



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros

Catarina André Silva António

Coimbra, dezembro de 2017



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros

Catarina André Silva António

Orientador: Professor Doutor José Carlos Amado Martins, Professor Coordenador da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientadora: Professora Doutora Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho,
Professora Adjunta 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

*“Todo o mundo é capaz de dominar
uma dor, excepto quem a sente.”*

William Shakespeare

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui o meu agradecimento a todas as pessoas que tornaram possível a concretização deste trabalho.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família pelo apoio e incentivo nas minhas conquistas e tolerância e compreensão nas minhas ausências, em especial ao Ricardo e ao Francisco.

Ao Professor Doutor José Carlos Martins, orientador desta dissertação, pela aposta no trabalho, pelo incentivo constante e disponibilidade, pela dedicação, sabedoria, compreensão e paciência.

À Professora Doutora Amélia Filomena Castilho, co-orientadora desta dissertação, por toda a sua disponibilidade, dedicação, correções e sugestões, compreensão e colaboração.

À Instituição Hospitalar onde foi realizado o estudo 1 por autorizar a sua concretização.

Aos enfermeiros que responderam ao questionário, pela sua preciosa ajuda e disponibilidade, tornando possível esta investigação.

A todos os colegas e amigos que me acompanharam ao longo deste percurso.

A todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram este trabalho possível e me ajudaram a crescer a nível pessoal e profissional.

A todos, o meu sincero agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção-Geral da Saúde

DOI - Digital Object Identifier

EAN - Escala de Avaliação Numérica

ED - Emergency Department

Ed. - Edição

EF - Escala de Faces

EQ - Escala Qualitativa

Et al. - E outros

EVA - Escala Visual Analógica

Ex. - Exemplo

H - Hipótese

N.º - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

P. - Página

PP. - Páginas

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Demencia

PNCD - Plano Nacional de Controlo de Dor

PNLCDOR - Programa Nacional de Luta Contra a Dor

SU - Serviço de Urgência

TENS - Estimulação eléctrica transcutânea

RESUMO

A dor é a causa major que motiva a ida das pessoas ao Serviço de Urgência (SU). O enfermeiro, como dever e pela proximidade e tempo de contato, encontra-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor, de forma a otimizar a qualidade de vida do doente.

Definimos como objetivo geral: analisar as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor no doente no SU. Foram realizados dois estudos. No estudo 1, de carácter quantitativo, descritivo e retrospectivo, os dados foram extraídos do programa informático, referentes a doentes que recorreram ao SU de um hospital central da região centro, no ano 2012. No estudo 2, de carácter quantitativo, exploratório, descritivo-correlacional e transversal, a recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário *online* de caracterização socioprofissional e identificação de boas práticas na gestão da dor, aplicado a enfermeiros que exercem funções num SU de adultos, com uma amostra de 164 enfermeiros.

Verificamos que 55,3% dos doentes que recorreram ao SU foram triados por discriminador de dor. 71% dos inquiridos consideram fazer uma gestão adequada da dor, mas registam menos de metade das intervenções. Não existe diferença estatisticamente significativa entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o sexo e habilitações académicas. Por outro lado existe diferença estatisticamente significativa entre as práticas e a formação em dor, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no SU.

Concluimos que a dor é muito prevalente enquanto fenómeno de recorrência ao SU. Os enfermeiros possuem boas práticas ao nível da avaliação inicial, planeamento, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, reavaliação, registo e ensino à pessoa com dor. Os enfermeiros apontam como barreiras na gestão da dor a falta de tempo e formação, o volume de trabalho e a falta de recursos humanos. Concluimos ainda que as práticas de Enfermagem na gestão da dor são independentes do sexo e habilitações académicas. O tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional no SU está globalmente associado a piores práticas de gestão de dor. Contudo, a formação em dor está associada a melhores práticas.

Palavras-chave: Dor, Enfermeiros, Serviço de Urgência, Gestão da dor.

ABSTRACT

Pain is the major cause that motivates people to go to the Emergency Department (ED). The nurse, as a duty and because of the proximity and time of contact, is in a relevant position to promote and intervene in the pain control, in order to optimize the patient's quality of life.

We define as general objective: to analyse nursing practices implemented in the management of patient's pain in the ED. Two studies were carried out. In study 1, a quantitative, descriptive and retrospective study, the data were extracted from the software, referring to patients recruited from ED's of a central hospital in the central region in the year 2012. In study 2, a quantitative, exploratory, descriptive-correlation and cross-sectional study, the data collection was performed through the application of an online questionnaire for socio-professional characterization and identification of good practices in pain management, applied to nurses who work in an adult ED with a sample of 164 nurses.

We verified that 55.3% of ED admitted patients were screened for pain discriminator. 71% of respondents consider proper pain management, but less than half of the interventions were registered. There is no statistically significant difference between nursing practices in pain management, gender and academic qualifications. On the other hand, there is a statistically significant difference between the practices and the training in pain, time of professional exercise and time of professional exercise in the ED.

We concluded that pain is very prevalent as a phenomenon of admission to ED. Nurses have good practices in the initial evaluation, planning, pharmacological and non-pharmacological interventions, reassessment, registration and teaching to the person with pain. Nurses point out as barriers in the pain management the lack of time and training, the workload and the lack of human resources. We also concluded that the nursing practices in pain management are independent of gender and academic qualifications. The time of professional exercise and the time of professional exercise in the ED is globally associated with worse pain management practices. However, pain training is associated with best practices.

Keywords: Pain, Nurses, Emergency department, Pain Management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise da correlação do item com a escala de gestão da dor.....	56
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o sexo.....	61
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a idade.....	61
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo o fluxograma de dor.....	62
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o discriminador de dor.....	62
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a prioridade clínica.....	63
Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o sexo.....	64
Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo a idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no SU.....	64
Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas.....	65
Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo a formação em dor.....	65
Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo o tempo em que realizaram a formação.....	66
Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo o que os participantes consideram da formação.....	66
Tabela 13 – Valores atribuídos à representatividade das características da gestão da dor na prática diária.....	69
Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo as escalas de avaliação da dor.....	71
Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a percentagem que os participantes registam em relação às intervenções realizadas.....	72
Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo a consideração de gestão adequada da dor.....	72
Tabela 17 – Distribuição das dificuldades sentidas na gestão da dor.....	72
Tabela 18 – Teste Mann-Whitney U entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o sexo.....	73

Tabela 19 – Teste Mann-Whitney U entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e a formação em dor.....	77
Tabela 20 – Teste <i>Kuskal Wallis</i> entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e as habilitações académicas.....	81
Tabela 21 – Correlação de <i>Spearman</i> entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o tempo de exercício profissional / tempo de exercício profissional no SU.....	85

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1 - DOR	23
1.1 – CONCEITOS E TEORIAS EXPLICATIVAS DA DOR	23
1.2 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR	26
1.3 – PREVALÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA DA DOR	30
1.4 – ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA DOR	32
1.5 – TRATAMENTO DA DOR: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO	34
1.6 – EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DA DOR EM PORTUGAL	38
1.7 – GESTÃO DA DOR DE ACORDO COM O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER	39
1.8 – O ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	43
1.9 – BARREIRAS À ADEQUADA GESTÃO DA DOR	44
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO	47
1 - METODOLOGIA	49
1.1 – TIPO DE ESTUDO	49
1.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPOTÉSES	50
1.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	52
1.4 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	54
1.5 – INSTRUMENTO E PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS	54
1.5.1 – Pré-teste	55
1.5.2 – Consistência interna	56
1.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO	58
1.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	58

2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	61
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO 1	61
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO 2	63
2.3 – CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO DA DOR NA PRÁTICA DIÁRIA	66
3 – ANÁLISE INFERENCIAL	73
3.1 – RELAÇÕES ENTRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR E O SEXO E FORMAÇÃO EM DOR DO PROFISSIONAL	73
3.2 – RELAÇÕES ENTRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR E AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS, TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL E TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	79
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Grelha de extração de dados	
APÊNDICE II – Questionário de avaliação das práticas de Enfermagem na gestão da dor	
APÊNDICE III – Consentimento informado livre e esclarecido	
ANEXOS	
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	
ANEXO II – Autorização de utilização de dados estatísticos à Comissão de Ética da Instituição Hospitalar	
ANEXO III – Comparação por pares no teste Kruskal Wallis	

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno universal, vivenciado em todas as faixas etárias, níveis sociodemográficos, situações e ambientes, constituindo uma das principais razões para a procura de assistência de saúde (Kazanowski & Lacceci, 2005). É uma das principais causas de sofrimento humano, provocando alterações na qualidade de vida e inúmeras repercussões psicossociais e económicas, o que a torna um problema de saúde pública (Bottega & Fontana, 2010). Não foi comprovado que deixar evoluir uma dor seja benéfico, pelo contrário, a sua prevalência aumenta a mortalidade e morbilidade (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2006). Representa assim um custo significativo para a pessoa e sociedade, sendo a sua gestão dispendiosa para os sistemas de saúde (Fry, Bennetts & Huckson, 2011).

Os enfermeiros deparam-se constantemente com múltiplas situações de doença em que a dor é uma resposta frequente. O seu controlo inadequado poderá influenciar o sucesso de todo o processo de tratamento e transição do estado saúde-doença, pelo sofrimento provocado, tendo um impacto negativo na vida da pessoa.

No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (Regulamento n.º 190/2015).

As diretrizes da Direção Geral da Saúde (DGS), com a emissão do Programa Nacional de Controlo da Dor e a identificação da dor como 5.º sinal vital, circunscrevem que a avaliação e registo da intensidade da dor é um dever dos profissionais de saúde e deve ser realizada de forma contínua e regular, à semelhança de outros 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 (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

A dor é um fenómeno multidimensional, de importância fundamental para a integridade física do indivíduo, constituindo o seu controlo ganhos em saúde e em qualidade de vida para a população. A gestão da dor deve ser encarada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo um fator decisivo para a sua

indispensável humanização, devendo ser avaliada e controlada sistematicamente, como quinto sinal vital.

De acordo com Pretorius, Searle e Marshall (2015) a dor é a razão mais comum que leva as pessoas a recorrerem ao serviço de urgência (SU). Cerca de 7 em cada 10 pessoas que se desloca ao SU manifesta dor (Keating & Smith, 2011).

No SU, o enfermeiro que faz triagem, assume um papel primordial em todo o processo, uma vez que é o primeiro profissional de saúde que contacta com a pessoa, devendo ser capaz de valorizar e interpretar a dor manifestada, de forma a atribuir-lhe uma prioridade. De acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, a dor é caracterizada como um discriminador geral, surgindo reiteradas vezes ao longo dos 50 fluxogramas (Grupo Português de Triagem, 2015). Daqui se evidencia o enfoque da dor como um dos preditores de recurso ao SU mais comuns em Portugal.

A subvalorização da dor é um dos problemas encontrados na prática clínica diária, sobretudo em SU, reconhecendo-se a importância e a necessidade de avaliação de todas as pessoas com queixas algícas nestes serviços (Silva, Diniz, Araújo & Souza, 2013). A avaliação da dor é frequentemente relativizada e subvalorizada, não se constituindo como foco de atenção por parte da equipa multidisciplinar, nomeadamente pelos enfermeiros, como outros sinais vitais, em que existe a preocupação de após a intervenção, os reavaliar e registar em local próprio.

Pretendemos com esta investigação aprofundar uma temática bastante sensível aos cuidados de Enfermagem, como é a gestão da dor vivenciada pelas pessoas que recorrem ao SU, contribuindo para a mudança de atitudes e melhoria da prática profissional neste domínio.

Apesar do progressivo interesse por esta temática a nível internacional, a diminuta existência de estudos publicados em Portugal relativos à nossa realidade, foi impulsionador para a escolha do tema desta investigação. Com a sua realização pretendemos transmitir evidência científica sobre a gestão da dor no doente no SU.

Pelo disposto, torna-se premente compreender o papel do enfermeiro na avaliação e controlo da dor no doente no SU. Assim, a questão de investigação que serve de base à investigação é a seguinte: Quais as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor no doente no SU? Para dar resposta a esta questão foram realizados dois estudos.

O objetivo central é analisar as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor no doente no SU. Deste, decorrem como objetivos específicos, para o estudo 1: identificar a prevalência da dor nos doentes que recorrem ao SU e identificar a

prevalência da priorização aquando da triagem do doente. Para o estudo 2, os objetivos específicos são: identificar os instrumentos de avaliação da dor utilizados pelos enfermeiros, identificar as práticas de Enfermagem nas diferentes fases no processo de Enfermagem (avaliação inicial/planeamento/implementação de intervenções/avaliação da resposta/registo/ensino), identificar as intervenções utilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor, identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na gestão da dor e analisar se as práticas de Enfermagem estão associadas a características socioprofissionais dos enfermeiros.

Para alcançar estes objetivos, realizamos, para estudo 1, uma investigação de carácter quantitativo, descritivo e retrospectivo; e para o estudo 2, uma investigação de carácter quantitativo, exploratório, descritivo-correlacional e transversal.

