), aos “fatores de agravamento” (1,8%) e às “manifestações não verbais de dor” (1,1%). É de salientar que em nenhum episódio existiu descrição dos “fatores de alívio da dor” ou da “implementação prévia de medidas não farmacológicas”.

Tabela 12 – Distribuição das características da dor registradas no campo “queixa” da triagem

Características da dor registradas no campo “queixa” da triagem	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Localização	266	95,7	12	4,3	278	100,0
Irradiação	86	30,9	192	69,1	278	100,0
Duração	93	33,5	185	66,5	278	100,0
Padrão	5	1,8	273	98,2	278	100,0
Manifestações não verbais de dor	3	1,1	275	98,9	278	100,0
Sinais e/ou sintomas associados à dor	146	52,5	132	47,5	278	100,0
Fator desencadeante	38	13,7	240	86,3	278	100,0
Fatores de agravamento	5	1,8	273	98,2	278	100,0
Fatores de alívio	0	0,0	278	100,0	278	100,0
Impacto nas atividades de vida	6	2,2	272	97,8	278	100,0
Antecedentes de saúde relacionados	78	28,1	200	71,9	278	100,0
Implementação prévia de medidas farmacológicas	13	4,7	265	95,3	278	100,0
Implementação prévia de medidas não farmacológicas	0	0,0	278	100,0	278	100,0
Experiência prévia de dor idêntica	10	3,6	268	96,4	278	100,0

No que concerne à reavaliação da dor (Tabela 13), constatou-se a existência de registos em 14% (n-39) dos episódios e a sua ausência em 86% (n-239) dos episódios em análise. Na Tabela 14 pode-se observar que, nos episódios em que se constata a reavaliação da dor, esta foi registada uma vez em 56,4% dos episódios, duas vezes em 23,1% dos episódios e em 8 episódios por três vezes (20,5%).

Tabela 13 – Distribuição dos episódios no âmbito da reavaliação da dor

Reavaliação da dor	n	%
Sim	39	14,0
Não	239	86,0
Total	278	100,0

Tabela 14 – Distribuição do número de reavaliações da dor

Número de reavaliações	n	%
1	22	56,4
2	9	23,1
3	8	20,5
Total	39	100,0

Relativamente à intensidade da dor na última reavaliação (correspondendo neste estudo a apenas 39 dos 278 episódios), esta pode ser efetuada através do campo “sinais vitais” ou no campo “notas de enfermagem”. No primeiro, esta assume uma expressão numérica, sendo que no segundo campo a referência pode ser de natureza quantitativa ou qualitativa. Deste modo, na vertente qualitativa salientam-se quatro categorias: sem dor, diminuição da dor, mantém dor e agravamento da dor.

Através da Tabela 15, pela análise dos 39 episódios de reavaliação, verifica-se que, em termos quantitativos, a intensidade 1 foi a mais registada na última reavaliação, com 18% (n-7), seguida das intensidades 3 e 4, cada uma com 10,5%. Os restantes valores de intensidade foram registados na última reavaliação em menos de 4 episódios cada. No foro qualitativo a maior expressão, com 25,6%, corresponde a “mantém dor”, sendo que em 10,3% dos episódios foi efetuado registo referente à ausência de dor na última

reavaliação e em 5,1% à melhoria da mesma. Não se observou a existência de registros qualitativos no que diz respeito ao “agravamento da dor”.

Tabela 15 – Distribuição da intensidade da dor registrada na última reavaliação

Intensidade da dor registrada na última reavaliação	n	%
1	7	18
2	1	2,6
3	4	10,3
4	4	10,3
5	1	2,6
6	3	7,7
7	1	2,6
8	2	5,1
9	0	0
10	0	0
Sem dor	4	10,3
Diminuição da dor	2	5,1
Mantém dor	10	25,6
Agravamento da dor	0	0
Total	39	100,0

No que diz respeito ao registro dos parâmetros vitais, constata-se que a frequência cardíaca foi o mais registrado, ocorrendo em 23% dos episódios (Tabela 16). A frequência cardíaca foi registrada pelo menos uma vez em 14,7% dos episódios e foi registrada pelo menos seis vezes num dos episódios. O segundo parâmetro vital mais registrado foi a temperatura, verificando-se em 19,1% dos episódios e a maioria dos registros foram efetuados pelo menos uma vez (15,5%), existindo três episódios em que a temperatura foi registrada no máximo de três vezes. Em 15,5% dos episódios há referência a registros de tensão arterial, com pelo menos um registro em 6,8% dos episódios e num dos episódios foi registrada no máximo de seis vezes (0,4%). O parâmetro vital menos registrado foi a frequência respiratória, encontrando-se documentado em apenas 4% dos episódios (n-11); com apenas um registro surgem oito

episódios (2,9%) e observa-se um episódio em que a frequência respiratória foi registrada até três vezes (0,4%).

Tabela 16 – Distribuição dos registros por sinal vital

Número de registros	Tensão arterial		Frequência cardíaca		Frequência respiratória		Temperatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	235	84,5	214	77,0	267	96	225	80,9
1	19	6,8	41	14,7	8	2,9	43	15,5
2	9	3,2	8	2,9	2	0,7	7	2,5
3	10	3,6	9	3,2	1	0,4	3	1,1
4	2	0,7	2	0,7	0	0,0	0	0,0
5	2	0,7	3	1,1	0	0,0	0	0,0
6	1	0,4	1	0,4	0	0,0	0	0,0
7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	278	100,0	278	100,0	278	100,0	278	100,0

Tabela 17 – Distribuição dos registros referentes à dor no campo “notas de enfermagem”

Registros referentes à dor no campo "notas de enfermagem"	n	%
Sim	25	9,0
Não	253	91,0
Total	278	100,0

A leitura da Tabela 17 permite observar que foram efetuados registros referentes à dor no campo de texto livre “notas de enfermagem” em apenas 25 dos episódios (9%) em análise. Uma apreciação dos registros efetuados permitiu verificar que em 23 dos episódios observa-se a existência de uma nota de registro no âmbito da dor, sendo que em 2 dos episódios objetivaram-se dois momentos de registro.

Nos 25 registros acima identificados, as características da dor mais frequentemente registradas foram a “intensidade” em 18 dos episódios (72%), a “localização” em 17

episódios (68%), a “implementação e eficácia de medidas farmacológicas” em 9 episódios (36%), a “duração” e os “sinais/sintomas associados à dor” em 7 episódios casa (28%), a “irradiação” e os “fatores desencadeantes” em 5 episódios cada (20%) e as “manifestações não-verbais de dor” em 3 episódios (12%). As restantes características foram salientadas em menos de 10% dos registos, sendo que a referência ao “impacto nas atividades de vida”, à “implementação e eficácia de medidas não farmacológicas” e à existência de “experiência prévia de dor idêntica” não foi contemplada nos registos analisados (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição das características da dor registadas no campo “notas de enfermagem”

Características da dor registadas no campo “notas de enfermagem”	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Localização	17	68,0	8	32,0	25	100,0
Irradiação	5	20,0	20	80,0	25	100,0
Duração	7	28,0	18	72,0	25	100,0
Padrão	2	8,0	23	92,0	25	100,0
Qualidade	2	8,0	23	92,0	25	100,0
Intensidade	18	72,0	7	28,0	25	100,0
Manifestações não verbais de dor	3	12,0	22	88,0	25	100,0
Sinais e/ou sintomas associados à dor	7	28,0	18	72,0	25	100,0
Fatores desencadeantes	5	20,0	20	80,0	25	100,0
Fatores de agravamento	1	4,0	24	96,0	25	100,0
Fatores de alívio	1	4,0	24	96,0	25	100,0
Impacto nas atividades de vida	0	0,0	25	100,0	25	100,0
Antecedentes de saúde relacionados	2	8,0	23	92,0	25	100,0
Implementação e eficácia de medidas farmacológicas	9	36,0	16	64,0	25	100,0
Implementação e eficácia de medidas não farmacológicas	0	0,0	25	100,0	25	100,0
Experiência prévia de dor idêntica	0	0,0	25	100,0	25	100,0

A existência de um segundo registo no campo “notas de enfermagem” verificou-se em 2 episódios, sendo que as características descritas nos mesmos foram a “intensidade da dor” em ambos e a “localização” da dor num dos episódios, não havendo referência a mais nenhuma das características previstas. Em nenhum episódio em análise existiram mais de 2 reavaliações da dor neste campo.

Com base na Tabela 19, pode constatar-se que em 88,5% dos episódios existiu registo de administração de terapêutica analgésica farmacológica, sendo que em apenas 3 dos episódios (1,1%) há registo de implementação de medidas não farmacológicas (Tabela 20). De salientar que referente a estes últimos não se verificaram registos de reavaliação da dor, de índole quantitativa ou qualitativa, após a referência às medidas não farmacológicas implementadas.

Tabela 19 – Registo de administração de terapêutica farmacológica no serviço de urgência

Registo de administração de terapêutica farmacológica no Serviço Urgência	n	%
Sim	246	88,5
Não	32	11,5
Total	278	100,0

Tabela 20 – Registo de implementação de medidas não farmacológicas no serviço de urgência

Registo de implementação de medidas não farmacológicas no serviço urgência	n	%
Sim	3	1,1
Não	275	98,9
Total	278	100,0

A análise da Tabela 21 permite identificar que em 23 dos 246 episódios houve registos de reavaliação quantitativa após implementação de medida terapêutica farmacológica. Através de uma análise mais específica, apresentada na Tabela 22, pode-se identificar que a reavaliação em 15 dos 23 episódios foi feita uma vez, em 7 dos episódios foi feita duas vezes e em 1 episódio foi feita três vezes.

Tabela 21 – Registo de reavaliação quantitativa após medida terapêutica farmacológica

Reavaliação quantitativa após medida terapêutica farmacológica	n	%
Sim	23	9,3
Não	223	90,7
Total	246	100,0

Tabela 22 – Distribuição das reavaliações quantitativas após medida terapêutica farmacológica

Número de reavaliações quantitativas após medida terapêutica farmacológica	n	%
1,00	15	65,2
2,00	7	30,4
3,00	1	4,3
Total	23	100,0

A análise da Tabela 23 permite identificar que, dos 246 episódios em que existiu a implementação de medida terapêutica farmacológica, existiu reavaliação qualitativa da dor em apenas 17 dos episódios (6,9%). Destes, ao se tentar perceber o número de reavaliações, observa-se na Tabela 24 que, em 14 episódios verificou-se apenas uma reavaliação e em 3 episódios foram registadas duas reavaliações.

Tabela 23 – Registo de reavaliação qualitativa após medida terapêutica farmacológica

Reavaliação qualitativa após medida terapêutica farmacológica	n	%
Sim	17	6,9
Não	229	93,1
Total	246	100,0

Tabela 24 – Distribuição das reavaliações qualitativas após medida terapêutica farmacológica

Número de reavaliações qualitativas após medida terapêutica farmacológica	n	%
1,00	14	82,4
2,00	3	17,6
Total	17	100,0

Numa tentativa de proporcionar maior clarividência do objeto de estudo, foram efetuados adicionalmente testes de análise estatística do tipo inferencial, nomeadamente o teste t-Student e correlação de Pearson. Contudo, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em análise.

Finda a apresentação e análise dos resultados obtidos, proceder-se-á, no próximo capítulo, à discussão dos mesmos, à luz da evidência científica desenvolvida neste âmbito.

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os documentos não existem isoladamente e necessitam de ser contextualizados numa estrutura teórica, para que o seu conteúdo seja compreendido (May como referido por Sá-Silva et al., 2009). Deste modo, após a seleção e análise preliminar dos documentos, o investigador dará início à análise e discussão dos dados, sendo “o momento de reunir todas as partes – elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave” (Cellard, 2012, p.303).

A interpretação de resultados resultantes de análise estatística é um processo desafiante para o investigador. Polit e Beck (2011) mencionam que esta envolve algumas considerações, nomeadamente: a credibilidade e o rigor dos resultados, a precisão da estimativa e da magnitude dos efeitos, a importância e o significado dos resultados, o potencial de generalização dos resultados e as implicações dos mesmos na prática de enfermagem, no desenvolvimento da teoria ou na investigação futura.

Fortin (2009) acrescenta que esta etapa do processo de investigação exige uma reflexão profunda, no sentido de situar os resultados obtidos, enriquecedores do conhecimento sobre a questão em estudo, em relação a outros já comunicados em publicações científicas.

Na sequência do anteriormente referido, pretende-se, ao longo deste capítulo, sintetizar e proceder a uma apreciação crítica dos resultados obtidos, discutindo-os e confrontando-os com a literatura e a evidência científica desenvolvidas neste âmbito.

Este estudo alicerça-se numa análise retrospectiva dos dados arquivados, produzidos pelos enfermeiros, nos primeiros sete dias dos meses de agosto, setembro e outubro de 2016, referentes aos episódios de triagem com discriminador diretamente relacionado com a dor e posterior atribuição de prioridade laranja. Tem como intuito caracterizar a avaliação e o registo da dor, efetuados pelos enfermeiros, às pessoas admitidas com dor num serviço de urgência.

Nos dias 1 a 7 dos meses agosto, setembro e outubro de 2016, foram admitidas 4963 pessoas no SU da organização de saúde onde se realizou este estudo, das quais 781 obtiveram a prioridade laranja. Após aplicação dos critérios previamente enunciados (discriminador da triagem diretamente relacionado com a dor, adulto alvo de cuidados de enfermagem no espaço físico da urgência geral, exclusão de registos médicos e da equipa de investigação) obtiveram-se 278 episódios para consulta.

Partindo da questão inicial: *como avaliam e registam a dor os enfermeiros num serviço de urgência médico-cirúrgica?* surgiram outras questões mais específicas, que se constituem na estrutura base orientadora do alinhamento desta discussão. Contudo, como forma de contextualizar os resultados obtidos, nesta primeira parte do capítulo será feita menção às características demográficas e contextuais associadas.

“Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” (DGS, 2003, p.1). Constitui-se como o principal motivo de procura de cuidados de saúde no SU, adquirindo uma intensidade severa com frequência (Lewén et al., 2010; Souza et al., 2012; Bergman, 2012; Sokoloff et al., 2014; Pretorius et al., 2014; Dale & Bjørsen, 2015).

Neste estudo verificou-se que cerca de 35,6% das pessoas com prioridade laranja foram triadas com discriminador diretamente relacionado com a dor. Com esta prioridade atribuída têm preconizado um tempo alvo máximo de 10 min até à observação médica, sendo encaminhados para a respetiva área de observação, conforme estipulado no circuito de gestão de doentes do SU, onde se encontram sob vigilância permanente da equipa de enfermagem. A atribuição da prioridade laranja pode estar relacionada com a intensidade da dor – dor severa – ou com as características da dor que, por si só, são indicadores que determinam a necessidade de uma avaliação atempada, sob prejuízo de existir risco elevado ou deterioração rápida da condição clínica da pessoa.

No que concerne à distribuição por **sexo**, verifica-se uma percentagem ligeiramente superior do sexo feminino nos resultados obtidos, com 51,1% dos episódios. De facto, apesar de não ser uma diferença significativa, estes dados vão ao encontro dos apresentados no inquérito de saúde 2014, onde é salientado que 62,5% das pessoas com 15 ou mais anos que referiram presença de dor física nas quatro semanas anteriores

eram do sexo feminino, sendo também as mulheres que descreviam mais frequentemente a sua dor como intensa ou muito intensa, o que justificaria a procura de cuidados de saúde diferenciados (INE, 2016). Porém, Patel, Biros, Moore e Miner (2014) não encontraram evidências que justificassem diferenças significativas entre homens e mulheres, na descrição da sua dor, quando recorriam ao SU.

Quanto à **idade** das pessoas admitidas e que correspondem aos episódios em análise, verificou-se uma média de 56 anos. A idade mínima de 18 anos é a menor idade preconizada para atendimento no SU alvo do estudo, após reestruturação do mesmo no ano de 2012, tendo os utentes dos 15 aos 17 anos passado a ser alvo de cuidados de saúde na urgência pediátrica. Com o aumento da esperança média de vida e com o envelhecimento populacional a nível europeu, é expectável que cada vez mais utentes com idades acima dos 65 anos recorram aos serviços de saúde e, conseqüentemente, ao SU (DGS, 2014).

Relativamente à distribuição dos episódios por **mês**, verifica-se uma ligeira diminuição do número de episódios em agosto, contudo este foi o mês onde foram excluídos mais episódios (num total de 16), após a aplicação dos critérios definidos. Em setembro foram excluídos 2 episódios e em outubro não se excluiu nenhum episódio. Em relação à distribuição por dia os resultados também são muito idênticos, relembrando que a presença de pessoas com dor é uma questão intemporal e com expressão diária no SU.

No que diz respeito à distribuição por **dia da semana**, constatou-se um maior número de episódios entre terça e sexta-feira, existindo decréscimo de episódios entre sábado e segunda-feira. Através do programa ADW®, foi efetuada pesquisa relativamente à variação semanal dos episódios, sendo que se verificou que a segunda-feira se mantém como o dia de maior afluência total e o dia da semana em que são triados mais utentes com prioridade laranja, sendo esta uma realidade comum a nível nacional. Contudo, em estudos anteriores também se verifica um incremento no número de utentes com a prioridade laranja e vermelha a partir de quarta-feira (GPT, 2010), o que está em consonância com os dados anteriormente referidos. Por sua vez, constata-se igualmente um decréscimo no número de admissões durante o período do fim-de-semana (GPT, 2010), o que vai ao encontro dos resultados obtidos no atual estudo.

No que concerne ao **turno de admissão** o mais frequente foi o turno da manhã, sendo do período das 8 às 16 horas que foram triadas mais pessoas com discriminador diretamente relacionado com dor e com prioridade laranja. Por sua vez, a menor afluência verifica-se no período das 23 às 8 horas. Estes dados estão em concordância com a perspetiva anual neste contexto. No ano de 2016 foram admitidas, no SU onde decorreu o estudo, 48073 pessoas durante o turno da manhã, 27703 durante o turno da tarde e apenas 10442 durante o turno da noite, evidenciando-se claramente o aumento de afluxo que ocorre no período das 8 às 16 horas. Por sua vez, após pesquisa no programa ADW ®, verificou-se que, no ano de 2016, foram triados com a prioridade laranja 7134 utentes no turno da manhã, 5290 no turno da tarde e 2544 no turno da noite, mantendo-se a mesma tendência, apesar do destaque menos significativo.

No que concerne ao estudo da **área de encaminhamento** destaca-se a área médica, em cerca de 74% dos episódios. Tendo em conta que a área cirúrgica e a ortotraumatologia estão mais vocacionadas para o foro traumático, conforme consta no circuito de gestão de doentes no SU, os resultados obtidos vão ao encontro dos apresentados pelo INE (2017), mencionando que o principal motivo de atendimento na urgência foi a doença do foro médico (81,5%), tendo as lesões provocadas por acidente representado 11,2% do total de atendimentos (INE, 2017). Por sua vez, salienta-se novamente o facto de uma das maiores causas de mortalidade (doença isquémica do coração) ser uma valência do foro médico e que a maioria das pessoas experencia dor por causas do foro não traumático (IASP, 2011).

Quanto ao **tempo total de permanência** no SU, os dados recolhidos evidenciam uma média de 358 minutos, ou seja, cerca de 6 horas de permanência, com um mínimo de 35 minutos e um máximo de cerca de 25 horas. No site do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é possível constatar, através consulta dos dados estatísticos das urgências hospitalares, que o tempo médio de permanência no SU no último ano é de 244 minutos (SNS, 2017). Contudo, também se verifica um acréscimo desse valor quando se reporta apenas a utentes com prioridade laranja atribuída. Deste modo, nos serviços de urgência médico-cirúrgica, inseridos na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, verifica-se que o tempo médio de permanência são 442 minutos (SNS, 2017), valor superior ao encontrado neste estudo. Por sua vez, salienta-se ainda que a

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) definiu como indicador de qualidade, no âmbito do acesso e desempenho assistencial, a permanência dos utentes num período inferior a 6 horas nos serviços de urgência (ACSS, 2016), considerando nesse timing ser expectável a existência de decisão clínica, estando o tempo médio obtido no estudo aqui apresentado de acordo com estes parâmetros.

Quais as causas de dor que motivam a ida ao serviço de urgência?

No que se refere ao fluxograma inicial, selecionado de acordo com o motivo de procura dos cuidados de saúde evocado, verificou-se que o fluxograma de “dor torácica” foi o mais frequente, com 32,7% dos episódios (n-91), seguido do fluxograma de “dor lombar” com 23,7% (n-66), sendo que os dois juntos totalizam mais de metade dos episódios em apreço neste estudo. Surge posteriormente o fluxograma de “dor abdominal” com 12,6% (n-35), o fluxograma de “problemas nos membros” com 9,7% (n-27) e o fluxograma de “cefaleia” com 4,7% dos episódios (n- 13).

Diversos autores se debruçaram sobre esta questão, sendo que resultados evidenciados pelos seus estudos apresentaram muitas semelhanças com os suprarreferidos neste estudo.

Em 2002 o Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge desenvolveu um estudo que revelou que as dores lombares (51,3%), as dores nos ossos e articulações (45,2%) e as dores de cabeça (34,7%) foram as mais referidas pela população portuguesa entrevistada (Rabiais et al., 2004). Por sua vez, as doenças do aparelho circulatório e as músculo-esqueléticas a par com as doenças oncológicas, são as que mais contribuem para a carga global da doença em Portugal (DGS, 2017).