Para tal, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de forma a enquadrar o estado da arte neste domínio, tendo-se consultado bases de dados científicas (EBSCO-host e B-on), acervos das bibliotecas da ESEnfC e do CHUC e sites oficiais de várias instituições nacionais e internacionais ligadas à Enfermagem (National League for Nursing, Emergency Nurses Association, Ordem dos Enfermeiros). Foram também consultados manuais de metodologia de investigação que ajudaram a construir a parte metodológica. A seleção dos artigos teve como horizonte temporal, preferencialmente, de 2008 a 2017, tendo os mesmos sido pré-selecionados através da leitura do título e, posteriormente, através da leitura do resumo e texto integral.

A investigação empírica incorpora dois estudos, que consideramos complementares. No primeiro estudo consultámos os dados informáticos referentes a todos os doentes que recorreram ao SU de um hospital central da região centro, no ano civil de 2012, procurando através da sua análise identificar a prevalência da dor e a prioridade atribuída no processo de triagem da dor.

Posteriormente, desenvolvemos um estudo quantitativo, através da aplicação de um questionário que permite avaliar as práticas de Enfermagem na gestão da dor. Perante a inexistência de um instrumento com validade para medir esta variável, propusemos elaborar uma versão preliminar de uma escala que permita avaliar este constructo, seguindo o referencial proposto por Pasquali (1999) e Moreira (2009). Assim, com base na revisão da literatura e avaliação semântica e de conteúdo por um painel de peritos, elaborámos uma versão composta por 68 itens que utilizámos neste estudo. O estudo foi realizado numa amostra constituída por 164 enfermeiros que exercem funções no SU de adultos. O questionário foi respondido informaticamente, via online.

O presente relatório apresenta os resultados do trabalho desenvolvido, encontrando-se dividido em duas grandes partes: o enquadramento teórico (Parte I) e a apresentação do estudo empírico (Parte II). No enquadramento teórico é realizada uma resenha sobre a dor (conceitos, classificação, prevalência, avaliação e tratamento), passando pela evolução da gestão da dor em Portugal, a gestão da dor de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, o papel do enfermeiro na gestão da dor no SU, bem como a identificação das barreiras à adequada gestão da dor. Na apresentação do estudo empírico é explanada a metodologia do estudo desenvolvido, apresentada a análise de dados, bem como, realizada a sua discussão à luz da literatura e investigação existente. O documento termina com as conclusões, algumas sugestões decorrentes do estudo e respetivas limitações.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – DOR

A dor, como problema de saúde, apenas emergiu claramente nas últimas décadas, sendo anteriormente o seu tratamento negligenciado pelos profissionais, usando uma abordagem sintomática e não sistematizada. Foram surgindo iniciativas, nomeadamente criação de grupos internacionais e associações de investigação nesta área, constituindo-a como entidade e não mero sintoma. Por outro lado, foram aumentando estudos de prevalência das diferentes formas de dor (aguda e crónica) e as estratégias de tratamento correspondentes (Marinangeli et al., 2009).

Ao longo dos tempos tem-se objetivado uma grande preocupação com o conhecimento da dor, quer ao nível da etiologia, características e tratamento. Contudo, e tendo por base a sua subjetividade, ainda há muito para clarificar.

Sintetizamos neste capítulo os principais conceitos e teorias da dor, os critérios utilizados na sua classificação, alguns dados epidemiológicos, métodos de avaliação, intervenções dos enfermeiros no tratamento da dor, evolução das políticas de gestão da dor em Portugal, a gestão da dor de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, o papel do enfermeiro na gestão da dor e as barreiras à adequada gestão da dor.

1.1– CONCEITOS E TEORIAS EXPLICATIVAS DA DOR

A dor é uma experiência humana universal. Se por um lado todas as pessoas sabem algo a respeito da dor (pelo menos da própria), por outro lado todas tem diferentes interesses e atitudes em relação à dor, utilizando vocabulário e expressões diferentes.

A dor é considerada uma experiência complexa, multidimensional, individual, tornando-se extremamente difícil defini-la pela subjetividade que lhe está inerente.

Os primeiros relatos de dor remontam às primeiras civilizações em que os homens primitivos acreditavam que a dor não tinha só origem no exterior, não era só provocada por qualquer tipo de sofrimento (feridas, traumatismos, etc.), mas também por espíritos malignos e deuses do mal. Nestes casos, recorria-se habitualmente a exorcismos, amuletos e outros tipos de magia para afugentar os espíritos do organismo. Quando não resultava, recorria-se ao curandeiro, ao mago ou ao bruxo. Durante muito tempo a dor foi considerada como uma entidade sobrenatural,

controlada por deuses, que tinham o poder de castigar e perdoar. Os sacerdotes e feiticeiros detinham a responsabilidade de alívio da dor, através da magia (Bastos, 2005).

Aristóteles considerava a dor como uma emoção e não com um fenómeno físico. Na idade média associava-se a dor ao pensamento religioso, sendo aceite como uma punição devida a pecados cometidos. Com Descartes a dor passou a ser entendida como um fenómeno físico a ser eliminado através de técnicas mecânicas. Esta concepção rejeita a participação do Homem na construção da sua dor, a sua dimensão emocional, entendendo-se apenas como um facto puramente sensorial (Batalha, 2010).

O primeiro registo da palavra dor foi descrito em 1297, tendo sido divulgado na Grã-Bretanha no séc. XIV. Este termo teve origem na palavra *poena*, que posteriormente evoluiu para *peine*, *paynee* e finalmente para *pain* (Lemos, 2007).

A dor é algo que todos sentimos e acabamos por experienciar em vários momentos da vida. Desta forma temos um significado individual sobre a dor, interiorizamos as suas características e identificamo-la como tal; mas de facto, defini-la não é fácil uma vez que apresenta características sensoriais evidentes e possui propriedades emocionais e motivacionais específicas (Melzack & Wall, 1982).

Em 1968, McCaffery citado por Carr e Christensen (2010) definiu dor como sendo aquilo que a experiência da pessoa diz que é, existindo onde a pessoa diz que existe. Esta definição realça a subjetividade da dor, uma vez que acredita naquilo que pessoa diz que sente.

A *International Association for the Study of Pain* (2017), definiu em 1979, a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”. Esta definição é apoiada por muitos autores, uma vez que é válida para toda e qualquer dor, independentemente do seu mecanismo, causa e duração.

De acordo com a *International Council of Nurses* a dor é definida como:

“(...) Percepção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.” (2016, p.54).

Através desta definição é possível evidenciar as dimensões da dor presentes na pessoa que a sente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), a dor, nos últimos anos, tem sido contextualizada como uma experiência individual subjetiva e multidimensional, em que factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade.

Arantes e Maciel (2008) consideram a dor “um sintoma presente na maioria das doenças, seja como manifestação direta ou como parte do processo diagnóstico e terapêutico de uma doença. O processo de ficar doente acarreta sempre a presença da dor emocional, relacionada diretamente com a consciência da nossa finitude e da nossa fragilidade humana.”

De acordo com o dicionário da Língua Portuguesa, a palavra dor deriva do latim *dolōre* e é definida como uma sensação penosa ou desagradável, de sofrimento e pesar (Infopédia, 2017).

Recentemente, a *European Pain Federation* (2016) define a dor como uma percepção particular que surge no cérebro consciente, normalmente em resposta a um estímulo nocivo, mas, por vezes, na ausência desse estímulo. A relação da percepção ao estímulo é variável e depende de expectativas e crenças prévias do indivíduo, bem como do seu estado cognitivo e emocional e não apenas sobre a natureza do próprio estímulo.

A nível internacional, o incessante estudo da dor originou inúmeras discussões e controvérsias entre teóricos e especialistas. Várias teorias da dor foram surgindo durante o século XX, no sentido de compreender e procurar as razões ou as respostas fisiopatológicas que fundamentem a ocorrência da dor, desenvolvendo uma metodologia destinada ao seu controlo.

Batalha (2010) e Lemos (2010), referem a teoria desenvolvida por Perl e Prodacci, chamada de “Teoria da Especificidade”. Esta teoria descreve a dor como uma sensação específica, que possui um mecanismo sensorial próprio e que se distingue de outras formas de sensações, entre elas a táctil, térmica e mecânica. Revela que a dor tem somente uma componente reativa, descrevendo a transmissão de impulsos dolorosos através de fibras especiais até centros cerebrais específicos da dor. No entanto e segundo Lemos (2010), a comunidade científica considera que esta teoria está desajustada, porque os mecanismos centrais de controlo da dor atuam, mesmo quando a sensação dolorosa ainda está confinada à periferia.

A teoria mais importante e que permanece nos dias de hoje, é a criada pelo psicólogo

canadense Ronald Melzack e pelo psicólogo britânico Patrick Wall, que em 1965 publicaram a “Teoria do Controlo do Portão”. Esta teoria, também chamada de “Gate Control Theory” evidencia a ideia de que a dor é um fenómeno neurofisiológico, sustentado na transmissão de um estímulo produtor de sensação dolorosa, sendo que o pensamento, as experiências passadas e as emoções influenciam a percepção da dor, bem como a resposta à mesma (Kopf & Patel, 2010). Lemos (2010), acrescenta que o aparecimento da dor pode ser o resultado de três modificações ao nível do Sistema Nervoso Central: modificações centrais originadas por impulsos nervosos periféricos ou a sua ausência; modificações centrais originadas por substâncias transportadas da periferia ou a sua ausência e modificações originadas pela inconstância de mecanismos centrais de controlo. A localização do estímulo doloroso é independente dos sinais dolorosos, isto é, existem diversos tipos de dores que derivam de desconcontros centrais. Um exemplo disso é a dor fantasma, pois não existe um estímulo nociceptivo periférico, mas sim um incorreto funcionamento dos mecanismos centrais de controlo. Nesta última teoria os mecanismos de origem, transmissão e manutenção da dor têm uma neuro adaptação complexa ao contrário da primeira teoria, em que a dor era compreendida como resultado de uma simples transmissão linear de estímulos e os mecanismos neuronais centrais menosprezados.

Na atualidade defende-se que os fatores orgânicos bem como os fatores psicossociais, têm que ser estudados na avaliação da dor, pois os fatores objetivos e subjetivos influenciam a percepção dolorosa em conjunto, ou seja, os mecanismos biológicos e psicológicos influenciam a produção, transmissão e manutenção da dor (Kopf & Patel, 2010).

1.2 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR

A dor é um fenómeno subjetivo, dependendo da percepção particular de cada indivíduo. A sua avaliação e tratamento deverá ser individual, para isso é necessário classificar e categorizar a dor, nomeadamente no que se refere à etiologia, características, intensidade e duração (Kazanowski & Laccetti, 2005).

Segundo a Direção-Geral da Saúde, a classificação da dor pode ser feita tendo em conta a sua duração, fisiopatologia, localização e causa. No entanto, para se proceder a uma eficaz orientação terapêutica, dá-se mais importância à sua classificação quanto à fisiopatologia e duração (2001).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2001) e *International Association for the Study of Pain*, citado por Magalhães (2015), tendo em conta os mecanismos

fisiopatológicos que provocam dor, podemos classificá-la em três tipos: nociceptiva, neuropática e psicogénica.

A dor nociceptiva, resulta de situações em que ocorre lesão tecidular e/ou alterações inflamatórias evidentes, sendo um exemplo da dor aguda. Neste tipo de dor, ocorre uma excitação direta dos nociceptores periféricos somáticos ou viscerais, sem que exista uma lesão das estruturas nervosas. Os nociceptores são responsáveis pela deteção e transmissão dos estímulos dolorosos da periferia para centros mais elevados da consciência. Aquando da chegada desse estímulo ao cérebro, este vai avaliar e interpretá-lo influenciado por experiências anteriores, percecionando a dor. Este tipo de dor pode ter a sua origem na pele e no tecido subcutâneo (dor superficial), nos músculos e nos ossos (dor somática profunda) e nos órgãos (dor visceral) (Direção-Geral da Saúde, 2001; *International Association for the Study of Pain* citado por Magalhães, 2015). Corroborando esta ideia, a *International Association for the Study of Pain* (2017) refere que este tipo de dor resulta de um dano real ou ameaça no tecido não neuronal e é devido à ativação de nociceptores.

A dor neuropática é causada por um compromisso neurológico, sem lesão tecidular ativa (Direção-Geral da Saúde, 2001). Esta dor é consequência da lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico e pode ser uma dor esporádica, crónica ou intermitente (*International Association for the Study of Pain* como referido por Magalhães, 2015). Segundo a *International Association for the Study of Pain* (2017), é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial. Tratando-se de uma descrição clínica (e não um diagnóstico), exige a presença de uma lesão evidente ou de uma doença de forma a satisfazer os critérios de diagnóstico neurológico.

A dor psicogénica, também designada como psicossomática, é um tipo de dor sem lesão tecidular ativa e de origem psicossocial (Direção-Geral da Saúde, 2001). A *International Association for the Study of Pain* citado por Magalhães (2015), considera esta dor de origem emocional, podendo ser incapacitante e de difícil tratamento e, existir sem se identificar um mecanismo nociceptivo ou neuropático. Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002) dizem-nos que este tipo de dor corresponde a todas as situações de dor sentidas e manifestadas pelas pessoas, mas sem explicação orgânica, evoluindo para a cronicidade, independentemente da sua causa, tendo repercussões específicas sobre a personalidade das pessoas.