No estudo efetuado por Souza et al. (2012), relativo às principais queixas apresentadas pelos utentes admitidos num SU, verificou-se que a dor foi a principal queixa apresentada, em 44% do total dos episódios, inserida nos fluxogramas cefaleia, dor abdominal e dor torácica. Por sua vez, a atribuição de prioridade laranja recaiu sobre os fluxogramas cefaleia, dor torácica, dor abdominal e dor lombar, realçando-se que a dor

representou 80,6% do total de queixas apresentadas pelas pessoas classificadas com esta prioridade.

Lewén et al. (2010) conduziram um estudo onde obtiveram como queixas mais comuns a dor abdominal, a dispneia e a dor torácica. Outros motivos ou sintomas para deslocação ao SU estavam relacionados com acidentes com lesão e cefaleias. Bhandari et al. (2013) também evidenciaram que, no seu estudo, as principais queixas de dor foram as lesões de tecidos moles e feridas, acidentes de viação, dor abdominal e dor lombar associada a cólica renal.

Por seu turno, Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior e Chianca (2014) desenvolveram um estudo relativo ao retrato da população recebida num SU brasileiro, salientando que dois dos fluxogramas mais utilizados correspondem ao de dor abdominal e ao de dor torácica, ressalvando que, com a atribuição da prioridade laranja, o fluxograma com maior expressividade foi o de dor torácica, à semelhança do presente estudo.

A IASP (2011) já havia reforçado o anteriormente exposto, mencionando que as principais categorias de dor aguda, do foro médico, incluíam dor nas costas ou no pescoço, dor abdominal, cefaleias, dor torácica e dor secundária a infeção do trato respiratório superior.

De facto, a **dor torácica** é um motivo comum de deslocação ao SU, sendo que as suas causas vão desde o enfarte agudo do miocárdio até à irritação muscular, pelo que a sua categorização adquire importância primordial (GPT, 2010).

As doenças do aparelho circulatório efetivamente constituem-se como uma das principais causas de morte em Portugal, representando cerca de 30% dos óbitos registados no país em 2015 e em crescendo em relação a 2014 (INE, 2017). Dentro dessa tipologia de doenças, destacam-se os óbitos motivados por doenças cerebrovasculares (36,3%) e por doença isquémica do coração (22,6%). Por sua vez, o estudo sobre a carga global da doença em Portugal 1990-2016, revela que a principal causa de morte prematura passou a ser a doença isquémica do coração, ultrapassando as doenças cerebrovasculares, embora com percentagem absoluta em decrescendo em relação ao apresentado em 1990 (DGS, 2017). Os dados supramencionados sustentam

os resultados obtidos nos episódios alvo neste estudo, fundamentando o facto de o fluxograma de “dor torácica” ser o mais frequente.

A **dor lombar** pode representar um episódio agudo ou a exacerbação aguda de um problema crónico. Apresenta discriminadores gerais e específicos, incluídos para permitir a classificação de cólica renal, aneurisma abdominal, sinais e sintomas neurológicos no seguimento de um prolapso discal, traumatismo direto ou mecanismo de lesão, geralmente associados a dor músculo-esquelética (GPT, 2010).

A dor insidiosa das cólicas renais representa cerca de um milhão de visitas a serviços de urgência dos EUA, estando a incidência desta condição a aumentar progressivamente (IASP, 2011). Por sua vez, Peliz (2006) refere que a dor lombar aguda é extremamente frequente, constituindo-se como uma das principais causas de procura de cuidados de saúde. Salieta ainda que esta condição é responsável por 15% dos absentismos laborais e que cerca de 50% da população adulta sofrerá de pelo menos um episódio ao longo da sua vida, sendo que 25% serão alvo de problemas lombares de forma intermitente.

De facto, a prevalência de dor lombar crónica na população portuguesa com 25 ou mais anos de idade, em 2014, foi de 36,6%, apresentado maior expressividade no sexo feminino e com aumento significativo com a idade (Kislava & Neto, 2017). Ainda neste âmbito o relatório da carga global de doença em Portugal 1990-2016, retrata que as dores lombares e no pescoço permanecem como as de maior causa de incapacidade, com aumento crescente no tempo de vida vivido em condições incapacitantes de 1990 para 2016, sendo que as perturbações músculo-esqueléticas foram responsáveis por 23% do total de anos vividos com incapacidade (DGS, 2017).

Este conjunto de dados retrata e sustenta o facto de a dor lombar ser um dos principais motivos de ida ao SU, seja de forma aguda ou crónica agudizada, encontrando-se muitas vezes associado a níveis severos de dor.

A **dor abdominal** é uma situação comum de apresentação no SU, contemplando dimensões tais como a dor epigástrica, vómitos, hemorragia gastrointestinal, sinais de irritação peritoneal ou diafragmática, entre outros, que, pela intensidade da dor ou pelo risco de vida associados, são classificados com prioridade laranja (GPT, 2010).

Por sua vez, o fluxograma referente aos **problemas nos membros** é frequentemente selecionado nas situações de lesões nos membros. Embora raramente possa verificar-se perigo de vida, estas podem ser a causa de grande morbidade (GPT, 2010) e potenciadoras de dor de intensidade elevada.

A **cefaleia** surge como o quinto motivo mais frequente de dor nos episódios analisados neste estudo, tendo sido apenas considerados os referentes à classificação com dor severa. Os restantes fluxogramas tiveram uma expressão menor no total de queixas relacionadas com a dor, salientando-se, contudo, a sua diversidade, uma vez que foram selecionados mais dezassete fluxogramas, associados a outras situações específicas geradoras de dor, para além dos cinco supramencionados.

No que diz respeito ao **discriminador** inicial da triagem de Manchester, o mais frequente foi o de “**dor severa**”, em mais de 60% dos episódios. Neste âmbito importa ressaltar que no sistema de triagem de Manchester 1 a “dor severa” surge em primeiro lugar na lista de discriminadores dentro da prioridade laranja, ou seja, na presença de dor severa não é permitido ao enfermeiro da triagem avançar no sentido de selecionar um discriminador que possa ser mais específico na situação clínica, o que poderá justificar um número mais elevado de episódios em que este discriminador foi eleito. No sistema de triagem de Manchester 2 tal já não se verifica, privilegiando-se inicialmente uma seleção mais específica de discriminador, conforme é preconizado, surgindo no final a dor, sendo que se todos os discriminadores prévios forem negados e a dor for classificada como severa, será esse o discriminador final e a prioridade laranja a atribuída.

Destaca-se também o discriminador “**dor precordial**”, contemplado no fluxograma de “dor torácica” e que está presente em mais de 30% dos episódios em análise. Poderia também estar associado ao fluxograma de “dispneia” ou ao fluxograma de “estado de inconsciência”, mas como não se verificou a presença do primeiro e no segundo só se verificou um episódio, neste estudo surge quase na sua totalidade no âmbito do fluxograma de “dor torácica”. A dor precordial é descrita classicamente como “uma dor constritiva ou pesada, no centro do peito, podendo irradiar para o braço esquerdo ou para o pescoço. Poderá estar associada a suores, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica” (GPT, 2010). Para existir a seleção deste fluxograma foi negada a dor

severa, mas manteve-se a prioridade laranja dada a natureza específica da dor e a potencial gravidade clínica que a ela se encontra associada.

Conforme já referido anteriormente, as doenças do aparelho circulatório e, em particular, as doenças isquémicas do coração adquirem uma expressividade significativa na mortalidade em Portugal, sendo a dor precordial o sintoma mais clássico da doença cardíaca. A prevalência do enfarte agudo do miocárdio continua a ser elevada no nosso país, sendo que em 2014 estiveram sob cuidados hospitalares cerca de 13000 utentes (DGS, 2016).

Os restantes discriminadores surgem em apenas 8% dos episódios, podendo tal estar relacionado com o facto de se encontrarem associados a fluxogramas específicos, isto é, o discriminador de “dor abdominal” só surge no fluxograma de “dor lombar”, o discriminador de “dor irradiando para a região dorsal” só surge no fluxograma de “dor abdominal” e o discriminador de “dor severa/prurido” só surge no fluxograma de “erupções cutâneas”.

Tendo por base o anteriormente referido, seria expectável o resultado encontrado, que revela que em mais de metade dos episódios a dor foi classificada com **intensidade 7**, seguindo-se cerca de 7% dos episódios (n=20) classificados com dor de intensidade 8, uma vez que o discriminador de “dor severa” foi o mais frequente e se caracteriza por dor de intensidade entre 7 a 10. Salienta-se, ainda neste âmbito, o facto de não ter sido classificada a dor com intensidade 9 ou 10 em nenhum dos episódios.

Sendo 173 o número total de episódios com discriminador de “dor severa” e “dor severa/prurido” e sendo 180 o total de episódios classificados com dor de intensidade severa (7 e 8) na triagem, verifica-se que em 7 episódios de admissão foi selecionado outro discriminador mais específico, negando a dor severa, embora a dor fosse avaliada como severa posteriormente, o que se constitui como uma inconformidade no processo de auditoria da qualidade da triagem, mas sem repercussões na prioridade clínica a atribuir.

Ainda no que diz respeito à intensidade da dor na triagem destaca-se a inexistência de registo em cerca de 24% dos episódios em estudo (n=67), o que também se constitui como inconformidade no processo de auditoria da qualidade da triagem, sem, no

entanto, provocar interferência na prioridade clínica a atribuir. O facto do sistema informático do SU onde se desenvolveu o estudo nunca ter sido atualizado após a sua implementação permite ao enfermeiro da triagem negar a dor severa e avançar no processo de triagem sem efetuar o registo da intensidade da mesma, devendo efetuá-lo após concluir o processo. Tal já não se verificaria com o sistema informático Alert® 2, uma vez que para negar ou seleccionar o discriminador o enfermeiro da triagem terá sempre obrigatoriamente de registar o valor da intensidade da dor, sob prejuízo de não lhe ser permitido avançar com esse processo.

Contudo, o GPT ressalva que o principal papel e objetivo do enfermeiro na triagem é a atribuição da prioridade exata, tornando-se expert na avaliação rápida, evitando conversas longas, registo exaustivo de histórias e registando os valores de parâmetros vitais estritamente necessários para o estabelecimento da prioridade, protelando uma observação e avaliação mais aprofundada para a posteriori (GPT, 2010).

Os valores de registo da intensidade da dor entre 3 e 6 surgem associados aos restantes três discriminadores (dor abdominal, dor irradiando para a região dorsal e dor precordial), tendo a prioridade laranja sido atribuída pelas potenciais implicações clínicas da dor. Só se identificou dor ligeira em um episódio, sendo que em cerca de 7% (n-19) a dor foi classificada com intensidade 6, a mais próxima da dor severa, constatando-se que estes discriminadores específicos de dor também têm associada uma intensidade de dor elevada.

Que características da dor são avaliadas e registadas?

A avaliação da dor é extremamente importante na tomada de decisão aquando do processo de triagem de Manchester no SU. As falhas nesse âmbito podem afetar não só a qualidade da triagem, mas também a qualidade do cuidado à pessoa com dor no SU e a satisfação da mesma (Wulp et al., 2011).

No decurso do processo de triagem de Manchester, o enfermeiro regista o motivo de vinda da pessoa ao SU no campo “queixa”, sendo nesse espaço que é passível a colocação dos elementos caracterizadores da dor, numa primeira avaliação da mesma,

que possibilitarão a atribuição da prioridade adequada, bem como a continuidade dos cuidados.

Da análise dos resultados obtém-se que a “localização” foi o elemento caracterizador da dor mais registado pelos enfermeiros, presente em cerca de 96% dos episódios (n- 266), precedido dos “sinais e/ou sintomas associados à dor”, mencionado em cerca de 53% dos episódios (n-146) e da “duração”, observável em cerca de 34% dos episódios (n- 93). Surgem ainda, em cerca de 30% dos episódios registos referentes à “irradiação” (n- 86) e aos “antecedentes de saúde relacionados” (n-78), enquanto aspetos elegidos pelos enfermeiros na caracterização da dor no momento da triagem.

De facto, “é inquestionável a importância da dor aguda enquanto sinalização de lesão ou disfunção orgânica, consubstanciada na muito frequente procura de cuidados de saúde que motiva” (DGS, 2013, p.1), sendo que usualmente a localização é uma das primeiras características referidas pelas pessoas no decurso do processo de triagem de Manchester. Destaca-se ainda o facto de a referência à “localização” ter sido mais registada do que a “intensidade” da dor.

A avaliação da dor durante o processo de triagem de Manchester constitui-se como um desafio para os enfermeiros, decorrente das particularidades do SU, da natureza da urgência dos utentes e da falta de tempo para a avaliação da mesma (GPT, 2010). Neste processo é essencial uma avaliação precisa da dor, por forma a proceder-se a uma atribuição adequada da prioridade e, conseqüentemente, proporcionarem-se cuidados atempados (GPT, 2010). Decorrente do facto de a prioridade laranja estar intimamente relacionada com a intensidade da dor ou com um discriminador indicativo de risco clínico, o enfermeiro da triagem, confrontado com as contingências anteriormente referidas, assim como com a necessidade de encaminhamento o mais precoce possível, procederá à obtenção do máximo de informações possível acerca da dor, focando-se nos aspetos que considerará essenciais para a atribuição da prioridade clínica, sendo que a intensidade seria de registo essencial e obrigatório, como parte integrante deste processo.

No estudo de Lewén et al. (2010) 88% dos utentes, em que estava registada a presença de dor à chegada ao SU, apresentavam uma avaliação completa da dor documentada,

sendo que os aspetos mais contemplados (intensidade da dor, duração e/ou localização) também correspondem às características que mais se evidenciaram nos episódios do presente estudo.

Por sua vez, no percurso de investigação conduzido por Wulp et al. (2011) verificou-se que, dos utentes triados com discriminador de dor, apenas 37,8% tinham registo referente à avaliação da dor na triagem, valor substancialmente mais baixo que o que foi encontrado nos episódios aqui analisados. Os mesmos autores fazem ainda referência às causas enfatizadas pelos enfermeiros para a não realização da avaliação da dor na triagem, sendo elas: constrangimentos de tempo, esquecimento de avaliar a dor, desconhecimento acerca da utilização da escala da dor, dificuldades na interpretação da dor, lacunas na formação acerca da avaliação da dor e o pensamento de que é desnecessário avaliar a dor. Mencionam também que os enfermeiros avaliavam a dor do utente sem ter em conta o referido pelo mesmo, por acreditarem que a avaliação feita pelo utente resultava em atribuição de prioridade de nível superior aquando da triagem. Foi ainda referido pelos autores que os enfermeiros interpretavam a dor da pessoa através da observação de indícios de dor tais como palidez, sudorese, comportamento do utente, expressões faciais ou movimentos, questionando se já autoadministraram previamente terapêutica, interpretando os sinais vitais e interpretando a queixa do utente como dolorosa ou não.

Ainda no âmbito das características registadas aquando do processo de triagem de Manchester, o GPT faz referência à importância do registo da administração de terapêutica analgésica pelo utente, antes de recorrer ao SU, o que permitiria utilizar a régua da dor na monitorização do efeito terapêutico no decurso do episódio de urgência, ou em caso de agravamento (GPT, 2010). Contudo, apenas em cerca de 5% dos episódios alvo de análise neste estudo (n-13) há referência a este facto, sendo que em relação à implementação prévia de medidas não farmacológicas não foi encontrado qualquer registo na triagem.

Após o processo de triagem, as características da dor podem ser (re)avaliadas e registadas pelos enfermeiros no campo *sinais vitais* e/ou no campo *notas de enfermagem*. Porém, verificou-se existência de registos referentes à dor no campo *notas de enfermagem* em apenas 9% dos episódios (n-25), sendo que as características

privilegiadas no registo foram a “intensidade” (n-18), a “localização” (n-17) e os aspetos relacionados com a “implementação e eficácia de medidas farmacológicas implementadas” (n-9).

Outros autores fazem também alusão às lacunas existentes no registo das características da dor, por parte dos profissionais de saúde, relatando resultados semelhantes aos descritos neste estudo.

Souza et al. (2012) reportam, no seu estudo, que 76,7% das pessoas apresentavam dor e que somente em 16,72% houve descrição completa da avaliação da dor, com registo do início, duração, localização, intensidade e presença de irradiação. Salientam ainda que, nos restantes casos, estava descrita apenas a localização da dor, faltando dados relativos à sua intensidade, início, duração e irradiação.

Salamanca, Díaz, Galmes e Moya (2016) fazem referência, no seu estudo, aos baixos níveis de valorização e registo da dor no SU, salientando que a dor era mais avaliada através de dados observáveis, nomeadamente através dos parâmetros vitais, observação corporal e facial do utente, postura adotada e expressão verbal da dor, não se tendo constatado o uso da escala visual analógica.

Por sua vez, Bhandari et al. (2013) mencionam que, no seu estudo, verificaram que a história da dor presente nos registos era pobre, sendo que em todos os episódios só existia menção à localização da dor e às características associadas a esta.

Resultados idênticos foram reportados no estudo de Pereira (2011), que objetivou nos registos de enfermagem a referência apenas à localização e à intensidade, enquanto elementos caracterizadores da dor.

A OE (2008) preconiza que o enfermeiro, ao longo do processo assistencial, deve colher dados sobre a história da dor, considerando o exame físico, a descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência), formas de comunicar a dor, fatores de agravamento e de alívio, estratégias de *coping*, implicações da dor nas atividades de vida, conhecimento acerca da doença, impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor, sintomas associados e descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas. Porém, no presente estudo

não foi possível encontrar referência a vários destes aspetos, podendo para tal também ter contribuído a escassez de registos encontrados.

Por sua vez, tendo em conta as condicionantes previamente referidas a nível temporal e de volume de utentes com os quais o enfermeiro se depara aquando do processo de triagem, seria expectável que uma história da dor mais detalhada pudesse surgir a nível dos registos de enfermagem à posteriori, objetivável no campo *notas de enfermagem*. Todavia, verifica-se neste estudo uma avaliação mais frequente e mais completa da dor aquando da triagem, em detrimento da efetuada pelo enfermeiro prestador de cuidados nas restantes áreas de atendimento do SU. Resultados idênticos foram obtidos no estudo de Salamanca et al. (2016), que salientou que a dor aguda foi mais avaliada na triagem e mais reavaliada que a dor crónica e no estudo de Guéant et al. (2011), que evidenciou que a intensidade da dor era avaliada em 90% dos casos aquando da admissão e só foi reavaliada, aquando da alta, em 48% das pessoas.

Por outro lado, sendo este registo considerado uma reavaliação da dor, quando já existe uma avaliação completa da dor inicialmente, nesta fase o enfoque recairá sobre a intensidade da dor, tal como preconizado pela DGS e pela OE, assim como em outros aspetos complementares ao registo inicial e que sejam prementes na continuidade dos cuidados, o que se verificou nos registos encontrados nos episódios alvo de análise.

Por seu turno, Haslam, Dale, Knechtel e Rose (2011) salientam que o desenvolvimento de um léxico de descritores na avaliação da dor, em combinação com escalas válidas e fidedignas, pode melhorar os registos facilitando uma gestão analgésica apropriada. Acrescentam ainda que o uso de terminologia consistente e registos concisos dos sintomas permite uma comunicação mais eficaz entre os membros da equipa multidisciplinar.

Neste contexto salienta-se que o acesso a outras escalas de avaliação da dor, assim como a utilização de uma terminologia base standardizada será possível num futuro próximo no contexto da prática clínica em que foi realizado o presente estudo, estando prevista a introdução da aplicação informática SClínico® a curto prazo no SU, o que poderá colmatar alguns dos aspetos referidos.

Com que frequência a dor é reavaliada e registada?

Quanto à reavaliação da dor no presente estudo, constata-se a existência de registos em cerca de 14% dos episódios (n-39), sendo que desses episódios, em mais de metade a dor foi reavaliada uma vez (n-22), até um máximo de três vezes (n-8). Contrariamente, em 86% dos episódios (n-239) não existe documentada reavaliação de dor.

Resultados idênticos foram encontrados em diversos estudos, retratando uma significativa ausência de registos de reavaliação da dor, nomeadamente nos estudos de Lewén et al. (2010), Haonga et al. (2011), Bhandari et al. (2013). O estudo de Gordon et al. (2008) revelou que a dor era reavaliada de forma inconsistente e os registos das reavaliações eram primeiramente confinados a classificações de intensidade da dor.

A Ordem dos Enfermeiros ressalva que é premente “garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção”, o que ficará comprometido se não se existir o registo da reavaliação da dor (OE, 2008, p.17).

No que concerne à **intensidade da dor na última reavaliação** verificou-se, no estudo realizado, a existência de registo na escala da dor em cerca de 60% (n-23) dos 39 episódios em que foi contemplada a reavaliação da dor. Por sua vez, 40% das reavaliações (n- 16) foram efetuadas no campo *notas de enfermagem*, recorrendo a descritores de índole qualitativa. Relativamente à inexistência de dor, esta só pode ser registada no campo *notas de enfermagem*, dado que o sistema informático Alert® er, na versão 1, não permite o registo de dor 0 na régua da dor.

A opção pelos descritores qualitativos também é mencionada no estudo de Nascimento e Kreling (2011), tendo os autores relatado que 82,4% dos profissionais não utilizavam a escala numérica ao avaliar a dor, e sim descritores verbais, como leve, moderada e intensa. Por sua vez, Haonga et al. (2011) também salientam no seu estudo a inexistência de um método uniforme de registo da intensidade da dor e reavaliação da mesma.