A classificação da dor, quanto à duração dos sintomas, é dividida em aguda e crónica. De acordo com Metzger et al. (2002), a dor aguda decorre da lesão tecidular, sendo

resultado do estímulo nociceptivo provocado pela própria lesão. Surge como um sintoma de uma causa a identificar, com início súbito, desaparecendo com a recuperação da lesão causal, ou seja, tem uma delimitação temporal precisa.

Segundo Kazanowski e Laccetti (2005), a dor aguda normalmente tem na sua origem um fator precipitante identificável e refere-se ao período de tempo que a pessoa experiencia essa dor. Aparece de forma abrupta e repentina e desencadeia um reflexo de retirada por fuga, defesa ou remoção do agente causal (pode ser físico, biológico ou químico). Pode ser constante, intermitente ou ambas. Tem uma duração relativamente curta de segundos, minutos, horas, dias a algumas semanas, não permanecendo por mais de 6 meses.

Também a Ordem dos Enfermeiros (2008) define a dor aguda como um tipo de dor de “... início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (p. 25).

Mais recentemente, a *International Association for the Study of Pain* (2011) diz-nos que a dor aguda é a consciência de sinalizações nocivas de lesão tecidual recente, que pode ser complicada pela sensibilização tanto do sistema nervoso periférico como central. A intensidade muda com o processo inflamatório, a cicatrização tecidual e o movimento. Uma característica primordial da dor aguda é a sua resolução. Na natureza, dor aguda indica traumatismo tecidual e a sensibilização inibe o comportamento normal de um modo protetor para minimizar o risco e promover a cicatrização tecidual. Embora desagradável, a dor aguda contribui para a sobrevivência. Sheely (2011) defende a mesma ideia, referindo que a dor aguda pode ser um sinal de alarme importante e um sintoma que tem como objetivo preservar a integridade do organismo. Esta dor tem componentes fisiológicas e emocionais, que servem de mecanismo de proteção, já que avisa o organismo da presença de doença ou lesão. Acrescenta ainda que a maioria dos doentes consegue descrever a localização, intensidade e mecanismos de alívio, sendo uma das razões mais frequentes de recurso dos doentes ao SU.

A dor aguda define-se como uma dor de início recente, de provável duração limitada (de minutos a algumas semanas) e que geralmente apresenta uma causa bem definida e identificável (lesão de tecidos ou órgão, traumatismos, inflamação, infeção ou cirurgia) estando relacionada temporalmente com o seu aparecimento. Esta desencadeia no organismo uma reação em cascata atingindo vários sistemas como o sistema respiratório (taquipneia, respiração superficial), cardio-circulatório (taquicardia, hipertensão, vasoconstrição, sudorese), digestivo (alterações da motilidade intestinal,

aumento das secreções gastrointestinais), endócrino-metabólico (retenção urinária, alterações na secreção de várias hormonas), ansiedade, confusão entre outras; tendo a função biológica de alertar o organismo sobre a agressão. Este tipo de dor é comumente um episódio transitório que adverte a pessoa de que alguma coisa está mal (Magalhães, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2008; Rigotti & Ferreira, 2005). Exemplos de dor aguda são a dor de queimadura, dor da apêndice aguda, dor do trabalho de parto (Magalhães, 2015).

A dor aguda quando não aliviada pode levar à elevação da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e ventilatória, entre outras, que podem resultar em hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco e diminuição da perfusão tecidual. Por exemplo, nos quadros hemorrágicos, os estímulos nociceptivos podem agravar o choque pelo aumento do trabalho do ventrículo esquerdo e redução da oferta de oxigénio (*International Association for the Study of Pain* como referido por Calil & Pimenta, 2010).

A dor aguda é um sintoma limitado no tempo, que pode e deve ser controlado. O seu diagnóstico e tratamento geralmente são mais fáceis do que a dor crónica, porém, pode assumir um carácter de cronicidade, caso seja aliviada inadequadamente ou haja recorrência dessa dor (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Na literatura, não há consenso para o limite preciso da duração da dor aguda, contudo, vários autores consideram que a partir dos três meses de duração, uma dor possa ser considerada como crónica, ou até antes, se o tempo expectável para a cura da causa dessa dor já tiver ocorrido (Magalhães, 2015).

Segundo a Direção-Geral da Saúde, a dor crónica é definida como "... uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos" (2001, p. 42).

Para Metzger et al. (2002), a dor crónica pode ser resultante de um estímulo nociceptivo persistente, de uma lesão do sistema nervoso ou de uma patologia do foro psicológico, podendo deixar de ser um sinal de alarme para passar a ser uma doença em si. Esta dor permanece mesmo após a cura da lesão primária ou provém de uma patologia crónica, persistindo por um período de tempo prolongado (duração superior a 6 meses), podendo apresentar períodos de agravamento importante, representado então um quadro agudo (Gatti & Avansi, 2007).

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS), cerca de 30% da população mundial sofre de dor crónica. Esta é definida por alguns autores com tendo uma

duração prolongada (três a seis meses ou ultrapassa o período de recuperação esperado), podendo estender-se por anos e estar geralmente associada a uma doença crónica ou pode ser consequência de uma lesão previamente tratada. É uma dor destrutiva, com componente afetivo/emocional maior que a dor aguda, interferindo com a qualidade de vida do doente, estado psicológico e social (Magalhães, 2015).

A *European Pain Federation* (2016) corrobora que a dor crónica ao perdurar para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objetivação de lesão, deve ser considerada não como um sintoma, mas antes como uma doença por si só. Tem impacto na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento social, problemas conjugais, incapacidade e perda de qualidade de vida. Esse impacto pode ultrapassar a própria pessoa e envolver a família, os cuidadores e os amigos.

Dos síndromes dolorosos crónicos mais frequentes, destacam-se: a cervicalgia, a lombalgia, a osteoartrose, a artrite reumatoide, a fibromialgia e a dor oncológica (Magalhães, 2015).

1.3 – PREVALÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA DA DOR

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e económicas, o que a torna um problema de saúde pública. Estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais, demonstram que aproximadamente 80% da procura das pessoas pelos serviços de saúde são motivadas pela dor (Bottega & Fontana, 2010).

O Observatório Nacional de Saúde estudou a prevalência da dor em Portugal, no ano de 2002, com a realização de entrevistas telefónicas, concluindo que cerca de 74% dos entrevistados tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista telefónica e que, os tipos de dor mais relatados foram dor lombar, dor articular e cefaleias (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

Seja por dor aguda ou crónica, este fenómeno acarreta inúmeros custos para a sociedade, no entanto, o impacto destes dois tipos de dor é distinto. A dor aguda é relatada como o sintoma de apresentação em mais de 80% das visitas médicas (Walid, Donahue, Darmohray, Hyer & Robinson, 2008).

Calcula-se que o custo com a dor de cada país industrializado seja equivalente a 2,5% do seu produto interno bruto. Estes custos englobam montantes relacionados com o sistema de saúde e o absentismo laboral (Bastos, 2005).

Vários estudos referem que cerca de 50% dos adultos na comunidade europeia sofre de um ou mais tipos de dor, sendo a lombalgia, a artrite e as cefaleias recorrentes as patologias mais encontradas (*European Pain Federation, 2016*).

Segundo o *International Association for the Study of Pain* (2011), nos EUA a dor é o motivo mais frequente pelo qual as pessoas recorrem aos serviços de emergência, representando mais de 70% dos atendimentos.

Curtis e Morrell (2006) afirmam que a dor crónica é uma epidemia, representando um desafio diário para os serviços de saúde, em que as etiologias mais comuns de dor crónica incluem: dor lombar (40%) e enxaquecas (15%). Os pacientes com condições crónicas podem ter uma doença aguda, por exemplo, pacientes com dor lombar crónica que podem desencadear uma hérnia discal aguda e pacientes com história de enxaquecas que podem desenvolver uma hemorragia subaracnoídea.

Para Bottega e Fontana (2010) a dor crónica afeta entre 30 a 40% dos brasileiros, constituindo a principal causa de absentismo, licenças médicas, reformas por doença, compensações financeiras e baixa produtividade no trabalho.

Castro-Lopes, Saramago, Romão e Paiva (2010) referem no seu estudo que a dor crónica afeta, em média, um em cada cinco europeus adultos, e que aproximadamente 36% da população adulta portuguesa sofre de dor crónica, sendo que em quase metade dos casos (16%) a dor é moderada ou forte (≥ 5 numa escala numérica 0-10).

Posteriormente Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias e Castro-Lopes (2013) publicaram os resultados do seu estudo referente à presença de dor crónica em Portugal. Afirmam que 30% dos adultos são afetados pela dor crónica, e que em média uma pessoa com dor crónica custa aproximadamente 1900 euros por ano ao SNS. Este problema afeta sobretudo idosos, mas também uma grande parte das pessoas entre os 45 e os 60 anos, pelo que os custos indiretos com a doença, nomeadamente com as reformas antecipadas, perdas de emprego e o absentismo, acabam por ultrapassar os custos diretos com consultas, exames, tratamentos e medicamentos para a dor. Ao todo, estima-se que, anualmente, Portugal gaste 4611 53 milhões de euros com a dor crónica, sendo que destes, apenas 1997 milhões correspondem a despesas diretas. Os autores do referido estudo consideram que os custos são significativamente maiores nas mulheres, alcançando quase o dobro do que nos homens e afetam as populações mais vulneráveis, desde reformados a indivíduos com menor escolaridade e menores rendimentos.

1.4 – ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A Direção-Geral da Saúde (2003) considera que a avaliação da dor é um objetivo prioritário das equipas de cuidados, devendo ser feita 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 da pessoa.

Kazanowski e Laccetti (2005) destacam o facto de uma avaliação completa da dor incidir numa colheita de dados objetivos e subjetivos, como a presença de sinais e sintomas e avaliação de sinais vitais, história clínica e fatores psicossociais e culturais. Uma vez que a dor não é um fenómeno estático, necessita de avaliações frequentes, realizadas em intervalos regulares e registadas de forma clara e completa.

Costa, Santos, Alves e Costa (2007) defendem a importância de se fazer uma avaliação completa da dor da pessoa, incluindo uma caracterização rigorosa que abranja a 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.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) menciona que o enfermeiro, ao abordar uma pessoa com dor, deve ter em conta algumas características da mesma, como sejam a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade e a localização.

A avaliação da dor não é um parâmetro fácil de mensurar como outros sinais vitais. Como é um sintoma subjetivo, depende de experiências anteriores do doente, do seu estado psíquico. Na avaliação da dor, o profissional deve, entre outros, caracterizar a forma como a dor começou, o que estava a fazer, a sua localização, a duração, as características, a sua intensidade, fatores de alívio e agravamento, a relação com movimento e repouso (Magalhães, 2015). Costa et al. (2007) acrescentam a história farmacológica.

Corroborando a mesma ideia, Kopf e Patel (2010), referem que o processo de avaliação da dor compreende um diálogo entre a pessoa e o profissional de saúde, direcionado para a natureza, localização e extensão da dor, analisando o seu impacto sobre a vida da pessoa e finda com as opções de tratamento, seja farmacológico ou não farmacológico. Salientam a importância da avaliação dos tratamentos efetuados a fim de determinar a sua eficácia. Consequentemente, a dor da pessoa deve ser avaliada periodicamente e as opções de tratamento resultantes devem ser alteradas se necessário, a fim de garantir um alívio definitivo da dor.

Sabemos que a dor é uma sensação subjetiva, e por isso, foram concebidas várias

ferramentas destinadas a avaliá-la de forma mais objetiva. A dor apresenta várias dimensões possibilitando diversas descrições das suas qualidades e a sua percepção pode ser subjetivamente modificada por experiências passadas (Kopf & Patel, 2010).

A utilização de escalas de avaliação da dor são uma ferramenta que permite ao enfermeiro quantificá-la e avaliar a eficácia do tratamento, respeitando a subjetividade da pessoa, pois só ela é capaz de descrever e avaliar com exatidão a sua dor. Os enfermeiros são os profissionais mais sensibilizados com a importância da aplicação de escalas de avaliação da dor, possibilitando um atendimento integral e individualizado à pessoa com dor (Bottega & Fontana, 2010).

Nestes termos, foi considerado como norma de boa prática, o registo sistemático da intensidade da dor; a utilização para mensuração da intensidade da dor de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (EVA) (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala de Avaliação Numérica” (EAN), “Escala Qualitativa” (EQ) ou “Escala de Faces” (EF); e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, o registo da intensidade da dor em espaço próprio. As escalas propostas aplicam-se a pessoas conscientes e colaborantes, com idade superior a três anos (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Esta avaliação da dor está incluída no programa informático do SU e vai de encontro ao preconizado pelo Sistema de Triagem de Manchester, que contempla uma associação da EQ e EAN.

Assim, e segundo a Direção-Geral da Saúde (2003):

A EVA baseia-se na aplicação de uma linha horizontal, com 10 centímetros de comprimento, onde nas extremidades estão os descritores: “sem dor” e “dor máxima” (pior dor imaginável). Ao doente é solicitado que assinale na linha uma cruz correspondente à intensidade da sua dor. Posteriormente mede-se a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se uma classificação numérica.

A EAN, que consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

A EQ, em que se solicita ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa” ou “dor máxima”.