No que se refere aos valores registados na última reavaliação da intensidade da dor, apenas em cerca de 10% dos episódios analisados (n-4) ficou documentada a

inexistência de dor, sendo que, em 31% dos episódios (n-12) as pessoas apresentavam dor ligeira e em 28% (n-11) apresentavam dor moderada ou severa. Nos restantes 12 episódios não é possível efetuar enquadramento a este nível, dado só existir descrição da manutenção (n-10) ou diminuição (n-2) da dor, sem objetivação do valor de intensidade. Destaca-se, contudo, o reduzido número de registos encontrado (n-39), sendo que o valor registado poderá corresponder tanto à intensidade da dor numa reavaliação intermédia, como aquando da alta clínica.

Resultados idênticos foram reportados por outros autores, nomeadamente Haonga et al. (2011), que mencionam no seu estudo que 76% das pessoas mantinham dor severa ou moderada após a administração de analgesia. Guéant et al. (2011) salientaram no seu estudo que 27% das pessoas com dor ainda mantinham dor aquando da alta, sendo que 8% apresentavam dor severa. Mais tarde Sokoloff et al. (2014) obtiveram uma média de 5,1 pontos de intensidade da dor aquando da alta, após análise de registos referentes a utentes que apresentavam dor severa inicialmente. Mais recentemente Alavi, Aboutalebi e Sadat (2016) também salientam no seu estudo que a maioria das pessoas que iam ao SU tinham alta ou eram transferidos apresentando ainda dor moderada.

A dor é registada com frequência idêntica aos restantes sinais vitais?

“A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário” (DGS, 2013, p.3). A avaliação e registo sistemático da intensidade da dor são, então, prementes e constituem uma norma de boa prática clínica, devendo a dor ser considerada como o 5º sinal vital (DGS, 2003). Nesta sequência a dor passou a ter “expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados” (OE, 2008, p.15).

A avaliação e registo da intensidade da dor deve ser efetuada de forma regular e contínua, tal como os sinais vitais, por forma a promover a otimização terapêutica, conferir segurança à equipa promotora de cuidados de saúde e maximizar a qualidade de vida da pessoa (DGS, 2003). Deste modo, é considerada norma de boa prática o registo sistemático da intensidade da dor, recorrendo à utilização da escala visual analógica,

escala numérica, escala quantitativa ou escala de faces, sendo o registo efetuado no mesmo campo que os restantes sinais vitais (DGS, 2003).

O estudo realizado coloca em destaque que a intensidade da dor foi registada com maior frequência (n-211) que os restantes parâmetros vitais, sendo que, de seguida, a temperatura (n-43) e a frequência cardíaca (n-41) foram os mais avaliados, o que se pode encontrar relacionado com o facto de serem frequentemente parâmetros de registo obrigatório durante o processo de triagem. A frequência respiratória é o sinal vital menos avaliado, verificando-se o seu registo em apenas onze episódios.

No que concerne à **reavaliação**, apesar do número reduzido de registos, a intensidade da dor mantém-se com frequência de registo superior (n-39) aos restantes parâmetros vitais, ressalvando-se a importância atribuída a este parâmetro nas pessoas triadas com discriminador de dor. Por sua vez, são a frequência cardíaca e a tensão arterial os parâmetros que são reavaliados mais vezes no decorrer do episódio de urgência, com um máximo de seis reavaliações cada.

Nesta sequência, a DGS alerta para o facto de a norma emanada ainda não ser aplicada em muitos serviços de saúde, associado ao desconhecimento e à pouca sensibilização para o dever e o direito ao controlo da dor, por parte dos profissionais de saúde e da população em geral. A mesma entidade ressalva que a avaliação e registo sistemáticos da dor teriam um impacto preponderante na abordagem terapêutica da dor, constituindo-se como um elemento fulcral na humanização dos cuidados prestados nas unidades de saúde (DGS, 2008a).

No estudo desenvolvido por Nascimento e Kreling (2011), cerca de 79% dos profissionais entrevistados relataram avaliar a dor como sinal vital, sendo o bem-estar da pessoa o motivo mais citado. A falta de compreensão da pessoa com a escala da intensidade da dor foi a principal dificuldade apresentada (77,6%). Para além deste aspeto, salientaram a falta de tempo, a sobrestima da dor por parte da pessoa e a não consideração da dor com sinal vital. No mesmo alinhamento, metade dos profissionais envolvidos no estudo relataram a necessidade de mais formação na área da dor.

Por sua vez Cardoso (2009) realçou, no seu estudo, que apesar de a dor ser reconhecida como 5º sinal vital por 85,71% dos inquiridos, verificou que a avaliação e registo da dor

não eram realizadas do modo preconizado pelas *guidelines*. A mesma autora identificou como casuística para estes resultados a sobrecarga de trabalho, a elevada rotatividade de pessoas alvo de cuidados, a não consulta ou valorização dos registos pela equipa multidisciplinar, desmotivação atribuída à falta de comunicação no seio multidisciplinar e lacunas no âmbito formativo.

Botegga e Fontana (2010) mencionaram a obtenção de resultados idênticos no seu estudo, salientando que, embora exista reconhecimento da dor como quinto sinal vital, grande parte dos entrevistados referiu não o registar por rotina. Pereira (2011) corrobora o anteriormente referido, ressalvando no seu estudo que a dor não figurava como 5º sinal vital nos registos consultados.

Face ao anteriormente referido, no âmbito do registo dos sinais vitais, a questão major que se levanta diz respeito às lacunas existentes nos registos, num cômputo geral. Tal é corroborado por Neary (2014) que alerta para o facto de os registos nos serviços de saúde serem dotados de extrema importância, mas apresentarem frequentemente omissões e serem pouco detalhados.

A dor é reavaliada e registada após a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas?

No que concerne à abordagem terapêutica, verifica-se a existência de registo de administração de **terapêutica farmacológica** em mais de 88% dos episódios analisados (n-246), com reavaliação quantitativa posterior em apenas 9% dos episódios (n-23) e reavaliação qualitativa em cerca de 7% dos episódios (n-17). A maioria das reavaliações após implementação de medida terapêutica farmacológica, independentemente da tipologia, são efetuadas uma vez, sendo de ressaltar que em vários episódios (n-10) se evidenciou a existência das duas tipologias de reavaliação.

A DGS (2010) preconiza que o profissional de saúde inquiria acerca das terapêuticas analgésicas e o correspondente efeito. Por sua vez, a OE (2008) salienta que é responsabilidade do enfermeiro assegurar a execução das prescrições farmacológicas e monitorizar os seus efeitos. Neste estudo, apesar de existirem diversos registos relativos

à administração de terapêutica farmacológica, existe reduzido número de informação acerca dos resultados obtidos com a mesma, sendo esta uma área em que urge promover melhorias.

Vários estudos abordam a vertente do tratamento da dor e sua reavaliação após a sua implementação, com resultados que se podem considerar similares neste aspeto final. No estudo de Daoust, Paquet, Lavigne e Sonogo (2014) foram observados os registos de um total de 34,213 utentes, com média de intensidade de dor de 7,6 pontos sendo que 59,9% receberam administração de analgésico. Por sua vez, Hwang, Richardson, Sonuyi e Morisson (2006) salientaram nos resultados do seu percurso de investigação que, do total de pessoas com dor, 35,9% não receberam analgesia.

A percentagem mais elevada encontrada no presente estudo (88%), comparativamente com os anteriormente descritos, poderá ter na sua origem o facto de serem apenas considerados episódios de pessoas triadas com discriminador de dor e com prioridade laranja, o que muitas vezes se associa a dor severa, frequentemente alvo de intervenção terapêutica farmacológica.

Por sua vez, o estudo de Lewén et al. (2010) referiu que em 17% dos utentes onde existia registo em relação à dor encontrou-se um registo relativo ao seu tratamento farmacológico sendo que, desses, em apenas 19% existiam registos relativos aos efeitos do tratamento. Os autores ressaltam a alarmante ausência de registos no que diz respeito à avaliação, tratamento da dor e *follow-ups*.

Resultados idênticos foram reportados no estudo de Eder, Sloan e Todd (2003), tendo os autores referido a existência de reavaliação da dor após terapêutica em 39% dos episódios, embora só tenha sido utilizada uma escala da dor em 19% dos episódios.

Haonga et al. (2011) constataram, no seu estudo, a inexistência de registos da avaliação da dor prévia à administração de analgésicos ou reavaliação da dor após a administração de analgésicos, não existindo um método uniforme de registo da intensidade da dor e reavaliação do alívio.

Por seu turno, Gordon et al. (2008) ressaltam que, no seu estudo, apesar da presença de numerosos registos de classificação da intensidade da dor, os episódios consultados

demonstravam lacunas nos registos no período de tempo entre quando uma intensidade elevada da dor foi reportada, a intervenção e a reavaliação. Salientaram ainda que as reavaliações eram primariamente confinadas à classificação da intensidade da dor.

Bhandari et al. (2013) alertam na sua investigação para o facto de a combinação das falhas na inadequada avaliação da dor na abordagem inicial, com as falhas nas subsequentes reavaliações da evolução da dor, poderem levar a que muitas pessoas tenham analgesia inadequada ou ausência da mesma.

Relativamente à **implementação de medidas não farmacológicas**, no presente estudo constatou-se a existência de registo referente às mesmas em apenas 3 dos 278 episódios, sendo a medida mencionada a promoção de conforto através do posicionamento. Não se verificou, contudo, a existência de registos de reavaliação da dor após a implementação das referidas medidas.

Pereira (2011) também salienta no seu estudo escassez de registos neste âmbito. A autora refere que os enfermeiros admitem a implementação de medidas não farmacológicas, contudo nem sempre as documentam, pelo facto de não refletirem acerca da sua importância ou por não as valorizarem como tal.

A OE (2008) preconiza que o enfermeiro conheça as indicações, as contra- indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas, utilizando-as em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e seleccionando-as de acordo com as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

Nesta sequência, importa igualmente proceder ao registo da sua utilização, bem como dos efeitos obtidos, promovendo a transmissão da informação, a continuidade dos cuidados e conferindo visibilidade às várias intervenções autónomas desenvolvidas pelo enfermeiro, no âmbito da gestão da dor no SU, sendo esta uma área que carece de intervenção junto da equipa de enfermagem.

Por sua vez, o enfermeiro tem a função de colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no delineamento e implementação de um plano de intervenção para o controlo da dor, consonante com os objetivos da pessoa, fornecendo dados

pertinentes acerca da individualidade da pessoa para uma seleção adequada da terapêutica farmacológica e respetiva via de administração. Deve igualmente colaborar no ajuste do plano terapêutico, de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis (OE, 2008, p.17). Deste modo, a escassez de registos de reavaliação poderá comprometer a transmissão da informação, a continuidade dos cuidados, a adequada gestão do plano terapêutico e, conseqüentemente, o bem-estar da pessoa (Haslam et al., 2011).

Com base nos dados obtidos no presente estudo surge a dúvida se a não existência de registos é fruto de omissões a nível da avaliação, ou se, a avaliação e a reavaliação são efetuadas, mas não registadas pelos profissionais. Com a metodologia adotada e os resultados obtidos neste estudo não é possível fazer inferências a esse nível. Contudo, em pelo menos três estudos esta questão também foi colocada, sendo que Spilman et al. (2014) salientam nas conclusões do seu estudo que provavelmente a dor estaria a ser avaliada mais vezes do que os registos demonstravam e, na investigação anteriormente levada a cabo por Lewén et al. (2010), os autores já haviam salientado que os resultados revelavam indícios de que a avaliação da dor estaria a ser realizada, mas nem sempre documentada. Por sua vez, Pereira (2011) também concluiu no seu estudo que nem todos os cuidados de enfermagem são devidamente documentados.

Torna-se pertinente reforçar que os registos de enfermagem são fulcrais no processo de cuidar, sendo a sua importância alicerçada em diversos documentos de natureza ético-legal que regem a profissão, nomeadamente no código deontológico, nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais/especializados e que, a inexistência dos mesmos, neste âmbito, corresponderá à não realização de determinada intervenção de enfermagem.

Finda esta terceira parte do relatório do estudo, onde foram apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos, dar-se-á lugar à apresentação das principais conclusões e das limitações identificadas, propondo-se algumas sugestões e destacando-se as implicações do estudo para a prática clínica, para a formação e para a investigação.

CONCLUSÕES

A dor é um fenómeno complexo, multidimensional, único, que varia de acordo com fatores biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais. Sendo esta uma experiência individual e personalizada para cada pessoa, é premente que seja desenvolvida uma avaliação sistematizada e adequado registo da mesma, privilegiando o autorrelato da pessoa, por forma a intervir no controlo da dor de forma sustentada e singular, assegurar a continuidade dos cuidados e promover a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes.

Na atualidade, a dor constitui-se como um importante problema de saúde pública, tanto pela sua elevada prevalência, como pelos elevados custos que acarreta, diretamente relacionados com os cuidados de saúde, bem como com o absentismo associado à mesma, conforme descrito pelos estudos mencionados no referencial teórico. Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico, sendo para tal premente a realização de uma avaliação e registo sistematizados da mesma, numa abordagem de avaliação inicial e de reavaliação contínua. O enfermeiro tem um papel preponderante neste âmbito, mobilizando todos os conhecimentos que detém, no âmbito das suas competências profissionais.

Sendo a dor o principal motivo de procura de cuidados de saúde, com uma panóplia de etiologias, a gestão da mesma torna-se um processo desafiante e altamente complexo no contexto do SU, com todas as particularidades inerentes ao mesmo. Neste sentido, é extremamente pertinente e premente que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica invistam nesta área de cuidados, atendendo ao seu perfil de competências específicas, nomeadamente no que concerne à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, assim como à gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos.

Deste modo, foi desenvolvido um estudo com o intuito de caracterizar o registo e a avaliação da dor, efetuados pelos enfermeiros, às pessoas com dor admitidas num SU, tendo sido consultados um total de 278 episódios referentes a pessoas triadas com um discriminador diretamente relacionado com dor e a quem tivesse sido atribuída prioridade laranja.

Ao momento e depois de tudo o que foi exposto, torna-se pertinente refletir e avaliar o percurso investigativo desenvolvido, enfatizando as conclusões mais relevantes, mencionando as limitações inerentes, apresentando algumas sugestões e enaltecendo as implicações para a prática clínica, para a investigação e para a formação.

Todo este percurso complexo, desde a inquietude inicial relacionada com a problemática em questão, até à fase de elaboração do relatório de apresentação dos resultados, prima pela existência de um itinerário reflexivo, questionador e extremamente rico em aprendizagens, fomentador de desenvolvimento tanto a nível pessoal como profissional, nesta caminhada enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

A pesquisa teórica efetuada possibilitou a reunião de informação, orientações e conceitos, essenciais na compreensão da temática em análise. Por sua vez, o recurso a uma metodologia de investigação de base documental permitiu o acesso à informação registada pelos enfermeiros, obtendo-se posteriormente resultados que possibilitaram a resposta às questões de investigação previamente formuladas, considerando-se, deste modo, que os objetivos propostos foram alcançados.

Neste alinhamento, os resultados obtidos no estudo demonstraram que:

- Os principais fluxogramas associados a dor com estabelecimento de prioridade laranja foram o de “dor torácica” e o de “dor lombar”, perfazendo mais de metade dos episódios alvo de análise; seguidamente surgem os fluxogramas de “dor abdominal”, “problemas nos membros” e “cefaleia”;
- O discriminador mais selecionado foi o de “dor severa”, maioritariamente associada a dor de intensidade 7;
- No que concerne às características da dor registadas aquando da triagem, as privilegiadas foram a “localização”, a “intensidade da dor” e os “sinais/sintomas

associados à dor”. Seguidamente surgem a “duração”, a “irradiação” e os “antecedentes de saúde relacionados”;

- Verificou-se a existência de reduzido número de registos no âmbito da reavaliação da dor, sendo que, quando ocorre, é maioritariamente confinada a um momento de reavaliação;
- A intensidade da dor foi mais registada que os restantes sinais vitais;
- Os registos referentes à dor no campo “notas de enfermagem” são escassos, sendo que as características da dor mais documentadas são a “intensidade da dor”, a “localização” e a “implementação e eficácia de medidas farmacológicas”;
- Após a implementação de medidas farmacológicas, constatou-se reduzido número de reavaliações da dor registados;
- Existe reduzida evidência documental da adoção de medidas não farmacológicas, não se verificando registos de reavaliação da dor após as mesmas.

Finda a apresentação dos principais resultados, importa mencionar algumas limitações inerentes ao estudo. No que concerne à validade do estudo, este diz respeito a um contexto específico e particular de cuidados, com características e especificidades únicas, pelo que os resultados não são passíveis de ser generalizados. Por sua vez, as componentes retrospectiva e transversal inerentes ao mesmo, implicam uma análise dos resultados circunscrita apenas ao horizonte temporal contemplado na recolha de dados, sendo que seria passível a obtenção de diferentes resultados num horizonte temporal mais alargado e/ou com critérios de seleção de episódios distintos dos elegidos pela equipa de investigação para este estudo.

A análise da avaliação e registo da dor, a partir da pesquisa documental dos registos de enfermagem, foi uma forma de a objetivar e tornar visível. Contudo, poderá ter sido uma estratégia algo redutora, dado que em alguns estudos se encontra descrito que diversas intervenções de enfermagem, apesar de realizadas, não são documentadas. A opção por uma metodologia combinada, com a introdução do método da observação não participante ou mesmo a utilização do inquérito por entrevista, talvez conduzisse a uma maior clarividência do objeto de estudo.

Outras limitações dizem respeito à inexperiência do investigador e à limitação temporal para a concretização do estudo. Por seu turno, salienta-se também a escassez de estudos específicos em contexto nacional referentes à avaliação e registo da dor no SU, por parte dos enfermeiros, ao longo do percurso no SU e com base nos dados produzidos num sistema informático com as características do Alert@ er. Esta constituiu-se como uma limitação e dificuldade aquando da discussão dos resultados, dado ter sido um percurso sinuoso e exigente para encontrar e seleccionar bibliografia pertinente para melhor explicitação dos dados obtidos.

O facto de a investigadora ser membro integrante da equipa de enfermagem do SU onde foi desenvolvido o estudo poderá eventualmente ter tido alguma influência na interpretação dos dados e na discussão dos resultados, pelo que também se menciona como uma possível limitação do estudo. Contudo, ressalva-se a constante preocupação em validar a análise da informação obtida com peritos externos, afim de colmatar este aspeto e ter um outro olhar sobre o que foi desocultado.

Apesar das limitações enunciadas, considera-se que os resultados obtidos com o desenvolvimento deste estudo se constituem como um importante contributo no âmbito da avaliação e registo da dor no SU pelos enfermeiros, sobretudo para o contexto em que este foi desenvolvido.

Considera-se que a realização de estudos semelhantes em outros serviços de urgência, assim como investigações com horizonte temporal mais alargado, diferentes critérios de seleção ou diferentes metodologias, poderão constituir-se como uma mais valia significativa no processo de melhoria contínua nesta área de intervenção.

Sugere-se a existência de um momento formal de divulgação dos resultados junto da equipa de enfermagem, pretendendo-se que este estudo se constitua como um mote para a discussão desenvolvida não só em torno da avaliação da dor e registo posterior da mesma, mas também no que diz respeito à produção de informação relativa aos cuidados de enfermagem no geral. Poderia também constituir-se num momento de partilha e levantamento de dificuldades sentidas pelos enfermeiros, identificação de possíveis causas que estejam na origem do reduzido número de registos encontrado, assim como a enunciação de algumas estratégias de melhoria neste âmbito.

Considerando que existe uma percentagem significativa de pessoas com alterações na comunicação verbal, alteração do estado de consciência, demência ou outras condições físicas impeditivas de uma expressão adequada da sua dor, sugere-se que sejam adicionadas outras escalas de intensidade da dor alternativas, devidamente validadas, para registo na aplicação informática, otimizando-se o processo de avaliação e reavaliação da dor. Tal já se verifica na instituição onde foi realizado o estudo, com a introdução do sistema informático SClínico®, mas apenas para os serviços de internamento, esperando-se que a curto prazo possa ser efetuada a sua implementação no SU. Por sua vez, este novo sistema é fomentador da uniformização da linguagem utilizada nos registos de enfermagem, o que se constitui como uma mais valia na continuidade dos cuidados. Sugere-se também a elaboração de um protocolo de atuação no âmbito da avaliação da dor, enquanto guia orientador da intervenção do enfermeiro e potencialmente, como promotor da uniformização da informação registada, não sendo o intuito a formulação de algo rígido, mas sim de uma estrutura base ou guia, adaptada posteriormente à individualidade de cada pessoa.

Por sua vez, sugere-se igualmente a promoção de sessões de formação contínua, aos enfermeiros, no âmbito da dor, sensibilizando a equipa para a importância do cumprimento das diretrizes emanadas nacional e internacionalmente e para a relevância do seu papel, no âmbito da avaliação e gestão da dor da pessoa alvo de cuidados.