A EF, é caracterizada por expressões faciais que refletem a intensidade da dor. Ao doente é solicitado 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 de “dor máxima”. Esta classificação varia de 0 (zero) a 5 (cinco), correspondendo ao zero "sem dor" e ao cinco a "dor máxima/insuportável".

Atendendo ao contexto deste trabalho, a partir deste ponto, e de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, vai-se estabelecer paralelismo entre a EQ e EAN, em que sem dor corresponde a um nível 0; dor ligeira corresponde ao intervalo de dor 1 a 3; dor moderada corresponde ao intervalo de dor 4 a 7 e por sua vez, dor severa corresponde ao intervalo de dor 8 a 10. Fazendo a analogia do nível de dor para as categorias da urgência, podemos afirmar que um doente com dor moderada, representa um doente urgente, enquanto que um doente com dor severa representa um doente muito urgente.

Ritsema, Kelen, Pronovost e Pham (2007), efetuaram um estudo em que no ano de 2001, a dor foi manifestada por 57% das pessoas que recorreu ao SU, no entanto, em 2003, e após a implementação de um padrão de qualidade de avaliação certificado por uma entidade internacionalmente reconhecida, verificaram que a percentagem de pessoas que referia dor como motivo de ida ao SU tinha aumentado para 74%, o que demonstra a importância da utilização de instrumentos de avaliação fidedignos. É de salientar que relativamente a este estudo, a dor severa foi avaliada em 9% das pessoas no ano de 2001, enquanto que em 2003 foi associada a 23% das pessoas, demonstrando a importância que passou a ser dada a este sinal vital.

1.5 – TRATAMENTO DA DOR: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

Avaliar e tratar a dor são competências intrínsecas às funções dos profissionais de saúde, sendo indicadores de qualidade de cuidados, integrados nas instituições de acreditação dos serviços de saúde (Batalha, 2010).

A dor não tratada desenvolve complicações, como por exemplo, o aumento do tempo de internamento, aumento dos custos e insatisfação da pessoa (Guimarães et al., 2010). Também Urden, Stacy e Loug (2008) referem que se a dor não aliviada e/ou tratada é prejudicial à pessoa, aumentando o custo dos cuidados, pelo que é uma das prioridades da gestão nas organizações de saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), o controlo da dor abarca todas as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença, deve intervir na promoção de cuidados que a aliviem ou reduzam para níveis considerados toleráveis pela pessoa.

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, uma vez que ele assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde. É o caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos (Decreto-Lei n.º 161/96).

A prevenção e tratamento da dor devem envolver toda a equipa de saúde e cabe aos profissionais de saúde a eficácia do tratamento farmacológico. A intensidade da dor, associada ao tipo e localização, é um parâmetro utilizado na escolha inicial do protocolo terapêutico (Kazanowski & Laccetti, 2005). Batalha (2010), Cardoso (2009) e Ordem dos Enfermeiros (2008), seguindo as orientações da OMS, referem que no controlo da dor são usados fármacos não opióides, opióides, os adjuvantes e anestésicos locais.

Para Cardoso (2009) o tratamento farmacológico da dor deve ser multimodal, ou seja, baseado na associação de vários grupos farmacológicos.

Nas intervenções farmacológicas, os enfermeiros exercem um papel fundamental no que diz respeito ao ajuste do plano terapêutico, de acordo com os resultados da reavaliação da dor, as indicações, as contraindicações, os efeitos colaterais dos fármacos e as interações medicamentosas, prevenindo e controlando os efeitos colaterais da terapêutica analgésica (Kazanowski & Laccetti, 2005).

Nas intervenções autónomas, podemos destacar as intervenções não farmacológicas. Estas adquirem um papel importante no alívio da dor, conforto do doente e mesmo na redução da utilização dos opióides. Estas intervenções poderão ser utilizadas como adjuvantes ao tratamento farmacológico, e realizadas por profissionais com formação específica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), as intervenções não farmacológicas podem-se dividir em três grandes grupos, as cognitivo-comportamentais, as físicas e as emocionais.

Nas intervenções cognitivo-comportamentais podemos recorrer ao uso de terapia

cognitivo comportamental, à reestruturação cognitiva, ao treino de habilidades de coping, ao relaxamento com imaginação guiada e à distração. Qualquer que seja a terapia utilizada, todas têm como objetivo: ajudar a pessoa a alterar as suas percepções ou padrões de dor, diminuindo os pensamentos negativos e aumentando a sensação de controlo; gerar pensamentos adaptativos; aumentar o foco das sensações de bem-estar diminuindo a ansiedade, tensão e dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Das intervenções supracitadas, segundo Silva e Leão (2007) as mais praticadas são o relaxamento e a distração. O primeiro consiste num processo psicofisiológico de carácter integrativo, onde o psíquico e o físico interagem como partes de um mesmo processo, atuando no reequilíbrio do organismo. Um doente com dor apresenta sintomas de apreensão e medo, produzindo tensão muscular, que por sua vez aumenta o quadro de dor. O recurso ao relaxamento produz uma diminuição do consumo de oxigénio, da frequência respiratória, cardíaca, da pressão arterial, da temperatura e conseqüentemente da tensão muscular, aumentando o padrão de sono, a confiança do doente e a efetividade para outras medidas de alívio da dor.

O relaxamento, como nos diz Salvador, Rodrigues e Carvalho (2008), é uma técnica acessível a todos e auxilia a curar o corpo e a mente, sendo necessário adaptar o tipo de técnica a cada tipo de problema ou necessidade, aplicando como mais usuais os relaxamentos progressivos de Jacobson ou de Schultz.

A distração utiliza as imagens mentais como alívio e controlo da dor, existindo desde a medicina primitiva da China e Egipto. Esta técnica é um processo natural humano, pois as imagens são uma linguagem natural da imaginação, da fantasia, da saudade e da criatividade, aumentando a tolerância à dor (Silva & Leão, 2007).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2008) no caso das intervenções não farmacológicas físicas pode-se recorrer ao uso da aplicação de frio e calor, de exercício, da imobilização, da massagem e da estimulação elétrica transcutânea (TENS). Com o uso da aplicação do frio e calor pretende-se diminuir a inflamação e promover o relaxamento muscular, assim como com o uso de exercícios tenta-se promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões. Ao contrário, a utilização da imobilização restringe os movimentos para manter o alinhamento apropriado para a recuperação.

A massagem é apontada como uma intervenção de Enfermagem que segue os princípios holísticos promovendo alívio da dor. Pode ser utilizada em doentes com dor aguda ou crónica, em doentes com restrição ao leito, portadores de transtornos de

ansiedade e distúrbios do sono. Não é recomendada em áreas corporais com lesões de pele e óssea (Graner, Junior & Rolim, 2010).

A TENS consiste na aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de elétrodos na pele, provocando estimulação seletiva dos receptores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico, com o intuito de libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor, promovendo a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Quanto às intervenções não farmacológicas de suporte emocional podemos encontrar o conforto e o toque terapêutico. O primeiro consiste na transmissão da sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. O segundo trata-se de um toque sem toque corporal, isto é, o toque executa-se apenas no campo energético que circula em volta do corpo físico. O objetivo desta técnica consiste em promover apoio, segurança e relaxamento através do contacto, assim como, reduzir a ansiedade e controlar a dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Para além destas intervenções, existem ainda alguns autores que referem outras intervenções não farmacológicas com utilidade para o alívio da dor. A acompanhar a massagem, Silva e Leão (2007) referem a importância da utilização da aromaterapia. Uma prática já instituída pela Enfermagem na Suíça, Alemanha, Austrália e Canadá, com a utilização de óleos essenciais (lavanda e camomila) obtidos das plantas aromáticas e que podem alterar a percepção de dor, além de manterem a integridade da pele e ajudarem no controlo de stress.

Ainda as mesmas autoras, referem o recurso a terapias vibracionais com o intuito de alcançar o equilíbrio e reduzir o desconforto e a dor, através da Yoga, Tai ch'i, Ch'i gong e acupuntura. Outra intervenção possível de ser utilizada com o intuito de aliviar a dor é a hidroterapia, ou seja, a cura pela água. Os efeitos terapêuticos consistem no alívio da dor e do espasmo muscular, no relaxamento, na manutenção ou aumento da amplitude das articulações (Dall'Agnol & Martelele, 2009).

O enfermeiro perante uma pessoa com dor deve atuar utilizando intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica, sendo que estas devem ser seleccionadas de acordo com as escolhas da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado,

como também têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor.

1.6 – EVOLUÇÃO DAS POLITICAS DE GESTÃO DA DOR EM PORTUGAL

As pessoas, independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar, têm o direito a não sofrer. A negligência no controlo da dor é um problema amplamente reconhecido e também em Portugal se têm realizado inúmeras iniciativas para melhorar a prática de cuidados nesta área.

A partir da década de 70, muitos médicos (especialmente anestesistas e neurocirurgiões) associaram-se à *International Association for the Study of Pain* e integraram nas suas práticas técnicas de tratamento da dor divulgadas na época, fundando em 1991 a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.

A DGS incrementou em 1999 um grupo de trabalho para o estudo da dor que, em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor desenvolveu um documento estratégico denominado Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCDOR), aprovado por Despacho Ministerial em 26 de março de 2001, e que define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e as orientações técnicas para os profissionais promoverem boas práticas na abordagem da dor (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

O desenvolvimento do PNLCDOR faz um primeiro diagnóstico da situação, emite orientações e metas a atingir num espaço temporal de sete anos. A 14/06/2003, coincidindo com o recentemente instituído, Dia Nacional de Luta contra a Dor, a DGS publica uma circular normativa que eleva a dor como quinto sinal vital (Circular Normativa N.º.09). Esta circular pretende ser um instrumento na vinculação dos profissionais a uma prática profissional organizada e sistematizada, declarando-a como boa prática clínica, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, evidenciando a avaliação e registo regular da intensidade da dor, à semelhança do que já acontece há muitos anos com os restantes sinais vitais (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Em 2004, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 - Orientações estratégicas, dá prioridade ao desenvolvimento de ações de sensibilização e formação dirigidas aos profissionais de saúde na área da dor, desafiando-os a melhorar a gestão da dor (Ministério da Saúde, 2004).

Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros, ao reconhecer o insuficiente controlo da dor e o importante papel que os enfermeiros podem desempenhar para a sua resolução, publica um guia orientador de boa prática nos cuidados à pessoa com dor - “Dor - Guia Orientador de Boa Prática”, com objetivo de melhorar a capacidade de decisão clínica dos enfermeiros, abordando a dor como uma prioridade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Nesse mesmo ano, aprovado por Despacho da Ministra da Saúde, a DGS edita uma versão atualizada do PNLCDOR, o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD), com novos objetivos e novas estratégias operacionais, sob a forma de nova circular normativa (Circular Normativa N.º.11). Este projeto consistiu num extenso e ambicioso programa para dez anos, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Direção-Geral da Saúde, 2008). O PNCD representou um marco para os cuidados de saúde na área da dor em Portugal, em muito devido à intervenção da comissão nacional de controlo da dor, criada por Despacho da Ministra da Saúde, cuja missão era acompanhar e avaliar o seu desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Em 2013, devido à necessidade de adotar um novo modelo orientador, foi aprovado o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, cujos princípios orientadores e os objetivos gerais foram elaborados a partir do PNCD (Direção-Geral da Saúde, 2013). Este plano estratégico, tem como objetivos reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa; melhorar a qualidade de vida das pessoas com dor; racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor. Assim, pretende-se, entre outros, aumentar os ganhos com a saúde, racionalizar os recursos necessários à prevenção, avaliação e tratamento integrado da dor, dando especial atenção a grupos específicos (criança, doente crítico e idoso) e dotar os profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados de saúde a prestar.

1.7 – GESTÃO DA DOR DE ACORDO COM O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Para Downey e Zun (2010) a dor é a razão mais comum para que a pessoa se dirija ao SU, afirmando que pelo menos 75% das pessoas apresenta uma queixa principal relacionada com a dor. Também para Todd et al. (2007), 78% das pessoas que recorrem ao SU apresentam como queixa principal a dor e a sua intensidade varia entre 4 e 10, com uma média de 8 (0 a 10). Num outro estudo, Marinangeli et al. (2009) referenciam que a dor está presente em 2/3 das pessoas, sendo que 41,75%

referem dor moderada a intensa. Também Berben et al. (2008) referem que 91% das idas ao SU eram devidas à dor, sendo que a média na admissão foi de 5,9 (0 a 10).

A dor, sendo aguda ou crónica agudizada, relacionada com o surgimento de uma lesão inflamatória, infecciosa ou traumática, indicativo ou não de potencial de gravidade, é responsável pela necessidade de encaminhamento ao SU (Gatti & Avansi, 2007).

Contrariamente ao passado, em que o atendimento no SU era efetuado por ordem de chegada, nos nossos dias, de forma a priorizar o atendimento aos casos mais urgentes (ou potencialmente mais graves) os hospitais têm instituído nas últimas décadas sistemas de triagem com o objetivo de identificar as situações que apresentam condições mais urgentes e maior risco de morte, assegurando atendimento rápido, com um tempo mínimo de espera (Cordeiro, Silveira & Raposo, 2002; Becker et al., 2015).

Atualmente existem quatro grandes modelos de escalas de triagem hospitalar, sendo os mais conhecidos e utilizados mundialmente a *Australasian Triage Scale*, a *Canadian Triage and Acuity Scale*, a *Emergency Severity Index* e a *Manchester Triage System* (Silva, 2009). Em Portugal o sistema mais utilizado é o Sistema de Triagem de Manchester.

A triagem realizada por enfermeiros é uma área de atuação nova e promissora para a Enfermagem, destacando-se a responsabilidade pela avaliação inicial do doente, atribuição de prioridade clínica, bem como do encaminhamento para a área de atendimento (Gatti & Leão, 2004).

O enfermeiro que faz triagem assume então um papel primordial nesta área tão sensível e frequentemente caótica do SU, uma vez que é o primeiro profissional de saúde que contacta com a pessoa. Este atendimento deve ser empático, tranquilizador, personalizado e discreto, de forma a diminuir a ansiedade ligada a todo um ambiente desconhecido. Todo este processo exige um rápido juízo crítico, sendo de extrema importância que o enfermeiro tenha muita destreza e capacidade de tomar decisões, sem emitir diagnósticos, para que a pessoa seja corretamente triada e, dada a grande afluência de pessoas, requer rapidez e agilidade.

Segundo Smith e Cone (2010) a tomada de decisão na triagem é uma competência primordial do enfermeiro, devendo este, através da avaliação inicial, ser capaz de antecipar e identificar potenciais problemas, priorizando os cuidados necessários com base numa adequada tomada de decisão. Esta tomada de decisão, segundo o *Manchester Triage Group* (2014), é efetuada segundo um conjunto de etapas, que

são: identificação do problema; colheita e análise da informação relacionada com a solução; avaliação das alternativas e seleção de uma; implementação da alternativa selecionada; monitorização e avaliação dos resultados.

A Direcção-Geral da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros reconheceram como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU, determinando que em todos deva existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade de modo que se houver tempo de espera, se exerçam critérios pré-estabelecidos de tempo até à primeira observação médica. Em 2005 foi emitido um primeiro despacho (Despacho n.º 19124/05), que determinava a necessidade de todos os serviços de urgência disporem de um sistema de triagem de prioridades, remetendo aos hospitais a decisão sobre o modelo de triagem a implementar (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

Posteriormente foram emitidos outros pareceres e em 2015, a Norma n.º002/2015, preconizava que todos os SU de adultos, deveriam ter em funcionamento o Sistema de Triagem de Manchester até 31 de Dezembro de 2015. Dado o afluxo significativo de doentes nestes serviços, a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce do doente e a garantia de uma oferta de cuidados de maior segurança e qualidade, ajustada às necessidades (Direcção-Geral da Saúde, 2015).

Atualmente o Sistema de Triagem de Manchester é considerado uma ferramenta imprescindível para o planeamento e gestão dos SU em Portugal. É um excelente indicador de qualidade e de gestão do risco clínico (Silva, 2009).

O Sistema de Triagem de Manchester é um algoritmo com cores, que contém 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação dos doentes que recorrem ao SU (mais dois específicos para situações de catástrofe), que abrangem quase todas as situações apresentadas, em que, a partir de uma queixa que motiva a vinda ao SU e avaliação clínica, o enfermeiro seleciona o fluxograma mais adequado. Cada fluxograma contém uma lista de discriminadores (perguntas) em cada nível de prioridade clínica, sendo essa avaliação realizada a partir da prioridade clínica mais elevada. Existem discriminadores gerais que se aplicam a todos os doentes, independentemente da queixa inicial que apresentam, sendo comuns a vários fluxogramas (ex. dor moderada) e discriminadores específicos que se aplicam apenas a algumas situações clínicas (ex. dor pleurítica), surgindo em muito menos fluxogramas. A seleção de um discriminador indica uma das cinco prioridades clínicas,

que prevê o tempo máximo de espera para o atendimento médico, correlacionado com cores. Assim temos: prioridade emergente que equivale à cor vermelha, que preconiza observação imediata; prioridade muito urgente que corresponde à cor laranja, devendo o doente ser observado em dez minutos; prioridade urgente que equivale à cor amarela, que recomenda o atendimento até sessenta minutos; prioridade pouco urgente correspondente à cor verde, que indica uma observação clínica em cento e vinte minutos; prioridade não urgente que equivale à cor azul e recomenda a observação clínica até duzentos e quarenta minutos. Existe ainda uma opção para situações que não se enquadram no contexto de urgência (razões administrativas, atividade programada não urgente) que foi denominado sem prioridade clínica, em que é atribuída cor branca e não tem tempo alvo para a observação clínica (Grupo Português de Triagem, 2015).

No Sistema de Triagem de Manchester, a dor surge como primeiro discriminador na maioria dos fluxogramas, sendo avaliada através de uma escala qualitativa/numérica, influenciando a prioridade dos doentes nos diversos níveis de urgência (Neves, 2010). Neste sentido, a dor é questionada/avaliada a todo e qualquer doente no momento de admissão ao SU, sendo preponderante para a atribuição da prioridade clínica e encaminhamento do doente.

Gatti e Avansi (2007) enaltecem a importância dos profissionais que realizam a triagem, neste caso os enfermeiros, por possuírem habilidades que permitem na primeira avaliação associar a queixa dolorosa aos principais diagnósticos que podem representar risco de vida ao indivíduo, nomeadamente:

- Cefaleia - acidente vascular cerebral, crise hipertensiva, hemorragia subaracnoidea, meningite e meningoencefalite;
- Dor Torácica - aneurisma da aorta, angina instável, derrame pleural, tromboembolia pulmonar, enfarte agudo do miocárdio, pericardite, pneumotórax, taquiarritmias;
- Dor abdominal - aneurisma da aorta, pancreatite, trombose da mesentérica, perfuração abdominal;
- Dor abdominal na grávida - descolamento prematuro da placenta, gravidez ectópica;
- Dor lombar - aneurisma da aorta, pielonefrite.

1.8 – O ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR NO SU

No SU os enfermeiros deparam-se constantemente com múltiplas situações de doença em que a dor é uma resposta frequente. O controlo inadequado desta poderá influenciar o sucesso de todo o processo de tratamento da pessoa e transição do estado saúde-doença, pelo sofrimento provocado, tendo um impacto negativo na vida da pessoa.

A sobrelotação é a imagem do desequilíbrio entre a oferta e a procura por um atendimento no SU, sendo agravada pela existência de problemas organizacionais, como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, com conseqüente sobrecarga de trabalho prejudicando a qualidade e o tempo de resposta da equipa de saúde, podendo causar graves danos às pessoas (Souza, Araújo & Chianca, 2015).

Como norma de boa prática a dor deve ser sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada. O SU não é exceção. Pela sua particularidade, com inúmeros doentes a vivenciar processos dolorosos, o enfermeiro tem aqui um papel fulcral na gestão da dor do doente.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) lembra aos enfermeiros que a boa prática de Enfermagem requer a avaliação da dor como 5.º sinal vital; que colaborem com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano de intervenção farmacológica e não farmacológica para o controlo da dor; respeitem a autonomia da pessoa, envolvendo-a e à sua família, no controlo da dor; assegurem a continuidade dos cuidados, documentando a história de dor, a sua avaliação e as intervenções realizadas; que atualizem e proporcionem a aquisição de competências de controlo da dor; que promovam e apoiem políticas organizacionais favorecedoras do controlo da dor e que promovam e apoiem a investigação de novas formas de melhorar o controlo da dor.

Desta forma, é imperativo que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Enfatiza-se também as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem na pessoa em situação crítica na gestão da dor no doente no SU, destacando: gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos e gestão

diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas (Regulamento n.º 124/2011).

A dor é um fenómeno humano passível de explicação do ponto de vista da fisiologia, mas que ao mesmo tempo requer compreensão pelo carácter subjetivo que lhe está inerente. Pressupõe-se assim uma evidente competência técnico-científica e relacional por parte do profissional que cuida, nomeadamente do enfermeiro (Ferreira, 2007). É fundamental para o papel do cuidador reconhecer, avaliar, compreender e tratar a dor adequadamente; uma vez que é um dos principais motivos que levam os pacientes a procurarem cuidados de saúde (Bial & Cop, 2011).

Dentro dos profissionais que integram a equipa de saúde, o enfermeiro é o que detém o papel fundamental na avaliação da dor no doente. A vantagem de estar em contacto direto com o mesmo, desde a admissão até à alta do SU, coloca-o numa posição única para gerir a dor de uma forma exemplar. Possibilita a obtenção de informação relativamente ao estado físico e psicológico do doente, implementação das diferentes técnicas analgésicas e avaliação dos resultados (Gatti & Avansi, 2007).

Partindo da premissa que a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa (particularmente à pessoa com dor), tem como finalidade a promoção do bem-estar. O enfermeiro deve ser detentor de competências e habilidades para avaliar a dor, implementar estratégias de alívio da mesma e monitorar a eficácia dessas intervenções (Bottega & Fontana, 2010).

Em 2006, um estudo para identificar a satisfação e percepção dos utentes sobre a qualidade dos cuidados num SU (em 99 homens e 101 mulheres com menos de 51 anos) revelou que havia uma satisfação global e que 20% desses utentes manifestaram insatisfação com o alívio da sua dor, sendo a área de maior destaque a melhorar (Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2006).

1.9 – BARREIRAS À ADEQUADA GESTÃO DA DOR

Apesar da sustentabilidade científica existente na temática, as lacunas na adequada abordagem da dor continuam a existir, sendo esta prática extensível ao contexto de cuidados em estudo (Direção-Geral da Saúde, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (2011) existem três tipos de barreiras à qualidade dos cuidados prestados na gestão da dor: relacionadas com os profissionais de saúde, relacionadas com os doentes e relacionadas com os serviços de saúde. As barreiras relacionadas com os profissionais de saúde que mais

frequentemente existem são: a desatualização ou as atitudes e conhecimento desajustados entre os diferentes elementos da equipa multiprofissional, preocupações desproporcionadas sobre os efeitos colaterais do tratamento da dor, medo do uso de opióides e relutância na aplicação clínica da mais recente evidência científica. As barreiras relacionadas com os doentes são: pouco ou nenhum conhecimento dos seus direitos; atitudes e conhecimentos desajustados da importância de referir a presença de dor, bem como a sua intensidade; dificuldade na objetivação das queixas; crenças e fatores culturais que associam o “bom” doente à ausência de queixas; resistência ao tratamento farmacológico associado a alguns efeitos secundários ou medo de dependência e tolerância. Por último, as barreiras relacionadas com os serviços de saúde inclui, entre outros, a falta de infraestruturas, de pessoal especializado na adequada gestão da dor e a atribuição de pouca importância à educação fornecida aos profissionais de saúde sobre o controlo da dor. Segundo Rawal (2005) a maior resistência ao controlo adequado da dor, está na ausência de organização das instituições de saúde no estabelecimento de programas de gestão da dor e não na insuficiência de métodos do seu controlo ou de analgésicos seguros. No entanto, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2010), acrescentou uma barreira relacionada com a política, defendendo que as barreiras relacionadas com a instituição e com a política são provocadas por uma inadequada cultura de qualidade nos cuidados prestados e por uma fraca prática baseada na evidência científica (*Joint Commission Resources & Joint Comission Internacional*, 2010; *National Pharmaceutical Council &, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 2001).

Nas barreiras centradas na especificidade do contexto de cuidados, são descritas em alguns estudos de investigação, as próprias características do contexto como sejam, a falta de tempo, quer para o adequado diagnóstico, quer no controlo efetivo da dor, a responsabilidade para com outros doentes graves (Duignan, Dip & Dunn, 2008) e o pouco tempo de contacto com a pessoa (Thomas, 2007).

Cardoso (2009) refere existirem diversas barreiras para manejo e controlo adequados da dor, como a não-adesão ao tratamento por parte dos utentes, a relutância na prescrição de opióides por parte dos médicos e a crença de que a dor é inevitável, observada rotineiramente na prática no ambiente hospitalar.

Duignan, Dip e Dunn (2008), acrescentam como barreiras na adequada gestão da dor, a dificuldade no acesso aos dados em doentes com défices cognitivos, a subvalorização da dor, as diferentes conceções apresentadas pelos diversos

elementos da equipa multidisciplinar e também, a falta de conhecimentos dos profissionais sobre o métodos de controlo da dor.

Esta ideia é corroborada por vários autores que nos seus estudos mencionam como lacunas da adequada gestão da dor por parte dos profissionais a falta de conhecimentos e de formação, recomendando como estratégias o investimento em conhecimentos teóricos e em formação especializada (Hogan, 2005; Thomas, 2007; Duignan & Dunn, 2009; Cox, 2010).

Para Sampson, Goodacre, e Cathain, (2014), as razões apontadas para o tratamento da dor inadequado e moroso são a falta de consciencialização e conhecimento sobre a gestão da dor, dificuldades na avaliação e reavaliação da dor e problemas estruturais no SU que contribuem para o atraso e ineficiência. Os referidos autores consideram que apesar da existência de *guidelines* que sustentam a gestão da dor nos SU, a aplicação de medidas não farmacológicas e a prescrição inadequada ou insuficiente de analgesia continua a prevalecer e a sofrer atrasos. Recomendam intervenções no âmbito da mudança do comportamento profissional no SU, tais como educação direcionada para o processo de triagem e conhecimento na área da gestão da dor, de forma a tornar este processo de gestão mais concretizável.