Nesta etapa final, existe consciência plena de que há muito a desenvolver e a investigar neste âmbito, mas considera-se que a realização deste estudo foi um subsídio adicional na produção de evidência científica na área da avaliação da dor e será promotor de reflexão acerca da sua realização e da documentação das intervenções de enfermagem neste âmbito e em contexto específicos, num percurso que não se finda aqui, mas que se espera que seja um mote para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, rumo à maximização da segurança e da qualidade dos mesmos e, conseqüentemente, da qualidade de vida da pessoa com experiência de dor.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgência*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2016). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Alavi, N., Aboutalebi, M., & Sadat, Z. (2016). Pain management of trauma patients in the emergency department: a study in a public hospital in Iran. *International Emergency Nursing*, 1-6. doi:10.1016/j.ienj.2016.10.005
- Allione, A., Melchio, R., Martini, G., Dutto, L., Ricca, M., Bernardi, E., ... Tartaglino, B. (2011). Factors influencing desired and received analgesia in emergency department. *Internal and Emergency Medicine*, 6, 69-78.
- Al-Shaer, D., Hill, P., & Anderson, M. (2011). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *MEDSURG Nursing* 20 (1), 7-11.
- Arantes, A., & Maciel, M. (2008). Avaliação e tratamento da Dor. In Oliveira, R. (Coord.), *Cuidado Paliativo* (pp. 370-391). São Paulo, Brasil: CREMESP.
- Araújo, C., Oliveira, B., & Silva, Y. (2012). Avaliação e tratamento da dor em oncologia pediátrica. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 22, 22-31. Recuperado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/641>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (s.d.). *Sobre a dor*. Recuperado de <http://www.aped-dor.org/>, consultado a 30 maio de 2017.
- Batalha, L. (2007). Factores de risco para um controlo inadequado da dor em pediatria. *Dor*, 15, 27-36.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lisboa, Portugal: Lidel
- Beltrão, R., & Nogueira, F. (2011). A pesquisa documental nos estudos ecentes em administração pública e gestão social. *XXXV Encontro da ANPAD*, 1-17.
- Bennetts, S., Campbell-Brophy, E., Huckson, S., & Doherty, S. (2012). Pain management in Australia emergency departments: current practice, enablers, barriers and future directions. *Emergency Medicine Australasia*, 24, 136-143. doi:10.1111/j.1742-6723.2011.01499.x

- Bergman, C. (2012). Emergency Nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' pain. *Journal of Emergency Nursing*, 38, 218-225. doi:10.1016/j.jen.2010.09.017
- Bhandari, R., Malla, G., Mahato, I., & Gupta, P. (2013). Use of analgesia in an emergency department. *Journal of Nepal Medical Association*, 224-228.
- Bible, D. (2006). Pain assessment at nurse triage: a literature review. *Emergency nurse*, 14 (3), 26-29.
- Bottega, F., & Fontana, R. (2010). A dor como quinto sinal vital: utilização de escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enfermagem*, 19, 283-290.
- Campos, A. (2005). A importância dos registos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 58-61.
- Cardoso, I. M. (2009). *Fatores motivadores do abandono da avaliação e registo sistematizado do 5º sinal vital* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal.
- Carvalho, F., & Rezende, A. (2013). A enfermagem nos cuidados ao paciente com dor: revisão de literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 4(2), 173-183.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). *A dor crónica em Portugal*. PAIN Proposal.
- Cellard, A. (2012) A análise documental. In: J. Poupart, J. Deslauries, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (Eds.), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* 3ª ed. (A. Nasser Trad.) (pp. 295-316). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>
- Costa, C., Santos, C., Alves, P., & Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII (6), 855-867.
- Dale, J., & Bjørnsen, L. (2015). Assessment of pain in a Norway emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 1-5. doi:10.1186/s13049-015-0166-3
- Dalfovo, M., Lana, R., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2, 1-13.
- Daoust, R., Paquet, J., Lavigne, G., & Sanogo, K. (2014). Senior patients with moderate to severe pain wait longer for analgesic medication in EDs. *American Journal of Emergency Medicine*, 315-319. doi:10.1016/j.ajem.2013.12.012

- Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro. *Diário da República n.º 257/91 - I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- De Marinis, M.G., Piredda, M., Pascarella, M.C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., ... Matarese, M. (2010). "If it is not recorded, it has not been done!"? consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of clinical nursing*, 19 (11-12), 1544-1552. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x
- Departamento de Urgência. (2014). *Circuito de gestão de doentes na unidade de urgência geral*. Santarém, Portugal: Autor.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República n.º 153/2014 - 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro. *Diário da República n.º 22/2015 - 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Dias, A., Mendes, C., Mourinho, E., Carreira, F., Nunes, S., & Ferreira, L. (2001). Registos de enfermagem. *Servir*, 4(6), 267-271.
- Direção Geral da Saúde. (2001a). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2001b). *Direção de serviços de planeamento: rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003, A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2008a). *Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008, Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2008b). *Circular informativa n.º 09/DSCS/DPCD/DSQC de 24/03/2008, Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 15/2010 de 15/12/2010. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2014. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa, Portugal: Autor.

- Direção Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 02/2015 atualizada a 23/10/2015. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Carga global da doença em Portugal. Um novo olhar sobre a saúde dos Portugueses*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Eder, S.C., Sloan, E.P., & Todd, k. (2003). Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. *The American Journal of Emergency Medicine*, 21 (4), 253-257.
- Ferreira, A., Canastra, A., & Esteves, A. (2013). Investigação em história de enfermagem: um contributo do passado para o futuro. *Revista Enfermagem Referência*, III Série, 153-158.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca* 2(2), 17-20.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.
- Gerhardt, T., & Silveira, D. (2009). *Métodos de pesquisa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Gorawara-Bhat, R., Wong, A., Dale, W., & Hogan, T. (2016). Nurses' perceptions of pain management for older-patients in the emergency department: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 1-11. doi: 10.1016/j.pec.2016.08.019
- Gordon, D., Rees, S., McCausland, M., Pellino, T., Sanford-Ring, S., Smith-Helmenstine, J., & Danis, D. (2008). Improving reassessment and documentation of pain management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34 (9), 509-517.
- Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The practice of nursing research* (8ª ed.). Elsevier.
- Gregory, J. (2014). Dealing with acute and chronic pain: part one - assessment. *Journal of Community Nursing*, 28, 83-86.
- Grupo Português de Triagem. (1997). *Triagem no Serviço de urgência - Manual do Formando*. BMJ publishing Group.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de urgência - Manual do Formando* (2ª ed.). Amadora, Portugal: Autor.

- Grupo Português de Triagem. (s.d.). Sistema de Triagem de Manchester. Recuperado de http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110, consultado a 30 maio de 2017.
- Guéant, S., Taleb, A., Borel-Khüner, J., Cauterman, M., Raphael, M., Nathan, G., & Ricard-Hibon, A. (2011). Quality of pain in the emergency department: results of a multicentre prospective study. *European Journal of Anaesthesiology*, 28 (2), 97-105. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283418fb0
- Guedes, H., Almeida, Á., Ferreira, F., Júnior, G., & Chianca, T. (2014). Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência* (1), 37-44. doi:10.12707/RIII13108
- Haonga, B., Makupa, J., Muhina, R., & Nungu, k. (2011). Pain management among adult patients with fractures of long bones at Muhimbili Orthopaedic Institute in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 13(4). doi:10.4314/thrb.v13i4.7
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & Rose, L. (2011). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 1082-1089. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x
- Hospital Distrital de Santarém. (2017). Missão, organograma e instrumentos de gestão. Recuperado de www.hds.min-saude.pt/
- Hwang, U., Richardson, L., Sonuyi, T., & Morrison, R. (2006). The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 270-275. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00587.x
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito nacional de saúde 2014*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Estatísticas da saúde 2015*. Lisboa, Portugal: Autor.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage*. Recuperado de <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- International Association for the Study of Pain. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Seattle, United States of America: Autor. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf

- International Association for the Study of Pain. (2011). *Principles of Emergency Department Pain Management for Patients with Acutely Painful Medical Conditions*. Recuperado de <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/8-Emergency.pdf>
- International Council of Nurses. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2015*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Jao, K., Taylor, D., Taylor, S., Khan, M., & Chae, J. (2011). Simple clinical targets associated with a high level of patient satisfaction with their pain management. *Emergency Medicine Australasia*, 23, 195-201. doi:10.1111/j.1742-6723.2011.01397.x
- Kislaya, I., Neto, M. (2017). Caracterização sociodemográfica da prevalência da dor lombar crónica autorreportada na população residente em Portugal através do Inquérito Nacional de Saúde 2014. *Boletim Epidemiológico Observações do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*, 6 (9), 39-42.
- Laureano, R., & Botelho, M. (2012). *SPSS: o meu manual de consulta rápida* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- Leal, M. (2006). *A CIPE® E A VISIBILIDADE DA ENFERMAGEM: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República n.º 181/2015 - 1ª Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lewén, H., Gardulf, A., & Nilsson, J. (2010). Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 764-771. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00774.x
- Manias, E. (2012). Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: A qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 1243-1254.
- Manwere, A., Chipfuwa, T., Mukwamba, M., & Chironda, G. (2015). Knowledge and attitudes of registered nurses towards pain management of adult medical patients: A case of Bindura hospital. *Health Science Journal* 9(4).
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª Edição ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- Marques, A., Ribeiro, A., Mendes, M., & Rodrigues, S. (2011). Avaliação e registo da dor de modo sistemático. *Enformação*, 14, 8-13

- Martin, A., Soares, J., Vieira, V., Marcon, S., & Barreto, M. (2015). Acute pain from the perspective of minor trauma patients treated at the emergency unit. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (2), 14-20. doi:10.1590/1983-1447.2015.02.48728
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., Santos, R. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12, 52-61.
- Matsuda, L., Silva, D., Évora, Y., & Coimbra, J. (2006). Anotações/registos de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8, 415-421.
- Médicos na Internet. (s.d.). *Alert: Caderno de formação enfermeiro*. Porto: Médicos na Internet.
- Morais, F., Matozinhos, J., Borges, T., Borges, C., & Campos, A. (2009). Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. *Revista Ciência e Saúde*, 2, 73-77.
- National Pharmaceutical Council, Inc. - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2001). *Pain: current understanding of assessment, management and treatments*. Autor. Recuperado de <http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf>
- National Pharmaceutical Council, Inc. - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2003). *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Autor. Recuperado de <http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Improving-the-Quality-of-Pain-Management-Through-Measurement-and-Action.pdf>
- Nascimento, L., & Kreling, M. (2011). Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (1), 50-54.
- Neary, A. (2014). Do emergency nurse practitioners provide adequate documentation? *Emergency Nurse*, 22 (4), 34-40.
- Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 457-464.
- Ochoa-Vigo, K. (2001). Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Revista da Escola da Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 35, 95-99.