O enquadramento teórico da temática permitiu-nos aprofundar conhecimento sobre conceitos estratégias de avaliação e tratamento da dor, bem como as responsabilidades e dificuldades do enfermeiro na gestão da dor do doente que recorre ao SU. Após a conceptualização da temática, estão reunidas as condições para passarmos ao estudo empírico, nomeadamente metodologia, apresentação e discussão dos resultados e conclusões do estudo, com as suas limitações.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

A fase metodológica, surge como o plano que visa organizar um conjunto de atividades que permitem ao investigador a realização efetiva do seu projeto, minimizando os riscos de erro e, assim, responder à problemática da investigação (Fortin, 2009a).

Esta investigação deve-se basear numa área de interesse ou numa preocupação do investigador, que necessite de ser investigado, ou melhor conhecido. Se a origem desse problema tiver origem no contexto da prática de cuidados, pretende-se com o estudo dar resposta a uma necessidade sentida, que certamente irá influenciar a qualidade futura dos cuidados. Fortin (2009a) refere que a investigação parte de uma situação que o investigador considera como problemática e que pode ser geradora de mal-estar e preocupação, se exige uma compreensão ou explicação melhor do fenómeno observado.

Assim, torna-se premente no contexto de saúde atual, que exista uma efetiva gestão da dor por parte dos profissionais de saúde, sendo valorizado e sistematicamente diagnosticado, avaliado e registado, como norma de boa prática, contribuindo de forma real para a melhoria da qualidade de vida da população.

Polit, Beck e Hungler (2011), defendem que o desenvolvimento do conhecimento e a sua utilização são importantes para uma constante melhoria no atendimento da pessoa pela intervenção baseada na evidência científica, utilizando deste modo os resultados da pesquisa para fundamentar a tomada de decisão e as interações com a pessoa cuidada.

Neste capítulo são apresentadas as diferentes etapas percorridas ao longo deste estudo, abordando a sua tipologia, a questão de investigação, hipóteses e os objetivos, a operacionalização das variáveis em estudo, a população-alvo e amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos para o tratamento de dados.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Atendendo à revisão da literatura, às recomendações da DGS e Ordem dos Enfermeiros, à quase inexistência de trabalhos publicados nesta área em Portugal, tendo por base prática profissional do investigador no seu contexto de trabalho;

tornou-se imperativo desenhar uma investigação que criasse evidência científica sobre o papel do enfermeiro na gestão da dor no doente no SU.

Atualmente, pelo sistema de triagem instituído (Sistema de Triagem de Manchester), a grande maioria dos doentes carece de uma avaliação primária da dor, sendo esta preponderante para atribuição da prioridade clínica e para o encaminhamento do doente para a área correspondente.

A investigação começou a ser construída em torno da necessidade de indagar qual o verdadeiro papel do enfermeiro na gestão da dor no doente no SU; desde a triagem com avaliação da escala da dor, passando pela intervenção farmacológica e não farmacológica, pelo registo, reavaliação após medidas antiálgicas, barreiras à adequada gestão da dor, até à compreensão daquilo que os enfermeiros entendem como fulcral nas práticas e registo da avaliação da dor. Para isso, foram realizados 2 estudos.

Os estudos enquadram-se no domínio da investigação quantitativa porque tem como objetivo estabelecer factos e pôr em evidência relações entre variáveis, permitindo a generalização de resultados a populações alvo, através dos resultados obtidos com a amostra (Fortin, 2009b).

O estudo 1 insere-se no nível de análise tipo I, sendo descritivo e retrospectivo. O estudo 2 insere-se no nível de análise do tipo II, caracterizando-se como exploratório, descritivo-correlacional e transversal, pois pretende obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de proporcionarem melhorias em situações particulares.

1.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPOTÉSES

As questões de investigação são interrogações precisas, escritas no presente, que decorrem diretamente do objetivo e indicam o que o investigador quer obter como informação (Fortin, 2009a).

Neste contexto foi elaborada a seguinte questão de investigação:

- Quais as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor no doente no SU?

Após ter sido elaborada a questão de investigação, foi necessário elaborar objetivos que estivessem de acordo com a questão de investigação, pois são os mesmos que delimitam o alcance do estudo e indicam os aspetos que se pretendem analisar.

Salienta Fortin (2009b, p.100) que os objetivos do estudo “*indicam o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo nível de estabelecimento no domínio da questão*”.

Assim, de acordo com o descrito, o presente estudo tem como objetivo central:

- Analisar as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor no doente no SU.

Para dar resposta ao objetivo central, impôs-se a realização de 2 estudos com objetivos distintos:

ESTUDO 1

- Identificar a prevalência da dor nos doentes que recorrem ao SU;
- Identificar a prevalência da priorização aquando da triagem do doente;

ESTUDO 2

- Identificar os instrumentos de avaliação da dor utilizados pelos enfermeiros;
- Identificar as práticas de Enfermagem nas diferentes fases no processo de Enfermagem (avaliação inicial/planeamento/implementação de intervenções/avaliação da resposta/registo/ensino);
- Identificar as intervenções utilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor;
- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na gestão da dor;
- Analisar se as práticas de Enfermagem estão associadas a características socioprofissionais dos enfermeiros.

De acordo com os objetivos de investigação, colocaram-se as seguintes hipóteses:

H1 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante o sexo do profissional que as realiza;

H2 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante a formação em dor do profissional que as realiza;

H3 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante as habilitações académicas do profissional que as realiza;

H4 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor variam de acordo com o tempo de exercício profissional do profissional que as realiza;

H5 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor variam de acordo com o tempo de exercício profissional no SU do profissional que as realiza.

1.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Segundo Fortin (2009a) as variáveis são características, qualidades ou propriedades de pessoas, objetos ou de situações que são estudadas durante uma investigação. Estas são classificadas de diferentes formas de acordo com a sua utilização numa investigação.

A variável independente é aquela que o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar. Esta variável é a que influencia, a que afeta, a variável dependente. Nesse sentido, a variável dependente como sofre o efeito da variável independente, é o resultado predito pelo investigador (Fortin, 2009b).

Para o estudo 1, foram definidas as seguintes variáveis em estudo:

- **Sexo:** medida através da categoria dicotómica masculino e feminino;
- **Idade:** medida em anos;
- **Fluxograma:** O Sistema de Triagem de Manchester contém 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação dos doentes que recorrem ao SU, que abrangem quase todas as situações apresentadas, competindo ao enfermeiro selecionar o fluxograma mais adequado à queixa citada pelo doente. Neste estudo vamos apenas apresentar os dados dos fluxogramas relacionados diretamente com dor: cefaleias, dor abdominal, dor cervical, dor de garganta, dor lombar, dor torácica e dor testicular;
- **Discriminador:** Os discriminadores permitem incluir os doentes nas prioridades clínicas. Cada fluxograma contém uma lista de discriminadores (perguntas) em cada nível de prioridade clínica, sendo essa avaliação realizada a partir da prioridade clínica mais elevada, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. Existem discriminadores gerais que são comuns a vários fluxogramas (ex. dor moderada) e discriminadores específicos que se aplicam apenas a algumas situações clínicas (ex. dor pleurítica). Pela pertinência do estudo, vamos apenas apresentar os discriminadores de dor: cefaleia, cólica, disúria, dor ligeira, dor/prurido ligeiro, dor abdominal, dor irradiando para a região dorsal, dor moderada, dor/prurido moderado, dor nas articulações em movimento, dor pleurítica, dor precordial, dor que irradia para o ombro, dor severa e dor/prurido severo.
- **Prioridade clínica:** Corresponde ao resultado da Triagem de Manchester, em que prevê o tempo alvo de atendimento correlacionado com cores. Assim

temos: prioridade emergente que equivale à cor vermelha, que preconiza observação imediata; prioridade muito urgente que corresponde à cor laranja, devendo o doente ser observado em dez minutos; prioridade urgente que equivale à cor amarela, que recomenda o atendimento até sessenta minutos; prioridade pouco urgente correspondente à cor verde, que indica uma observação clínica em cento e vinte minutos; prioridade não urgente que equivale à cor azul e recomenda a observação clínica até duzentos e quarenta minutos e; existe uma opção para situações que não se enquadram no contexto de urgência (razões administrativas, atividade programada não urgente) que denominamos sem prioridade clínica, em que é atribuída cor branca e não tem tempo alvo para a observação clínica.

Em relação ao estudo 2 foi definida como variável dependente:

- **Gestão da dor pelo enfermeiro no SU:** Esta variável será medida através de um questionário de identificação de boas práticas pelos enfermeiros no SU, desde a identificação e avaliação inicial da dor, planeamento para o controlo de dor, execução de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, reavaliação, registo e ensino à pessoa com dor; passando pelo conhecimento e aplicação das diferentes escalas de avaliação de dor; bem como pela identificação dos obstáculos ao cumprimento das boas práticas na avaliação e controlo da dor. Uma exposição mais detalhada desta variável será apresentada na descrição do instrumento de colheita de dados.

Definimos como variáveis independentes as variáveis relativas a fatores socioprofissionais dos enfermeiros:

- **Idade:** medida em anos;
- **Sexo:** medida através da categoria dicotómica masculino e feminino;
- **Habilitações académicas:** medida através das opções bacharelato, licenciatura, pós-graduação, pós-licenciatura de especialização, mestrado e doutoramento, identificando a formação mais elevada concluída em Enfermagem.
- **Tempo de exercício profissional:** medida em anos;
- **Tempo de exercício profissional no SU:** medida em anos;
- **Formação em dor:** medida primeiro através da categoria dicotómica sim e não. Depois apenas para quem respondeu sim, quantificado o momento dessa formação, agrupado por três grupos: há menos de 1 ano, de 1 a 3 anos, há

mais de 3 anos. Posteriormente é inquirida a adequação da formação para a prática diária, agrupado por cinco grupos: completamente adequada, inadequada, não sei/sem opinião, adequada, completamente adequada.

1.4 – POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

Segundo Polit, Beck e Hungler (2011) a população é o conjunto de todos os indivíduos que partilhem características comuns que a definem. Então a população representa um grupo sobre o qual o investigador pretende estudar e obter conclusões.

Na impossibilidade de estudar uma população, admite-se que o investigador utilize uma amostra, que de acordo com Fortin (2009a), é uma fração da população sobre a qual se faz o estudo, deve ser representativa da população e deve ter características conhecidas e comuns a todos os elementos da mesma.

No estudo 1, a população em estudo inclui todos os doentes que ocorrem a um SU de um hospital central da região centro. Para constituição da amostra, foram selecionados os dados estatísticos referentes a todos os doentes que recorreram ao SU de um hospital central da região centro, no ano civil de 2012, obtendo 158959 doentes.

No âmbito do estudo 2, a população em estudo são os enfermeiros que exercem funções num SU de adultos de hospitais portugueses. Esta investigação foi realizada por um questionário a ser respondido informaticamente, via online; tem como critérios de inclusão enfermeiros que trabalhem atualmente no SU de adultos e aceitem participar voluntariamente no estudo e, como critérios de exclusão os enfermeiros que exercem funções exclusivamente na área de gestão e urgência de pediatria. O estudo foi divulgado através de redes sociais, nomeadamente no grupo de enfermeiros do SU e por email, com recurso à técnica de amostragem em bola de neve. A amostra é constituída por 164 enfermeiros.

1.5 – INSTRUMENTO E PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo por base o exposto anteriormente foi selecionado como instrumento de recolha de dados o questionário, que é um documento escrito usado para guiar uma ou mais pessoas a responder a uma ou mais perguntas, utilizando perguntas abertas e fechadas (Fortin, 2009b).

Assim, para o estudo 1 foi aplicada uma grelha de extração de dados (Apêndice I), para realizar o levantamento de dados do programa informático Alert® correspondente

a todos os doentes que recorreram ao SU, no decurso do ano 2012. Esta colheita de dados surge para justificar a pertinência do tema, evidenciando a prevalência de dor nos doentes que recorrem ao SU.

Para o estudo 2 foi aplicado um questionário constituído por 3 partes (Apêndice II).

A parte 1 é constituída por 8 questões que permitem efetuar a caracterização socioprofissional (idade, sexo, habilitações académicas, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no SU, formação em dor, tempo da formação sobre a dor e adequação dessa formação à prática profissional).

A parte 2 permite avaliar as práticas de Enfermagem na gestão da dor.

Perante a inexistência de um instrumento com validade para medir esta variável, propusemo-nos elaborar uma versão preliminar de uma escala que permita avaliar este constructo. Assim numa primeira fase, com base nas recomendações da DGS, Ordem dos Enfermeiros, *International Council of Nurses* e a experiência profissional da investigadora, elaboramos uma versão da escala composta por 72 itens. Esta versão foi alvo de análise semântica e de conteúdo. Inicialmente reunimos um painel de peritos constituído por 3 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e em seguida aplicámos o questionário a 6 enfermeiros. Na análise efetuada gerou-se consenso numa versão composta por 68 itens, que permitem avaliar as práticas de gestão da dor nas seguintes fases: avaliação inicial (1-28 item), planeamento (31-37 item) execução de intervenções farmacológicas (38-40 item) e não farmacológicas (41-52 item), reavaliação (53-54; 57-60 item), registo (29-30; 55-56 item), ensino à pessoa com dor (61-68). Estes itens serão avaliados numa escala de likert ordenada pelo valor da frequência de ocorrência das características com scores de (0) “não sei/sem opinião”, (1) “nunca”, (2) “raramente”, (3) “frequentemente”, (4) “sempre”.

A 3ª parte permite ainda analisar as práticas de Enfermagem sobre a dor. Inclui 3 questões fechadas e 1 questão aberta. As questões fechadas avaliam a utilização de diferentes escalas de avaliação da dor, a percentagem de registos efetuados e a percepção de adequação da gestão da dor. Na questão aberta solicita-se aos enfermeiros que identifiquem barreiras/dificuldades na gestão da dor.

1.5.1 – Pré-teste

A utilização do instrumento de colheita de dados deve ser precedida de uma aplicação a um grupo com características semelhantes às da população em estudo, por forma a identificar possíveis falhas quanto à clareza, à quantidade e à forma das perguntas e

ainda quanto ao seu ordenamento (Gil, 2008). Esta etapa é designada por pré-teste e é fundamental para assegurar a validade e precisão do instrumento de colheita de dados.

De acordo com o exposto, o questionário global foi aplicado a 10 enfermeiros de características semelhantes à amostra, tendo-se posteriormente realizado algumas alterações. Foram substituídas as palavras cuja compreensão se revelou menos clara e foram eliminadas duas questões: a categoria profissional, uma vez que não trazia nenhuma mais valia para o estudo (os enfermeiros da área da gestão estavam excluídos do estudo e distinção entre enfermeiro e enfermeiro especialista era obtida pelas questões das habilitações académicas) e o programa informático utilizado, uma vez que se desviava dos objetivos do estudo.

Para a colheita de dados utilizou-se um questionário online que foi enviado por correio electrónico e publicitado no *facebook*, no grupo de enfermeiros do SU, no período de janeiro, fevereiro e março de 2017.

1.5.2 – Consistência Interna

Tratando-se de uma versão preliminar do questionário que permite avaliar as práticas de Enfermagem na gestão da dor, optámos por analisar a sua consistência interna através do cálculo do coeficiente de *Alpha* de Cronbach. Os valores encontrados evidenciam boa consistência interna global (alfa= 0.944) para os 68 itens e elevada correção de cada item com a escala na maioria dos itens, como se apresenta na tabela 1. Apesar de em dois itens o valor da correlação ser inferior ao recomendado ($r \geq ,20$), optámos pela sua manutenção neste estudo, dada a sua relevância teórica e o facto de a sua manutenção não reduzir o alfa global.

Tabela 1

Análise da correlação do item com a escala de gestão da dor

Itens	Correlação de item total corrigida
1. Reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor	,207
2. Acredito sempre na pessoa que sente dor	,180
3. Realizo o exame físico na colheita da história da dor	,330
4. Caracterizo a dor segundo a duração	,529
5. Caracterizo a dor segundo a frequência	,480
6. Caracterizo a dor segundo a localização	,356
7. Caracterizo a dor segundo a intensidade	,471
8. Caracterizo a dor segundo a qualidade	,446

9. Pesquisa formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor	,331
10. Considero os fatores de alívio e/ou de agravamento da dor	,548
11. Questiono sobre as estratégias de coping no controlo da dor	,415
12. Interrogo a pessoa sobre as implicações da dor nas atividades de vida diária	,435
13. Exploro o conhecimento da pessoa sobre a dor	,451
14. Avalio o impacto emocional da dor	,443
15. Avalio o impacto socioeconómico da dor	,449
16. Avalio o impacto espiritual da dor	,368
17. Identifico os sintomas associados à dor	,469
18. Adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa	,584
19. Monitorizo a dor através de escalas da dor	,521
20. Avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação	,467
21. Avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, ...	,492
22. Avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, ...	,481
23. A par da avaliação da dor, avalio a frequência cardíaca	,422
24. A par da avaliação da dor, avalio a frequência respiratória	,484
25. A par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial	,427
26. Mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança	,593
27. Adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa	,502
28. Avalio a dor no mínimo uma vez por turno	,381
29. Registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático	,339
30. Registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem	,417
31. Identifico diagnósticos de dor	,465
32. Planeio intervenções para o controlo de dor	,589
33. Considero o fluxograma (ex. cefaleias; dor abdominal, torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor	,363
34. Considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor	,393
35. Colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor	,454
36. Envolve a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico	,380
37. Ajusto o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis	,426
38. Conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas)	,435
39. Vigio a segurança da terapêutica analgésica	,349
40. Previno e controlo a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos	,452
41. Conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais)	,523
42. Utilizo intervenções não farmacológicas em complementaridade da terapêutica farmacológica	,367
43. Aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor	,517
44. Executo a técnica de distração, quando adequado, para controlo da dor	,355
45. Executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor	,107
46. Executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor	,323
47. Executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor	,379
48. Promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor	200
49. Adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor	,497
50. Promovo o conforto para controlo da dor	,508
51. Promovo o toque terapêutico para controlo da dor	,434
52. Realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo	,364
53. Monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas	,561
54. Monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas	,576
55. Registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	,511
56. Registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	,506
57. Programo no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor	,317
58. Na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior	,554

59. Comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado	,438
60. Comunico os resultados da avaliação/intervenção da dor a outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade	,472
61. Avalio o conhecimento da pessoa sobre autocontrolo da dor	,497
62. Ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor	,493
63. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	,475
64. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	468
65. Ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas e para controlo da dor	,409
66. Ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	,432
67. Ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica	,479
68. Instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor...	,428

1.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para a realização deste estudo foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial.

A análise dos dados foi realizada com o *software* de análise *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v.22).

Para avaliar a normalidade das distribuições foi usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* devido ao tamanho da amostra. Devido aos resultados obtidos ($p < 0,05$) inferiu-se não existir uma distribuição normal pelo que se optou pela utilização de testes não paramétricos.

Foram realizados os seguintes testes de hipóteses: teste de significância da correlação de *Spearman*, teste *U de Mann-Whitney* e teste *Kruskal Wallis*.

Na interpretação dos testes das hipóteses foram considerados como estatisticamente significativos os resultados para os quais o valor da probabilidade de significância foi inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

O teste utilizado neste estudo para estimar a consistência interna foi o coeficiente *Alfa* de *Cronbach* (α), pelo facto de ser o mais utilizado em escalas do tipo *Likert* do ponto de vista psicométrico. O cálculo deste coeficiente permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. O seu valor oscila entre 0,00 e 1,00, sendo que quanto mais elevado for o valor de α , maior é a consistência interna (Fortin, 2009a).

1.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foram cumpridos todos os preceitos éticos e deontológicos da investigação. Neste sentido, o respeito pela participação livre e consentida da pessoa foi tida em conta, tendo sido solicitado:

- Parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que deu parecer favorável (Anexo I);
- Autorização de utilização de dados estatísticos à Comissão de Ética da Instituição Hospitalar, que se pronunciou favoravelmente (Anexo II).

A participação livre e esclarecida dos enfermeiros no estudo, foi assegurada através da informação que integrava a parte inicial do questionário onde constava o âmbito e finalidade do estudo, a natureza da sua participação e a garantia da confidencialidade e anonimato dos participantes (Apêndice III).

A aceitação de integrar o estudo era dada quando o participante selecionava a opção “Preencher o Questionário”, iniciando o preenchimento do questionário.

2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção são expostos resultados relativos à análise descritiva dos dados estatísticos e dos valores das variáveis, realizando uma caracterização da amostra e das restantes variáveis. Os resultados são apresentados sobre a forma de tabelas.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO 1

A caracterização da amostra em estudo permitiu-nos analisar algumas características dos 158959 doentes que acorreram ao SU e identificar a prevalência da dor nos doentes.

Pela análise da tabela 2, verificou-se a maioria dos doente que recorreram ao SU são do sexo feminino 56,5% (n=89796) e 43,5% (n=69163) são do sexo masculino.

Tabela 2

Distribuição da amostra segundo o sexo

Sexo	n	%
Masculino	69163	43,5
Feminino	89796	56,5
Total	158959	100

Analisando a tabela 3, verificou-se que a idade média dos doentes que recorreram ao SU é de 53,62 anos ($s^2 \pm 21,13$) sendo o valor da mediana de 54 anos. As idades variaram entre os 18 e os 104 anos. Ressalvando tratar-se de dados de um SU exclusivamente de adultos.

Tabela 3

Distribuição da amostra segundo a idade

\bar{x}	s^2	Mediana	Min-Max
53,62	21,13	54	18-104

A partir da análise da tabela 4 podemos inferir que dos 158959 doentes que recorreram ao SU, 18,8% (n=29764) foram triados por fluxograma de dor. Dentro da

amostra, destacamos que 5,6% (8830) foram triados por dor abdominal, 4,3% (n=6780) por dor torácica e 4,1% (n=6504) por dor lombar.

Tabela 4

Distribuição da amostra segundo o fluxograma de dor

Fluxograma	n	%
Cefaleia	3557	2,2
Dor abdominal	8830	5,6
Dor cervical	1071	0,7
Dor de garganta	2556	1,6
Dor lombar	6504	4,1
Dor testicular	466	0,3
Dor torácica	6780	4,3
Total	29764	18,8

Analisando a tabela 5 podemos concluir que a maioria dos doentes que recorrem ao SU foram triados por um discriminador de dor 55,3% (n=88063), em que 33,8% (n=53779) corresponde a dor moderada, (ou seja, apresentam uma dor de 4 a 7 na EAN) e, 14,7% (n=23444) corresponde a dor ligeira (apresentam uma dor de 1 a 3 na EAN). Estes discriminadores que apresentam maior percentagem são discriminadores gerais, que são comuns a vários fluxogramas, existindo não só nos fluxogramas relacionados diretamente com dor (ex., indisposição no adulto, problemas nos membros).

Tabela 5

Distribuição da amostra segundo o discriminador de dor

Discriminador	n	%
Cefaleia	20	0,0
Cólica	30	0,0
Disúria	118	0,1
Dor ligeira	23444	14,7
Dor/ Prurido ligeiro	1552	1,0
Dor abdominal	514	0,3
Dor irradiando para a região dorsal	445	0,3
Dor moderada	53779	33,8

Dor/ Prurido moderado	1390	0,9
Dor nas articulações em movimento	41	0,0
Dor Pleurítica	2526	1,6
Dor Precordial	1970	1,2
Dor que irradia para o ombro	20	0,0
Dor severa	2194	1,4
Dor/ Prurido severo	20	0,0
Total	88063	55,3

Pela análise da tabela 6 podemos observar que à maior parte dos doentes foi atribuída uma prioridade urgente 55,2% (n=87805), seguindo-se uma prioridade pouco urgente 22,3% (n=35421), muito urgente 15,1% (n=23930) e não urgente 4% (6352). Apenas 0,8% (n=1207) da amostra foi atribuída a prioridade emergente.

Tabela 6

Distribuição da amostra segundo a prioridade clínica

Prioridade clínica	n	%
Emergente	1207	0,8
Muito urgente	23930	15,1
Urgente	87805	55,2
Pouco urgente	35421	22,3
Não urgente	6352	4,0
Sem Prioridade	4244	2,6
Total	158959	100

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO 2

A caracterização da amostra em estudo permitiu-nos efetuar um retrato dos 164 enfermeiros que participaram neste estudo, tornando-se mais fácil a análise das suas características.

Pela análise da tabela 7, verificou-se que 74,4% (n=122) dos participantes no estudo são enfermeiros do sexo feminino e 25,6% (n=42) são do sexo masculino.

Tabela 7

Distribuição da amostra segundo o sexo

Sexo	n	%
Masculino	42	25,6
Feminino	122	74,4
Total	164	100

Analisando a tabela 8, verifica-se que se trata de uma equipa heterogénea relativamente à idade e tempo de exercício profissional. A idade média dos participantes é de 36,16 anos ($s^2 \pm 6,87$) sendo o valor da mediana de 34 anos. As idades variaram entre os 22 e os 53 anos.

Os enfermeiros que participaram no estudo trabalham em média há 13,4 anos, variando o tempo de exercício profissional entre 1 ano e 31 anos ($s^2 \pm 6,76$), com um valor de mediana de 12 anos.

Em relação ao tempo de exercício profissional no SU, constatou-se que em média os enfermeiros que participaram neste estudo trabalham nesta área em média há 9,88 anos ($s^2 \pm 6,48$). O tempo de exercício profissional no SU oscila entre 1 ano e 27 anos, com um valor de mediana de 8 anos.

Tabela 8

Distribuição da amostra segundo a idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no SU

Variáveis	\bar{x}	s^2	Mediana	Min-Max	n*
Idade	36,16	6,87	34	22-53	158
Tempo exercício profissional	13,4	6,76	12	1-31	158
Tempo de exercício profissional no SU	9,88	6,48	8	1-27	158

* 6 Missings

A partir da análise da tabela 9, podemos inferir que entre os participantes no estudo 44,8% (n=73) têm o Curso de Licenciatura em Enfermagem, 23,3% (n=38) concluíram para além da Licenciatura, um Curso de Pós-Graduação, 9,8% (n=16) são detentores de um Curso de Especialização em Enfermagem e 22,1% (36) concluíram um Curso

de Mestrado. Não existem enfermeiros apenas com Bacharelato ou que tenham concluído Doutorado.