- Ochoa-Vigo, K., Pace, A., & Santos, C. (2003). Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 184-191.
- O'Donovan, K. (2013). Nursing assessment of the causes of chest pain. *British Journal of Cardiac Nursing*, 8 (10), 483-488.
- Oliveira, R., Silva, L., Freitas, C., Oliveira, S., Pereira, M., & Leitão, I. (2014). Measurement of pain in clinical nursing practice: integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line*, 8 (8), 2872-2882. doi:10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.08082014394
- Ontario, R. N. (2013). *Assessment and management of pain* (3ª ed.). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Patel, R., Biros, M., Moore, J., & Miner, J. (2014). Gender differences in patient-described pain, stress and anxiety among patients undergoing treatment for painful conditions in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 21 (12), 1478-1484. doi:10.1111/acem.12543
- Peliz, A. (2006). Lombalgia Aguda. *Dor*, 14, 10-12.
- Pereira, I. (2011). *A dor no exercício profissional do enfermeiro, num serviço de urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS - Guia Prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Piana, M. (2009). *A construção do perfil do assistente social no cenário educacional*. São Paulo: Editora UNESP.
- Pimentel, A. (2001). O método de análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de pesquisa*, 114, 179-195.
- Pimpão, F., Filho, W., Vaghetti, H., & Lunardi, V. (2010). Percepção da Equipa de Enfermagem sobre seus Registros: buscando a sistematização da assistência de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Universidade de Enfermagem do Rio de Janeiro*, 18, 405-410.

- Pinheiro, A. L., Roso, C. C., Zamberlan, C., Cherobini, M., & Perrando, M. (2014). Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*, 4(1), 77-89.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de esquisa em Enfermagem - avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7ª ed.). Artmed Editora.
- Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2014). Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 1-8. doi:10.1016/j.pmn.2014.08.015
- Rabiais, S., Nogueira, P., & Falcão, J. (2004). A Dor na população portuguesa - alguns aspetos epidemiológicos (2002). *Dor*, 12 (2). 6-39. Obtido de http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2004/n2.pdf
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35/2011 - 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35/2011 - 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril. *Diário da República n.º 79/2015 - 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, A., & Cardoso, A. (2007). Dor: um foco na prática dos enfermeiros. *Dor*, (15), 6-15.
- Rose, L., Smith, O., Gélinas, C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E., Watt-Watson, J. (2012). Critical care nurses pain assessment and management practices: a survey in Canada. *American Journal of Critical Care*, 21, 251-259.
- Salamanca, S., Díaz, J., & Galmes, C., Moya, M. (2016). Estudio y promoción de buenas prácticas para mejorar el abordaje del dolor en el servicio de urgencias. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 23 (6), 275-279. doi:10.20986/resed.2016.3467/2016
- Sá-Silva, J., Almeida, C., & Guindani, J. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1-15.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Portal da transparência*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>
- Setz, V., & D'Innocenzo, M. (2009). Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 313-317.
- Silva, L., Damaceno, D., Martins, M., Sobral, M., & Farias, I. (2009). Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. *IX Congresso Nacional*

de Educação - EDUCERE; III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, 4554-4566.

- Sokoloff, C., Daoust, R., Paquet, J., & Chauny, J. (2014). Is adequate pain relief and time to analgesia associated with emergency department length of stay? A retrospective study. *BMJ Open*, 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2013-004288
- Sousa, F. F., & Silva, J. A. (2005). A métrica da dor (Dormetria): Problemas. *Revista da Dor*, 469-513.
- Souza, C. C., Chianca, L. M., Diniz, A. S., & Chianca, T. C. (2012). Main complaints of emergency patients according to the Manchester protocol for risk classification. *Journal of Nursing UFPE on line*, 6(3), 540-548. doi:10.5205/reuol.2163-16218-1-LE.0603201207
- Souza, J., Kantorski, L., & Luis, M. (2011). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25, 221-228.
- Spilman, S., Baumhover, L., Lillegraven, C., Lederhaas, G., Sahr, S., Schirmer, L., . . . Swegle, J. (2014). Infrequent assessment of pain in elderly trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 21 (5), 229-237. doi:10.1097/JTN.0000000000000070
- Sturesson, L., Falk, A., Castrén, M., & Niemi-Murola, L. (2016). Mandatory documentation of pain in the emergency department increases analgesic administration but does not improve patient's satisfaction of pain management. *Scandinavian Journal of Pain*, 13, 32-35.
- Vargas-Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Canadian Family Physician*, 56, 514-517.
- World Health Organization. (1996). *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability* (2^a ed.). Geneva: Autor. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37896/1/9241544821.pdf>
- World Health Organization. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf
- Wulp, I., Sturms, L., Jong, A., Schot-Balfoort, M., Schrijvers, A. J., & Stel, H. (2011). Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study. *Emergency Medicine Journal*, 28, 585-589. doi:10.1136/emj.2009.085696

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de recolha de dados

Instrumento de Recolha de Dados - FINAL

1. Número do episódio de urgência

2. Idade

3. Sexo

Mark only one oval.

Masculino

Feminino

4. Mês

Mark only one oval.

Agosto

Setembro

Outubro

5. Dia do mês

Mark only one oval.

1

2

3

4

5

6

7

6. Dia da semana

Mark only one oval.

Domingo

2ª Feira

3ª Feira

4ª Feira

5ª Feira

6ª Feira

Sábado

7. Fluxograma inicial da triagem de Manchester

8. Discriminador inicial da triagem de Manchester

Mark only one oval.

- Dor severa
- Dor severa/prurido
- Dor precordial
- Dor abdominal
- Dor irradiando para a região dorsal

9. Intensidade da dor na triagem

Mark only one oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Sem registo

10. Área de encaminhamento inicial

Mark only one oval.

- Área médica
- Área cirúrgica
- Ortopneumatologia
- Sala de Emergência

11. Hora de admissão

12. Tempo total de permanência no serviço de urgência

13. Turno de admissão

Mark only one oval.

- Manhã
- Tarde
- Noite

14. Características da dor registadas no campo "queixa inicial", aquando da triagem
Mark only one oval per row.

	Sim	Não
Localização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irradiação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padrão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manifestações não verbais de dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintomas e/ou sinais associados à dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fator desencadeante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de agravamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de alívio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impacto nas atividades de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antecedentes de saúde relacionados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação prévia de medidas farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação prévia de medidas não farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência prévia de dor idêntica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Reavaliação da dor

Mark only one oval.

- Sim
 Não

16. Número de reavaliações

17. Intensidade da dor registada na última reavaliação

Mark only one oval.

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 Sem dor
 Diminuição dor
 Mantém dor
 Agravamento dor

18. Número de registos da tensão arterial

19. Número de registos da frequência cardíaca

20. Número de registos da frequência respiratória

21. Número de registos da temperatura

22. Registos referentes à dor no campo "notas de enfermagem"

Mark only one oval.

Sim

Não

23. Características da dor registadas no campo "notas de enfermagem"

Mark only one oval per row.

	Sim	Não
Localização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irradiação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padrão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intensidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manifestações não verbais de dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintomas e/ou sinais associados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fator desencadeante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de agravamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de alívio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impacto nas atividades de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antecedentes de saúde relacionados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação e eficácia de medidas farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação e eficácia de medidas não farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência prévia de dor idêntica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Características da dor registadas no campo "notas de enfermagem" (2ª reavaliação)

Mark only one oval per row.

	Sim	Não
Localização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irradiação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padrão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intensidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manifestações não verbais de dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintomas e/ou sinais associados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fator desencadeante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de agravamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de alívio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impacto nas atividades de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antecedentes de saúde relacionados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação e eficácia de medidas farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação e eficácia de medidas não farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência prévia de dor idêntica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Características da dor registadas no campo "notas de enfermagem" (3ª reavaliação)

Mark only one oval per row.

	Sim	Não
Localização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irradiação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padrão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intensidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manifestações não verbais de dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintomas e/ou sinais associados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fator desencadeante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de agravamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de alívio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impacto nas atividades de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antecedentes de saúde relacionados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação e eficácia de medidas farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação e eficácia de medidas não farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência prévia de dor idêntica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Registo de administração de terapêutica farmacológica no Serviço Urgência

Mark only one oval.

Sim

Não

27. Reavaliação quantitativa após medida terapêutica farmacológica

Mark only one oval.

- Sim
 Não

28. Número de reavaliações quantitativas após medida terapêutica farmacológica

29. Reavaliação qualitativa após medida terapêutica farmacológica

Mark only one oval.

- Sim
 Não

30. Número de reavaliações qualitativas após medida terapêutica farmacológica

31. Registo de implementação de medidas não farmacológicas no Serviço Urgência

Mark only one oval.

- Sim
 Não

32. Reavaliação quantitativa após medida terapêutica não farmacológica

Mark only one oval.

- Sim
 Não

33. Número de reavaliações quantitativas após medida terapêutica não farmacológica

34. Reavaliação qualitativa após medida terapêutica não farmacológica

Mark only one oval.

- Sim
 Não

35. Número de reavaliações qualitativas após medida terapêutica não farmacológica

APÊNDICE II - Pedido de autorização e parecer ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Santarém

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Hospital de Santarém

Assunto: Pedido de Autorização e Parecer para recolha de dados para estudo de investigação

Márcia Odete Freixieiro da Silva, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência Geral deste Hospital, com o número mecanográfico 28924, a frequentar o IX Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a Vossas Excelências a autorização para recolha e análise dos registos de enfermagem realizados pelos enfermeiros do Serviço de Urgência, na aplicação informática ALERT-ER, à pessoa admitida com dor, com o intuito de realizar um estudo de investigação sobre “Registo e avaliação sistemática da dor: que realidade?” Com este estudo pretende-se elaborar a Dissertação de Mestrado do Módulo VII- Investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob a orientação do Professor Rui Filipe Lopes Gonçalves.

A dor é um fenómeno fisiológico de extrema importância para a integridade física do indivíduo, assumindo-se como uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo-se no seu estado físico e psicossocial (DGS, 2008). Por sua vez, esta constitui-se como o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral (DGS, 2008).

Nesta sequência, a avaliação e o registo da dor pelos enfermeiros é, sem dúvida, uma temática de extrema importância para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados no serviço de urgência.

O estudo a desenvolver tem um carácter exploratório, descritivo e de base documental, cujo objetivo central é caracterizar o registo e a avaliação da dor, efetuados pelos enfermeiros, às pessoas admitidas com dor no serviço de urgência.

Relativamente aos procedimentos éticos e formais, a investigadora compromete-se em salvaguardar que dos registos analisados serão ocultados todos os elementos que identifiquem os utentes e profissionais envolvidos. Acresce informar que a realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição.

Com este estudo pretende-se a obtenção de evidências que favoreçam a maximização da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, no âmbito da avaliação e registo da dor no serviço de urgência, através da potencialização do desenvolvimento de boas práticas no desempenho profissional dos enfermeiros e da efetivação de normas de atuação e procedimento, norteadas para a eficácia e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito.

Solicita deferimento.

Atenciosamente,

(Enfermeira Márcia Odete Freixeiro da Silva)

(Professor Rui Filipe Lopes Gonçalves)

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo



Santarém, 12 de julho de 2016

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização de estudo: "Registos e avaliação sistemática da dor: que realidade?", apresentado pela Sr.^a Enf.^a Márcia Odete Freixeiro da Silva.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do HDS presentes.

Presidente: Dr.^a Maria Lopes Jorge

Dr. Luís Siopa

Dr. Frazão Grego

Enf.^a Manuela Freire

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



(Dr.^a Maria Lopes Jorge)