Tabela 9

Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas

Habilitações Académicas	n*	%
Bacharelato	0	0
Licenciatura	73	44,8
Pós-Graduação	38	23,3
Pós-Licenciatura de Especialização	16	9,8
Mestrado	36	22,1
Doutoramento	0	0
Total	163	100

* 1 Missing

Em relação à formação em dor e segundo a análise da tabela 10, verificamos que a maioria, 62% (n=101) dos enfermeiros frequentaram formação específica em dor, contrariamente a 38% (n=62) dos enfermeiros que referiram não ter formação específica.

Tabela 10

Distribuição da amostra segundo a formação em dor

Formação em dor	n*	%
Sim	101	62
Não	62	38
Total	163	100

* 1 Missing

Em relação ao tempo em que realizaram a formação, 68,3% (n=69) realizou-a há mais de 3 anos, 21,8% (n=22) realizou-a entre 1 a 3 anos e 9,9% dos enfermeiros (n=10) frequentou a formação há menos de 1 ano, conforme tabela 11.

Tabela 11

Distribuição da amostra segundo o tempo em que realizaram a formação

Tempo de formação	n	%
< 1 ano	10	9,9
1 - 3 anos	22	21,8
> 3 anos	69	68,3
Total	101	100

Tendo por base a percepção dos enfermeiros sobre a adequação da formação realizada para a sua prática diária no SU, como se observa na tabela 12, aproximadamente metade consideraram esta formação completamente adequada, 49,6% (n=62) e 36,8% dos enfermeiros (n=46) consideram-na adequada. Apenas 1,6% (n=2) julgaram esta formação completamente inadequada. Salienta-se que 39 enfermeiros não se quiseram pronunciar sobre esta questão e 3 referem não ter opinião.

Tabela 12

Distribuição da amostra segundo o que os participantes consideram da formação

Considera a formação	n*	%
Não sei/ sem opinião	3	2,4
Completamente inadequado	2	1,6
Inadequado	12	9,6
Adequado	46	36,8
Completamente Adequado	62	49,6
Total	125	100

* 39 Missings

2.3 – CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO DA DOR NA PRÁTICA DIÁRIA

Neste ponto, apresentam-se os resultados da parte 2 do questionário referente às práticas de Enfermagem na gestão da dor, no SU.

Foram analisadas para cada item a respetiva frequência absoluta e relativa, por score atribuído, para descrever, na opinião dos enfermeiros que participaram neste estudo, as características que melhor correspondem à opinião da sua prática diária no SU.

Cada resposta corresponde a um score atribuído numa escala de likert ordenada pelo valor da frequência de ocorrência das características com scores de (0) “não sei/sem opinião”, (1) “nunca”, (2) “raramente”, (3) “frequentemente”, (4) “sempre”.

Observando a tabela 13, verificou-se que as características mais representativas da caracterização da gestão da dor na prática diária nas várias fases são:

- Na **avaliação inicial**, a grande maioria dos itens apresenta valores de “sempre” e “frequentemente” superiores a 50%, salientando-se como boas práticas, com valores de “sempre” e “frequentemente” superiores a 90% os itens: “reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor” com 90,8% “caracterizo a dor segundo a localização” com 95,7% “caracterizo a dor segundo a intensidade” com 95,1% “considero os fatores de alívio e/ou agravamento da dor” com 92,1% e “identifico os sintomas associados à dor” com 93,7%.

Contudo, não podemos deixar de salientar alguns itens onde mais de 65% dos profissionais referem que “nunca” ou “raramente” adotam essas práticas, nomeadamente “avalio o impacto socioeconómico da dor” com 67,5% e “avalio impacto espiritual da dor” com 67,7%.

- No **planeamento**, salientam-se como boas práticas, com valores de “sempre” ou “frequentemente” superiores a 70% os itens: “planeio intervenções para o controlo de dor” com 70,4%, “considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor” com 73,4% e “colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor” com 79,8%.

Destacamos também para as categorias “nunca” ou “raramente” as práticas “identifico diagnóstico de dor” com 49,1% e “envolvo a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico” com 27,4%.

- Nas **intervenções farmacológicas** todos os itens apresentam valores de “sempre” ou “frequentemente” superiores a 80%, salientando-se como boas práticas, com valores de “sempre” e “frequentemente” superiores a 95% os itens: “conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais e interações medicamentosas)” com 96,3% e “vigio a segurança da terapêutica analgésica” com 95%.

- Nas **intervenções não farmacológicas** evidenciam-se como boas práticas, com valores de “sempre” ou “frequentemente” superiores a 90% os itens “adequo o posicionamento da pessoa para o controlo da dor” com 93,8% e “promovo o conforto para controlo da dor” com 93,1%.

Porem salientamos alguns itens onde cerca de 70% dos profissionais referem que “nunca” ou “raramente” adotam estas práticas: “executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor” com 72,2%; “executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor” com 70% e “executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor” com 69,8%.

- Na **reavaliação** salientam-se como boas práticas, com valores de “sempre” ou “frequentemente” a rondar os 80% os itens “monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas” com 86,6% e “comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado” com 79%.

Para além disso, destacamos que 66,5% dos enfermeiros referem que “nunca” ou “raramente” adotam a prática “programo no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor”.

- No **registo**, salientam-se como boas práticas, com valores de “sempre” ou “frequentemente” superiores a 60% os itens: “registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático” com 67,3%, “registo as características e história de dor em notas de Enfermagem” com 67,2% e “registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças no plano terapêutico” com 64,8%. Paralelamente, 41% dos profissionais referem “raramente” ou “nunca” realizarem “registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças no plano terapêutico”.

- No **ensino à pessoa com dor**, evidenciam-se como boas práticas, com valores de “sempre” ou “frequentemente” superiores a 70% os itens “ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgesia” com 71,3% e “instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)” com 82,5%. Contudo, salientam-se práticas em que metade dos enfermeiros referem que “nunca” ou “raramente” adotam: “avalio o conhecimento da pessoa sobre o autocontrolo da dor” (52,1%), “ensino a pessoa sobre o autocontrolo da dor” (51,9%) e “avalio o conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para o controlo da dor” (50,9%).

Destaco que a maioria dos enfermeiros consideram “frequentemente” os fluxogramas de dor (ex. cefaleias, dor abdominal, dor torácica), sendo 50,6%, bem como, consideram os discriminadores de dor (ex. dor moderada, dor severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para o controlo da dor, 57,4%.

Tabela 13

Valores atribuídos à representatividade das características da gestão da dor na prática diária

	Sempre n (%)	Frequentemente n (%)	Raramente n (%)	Nunca n (%)	Não sei n (%)
1. Reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor*	26 (16)	122 (74,8)	8 (4,9)	2 (1,2)	5 (3,1)
2. Acredito sempre na pessoa que sente dor*	15 (9,2)	129 (79,1)	10 (6,1)	1 (0,6)	8 (4,9)
3. Realizo o exame físico na colheita da história da dor*	20 (12,3)	84 (51,5)	44 (27)	1 (0,6)	14 (8,6)
4. Caracterizo a dor segundo a duração*	35 (21,5)	104 (63,8)	17 (10,4)	2 (1,2)	5 (3,1)
5. Caracterizo a dor segundo a frequência	35 (21,3)	107 (65,2)	12 (7,3)	2 (1,2)	8 (4,9)
6. Caracterizo a dor segundo a localização**	65 (40,1)	90 (55,6)	6 (3,7)	1 (0,6)	0
7. Caracterizo a dor segundo a intensidade*	63 (38,7)	92 (56,4)	4 (2,5)	1 (0,6)	3 (1,8)
8. Caracterizo a dor segundo a qualidade**	21 (13)	89 (54,9)	24 (14,8)	3 (1,9)	25 (15,4)
9. Pesquiso formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor*	10 (6,1)	95 (58,3)	30 (18,4)	1 (0,6)	27 (16,6)
10. Considero os fatores de alívio e/ou de agravamento da dor*	26 (16)	124 (76,1)	7 (4,3)	1 (0,6)	5 (3,1)
11. Questiono sobre as estratégias de coping no controlo da dor*	5 (3,1)	74 (45,4)	48 (29,4)	4 (2,5)	32 (19,6)
12. Interrogo a pessoa sobre as implicações da dor nas atividades de vida diária*	15 (9,1)	96 (58,5)	36 (22,1)	3 (1,8)	13 (8)
13. Exploro o conhecimento da pessoa sobre a dor*	6 (3,7)	49 (30,1)	66 (40,5)	6 (3,7)	36 (22,1)
14. Avalio o impacto emocional da dor*	9 (5,5)	76 (46,6)	54 (33,1)	7 (4,3)	17 (10,4)
15. Avalio o impacto socioeconómico da dor****	1 (0,6)	26 (16,3)	85 (53,1)	23 (14,4)	25 (15,6)
16. Avalio o impacto espiritual da dor***	2 (1,2)	23 (14,3)	82 (50,9)	27 (16,8)	27 (16,8)
17. Identifico os sintomas associados à dor*****	22 (13,8)	127 (79,9)	3 (1,9)	1 (0,6)	6 (3,8)
18. Adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa*	33 (20,2)	82 (50,3)	26 (16)	4 (2,5)	18 (11)
19. Monitorizo a dor através de escalas da dor*	48 (29,4)	89 (54,6)	15 (9,2)	2 (1,2)	9 (5,5)
20. Avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação*	15 (9,2)	81 (49,7)	39 (23,9)	6 (3,7)	22 (13,5)
21. Avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação*	28 (17,2)	87 (53,4)	21 (12,9)	8 (4,9)	19 (11,7)
22. Avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, à semelhança de outros sinais vitais*	31 (19)	104 (63,8)	21 (12,9)	1 (0,6)	6 (3,7)
23. A par da avaliação da dor, avalio a frequência cardíaca*	26 (16)	97 (59,5)	26 (16)	0	14 (8,6)
24. A par da avaliação da dor, avalio a frequência respiratória*	18 (11)	69 (42,3)	56 (34,4)	1 (0,6)	19 (11,7)
25. A par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial***	20 (12,4)	69 (42,9)	54 (33,5)	2 (1,2)	16 (9,9)
26. Mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança**	33 (20,4)	94 (58)	11 (6,8)	2 (1,2)	22 (13,6)
27. Adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa*	29 (17,8)	109 (66,9)	12 (7,4)	1 (0,6)	12 (7,4)
28. Avalio a dor no mínimo uma vez por turno*	48 (29,4)	79 (48,5)	21 (12,9)	2 (1,2)	13 (8)
29. Registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático**	39 (24,1)	70 (43,2)	39 (24,1)	4 (2,5)	10 (6,2)
30. Registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem**	20 (12,3)	89 (54,9)	44 (27,2)	1 (0,6)	8 (4,9)
31. Identifico diagnósticos de dor ***	5 (3,1)	48 (29,8)	56 (34,8)	23 (14,3)	29 (18)
32. Planeio intervenções para o controlo de dor**	15 (9,3)	99 (61,1)	22 (13,6)	5 (3,1)	21 (13)
33. Considero o fluxograma (ex. cefaleias; dor abdominal, torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor**	16 (9,9)	82 (50,6)	33 (20,4)	3 (1,9)	28 (17,3)
34. Considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor**	26 (16)	93 (57,4)	25 (15,4)	2 (1,2)	16 (9,9)
35. Colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor*	20 (12,3)	110 (67,5)	21 (12,9)	1 (0,6)	11 (6,7)
36. Envolve a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico***	10 (6,2)	76 (47,2)	41 (25,5)	3 (1,9)	31 (19,3)
37. Ajusto o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis***	15 (9,3)	98 (60,9)	24 (14,9)	4 (2,5)	20 (12,4)
38. Conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas)**	62 (38,3)	94 (58)	1 (0,6)	1 (0,6)	4 (2,5)
39. Vigio a segurança da terapêutica analgésica**	53 (32,7)	101 (62,3)	5 (3,1)	1 (0,6)	2 (1,2)

40. Previno e controlo a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos***	19 (11,8)	111 (68,9)	14 (8,7)	0	17 (10,6)
41. Conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais)***	22 (13,7)	101 (62,7)	16 (9,9)	0	22 (13,7)
42. Utilizo intervenções não farmacológicas em complementaridade da terapêutica farmacológica**	13 (8)	67 (41,4)	53 (32,7)	2 (1,2)	27 (16,7)
43. Aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor**	11 (6,8)	90 (55,6)	46 (28,4)	3 (1,9)	12 (7,4)
44. Executo a técnica de distração, quando adequado, para controlo da dor****	14 (8,8)	63 (39,4)	57 (35,6)	9 (5,6)	17 (10,6)
45. Executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor**	2 (1,2)	25 (15,4)	76 (46,9)	41 (25,3)	18 (11,1)
46. Executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor****	3 (1,9)	33 (20,6)	88 (55)	24 (15)	12 (7,5)
47. Executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor**	3 (1,9)	23 (14,2)	79 (48,8)	34 (21)	23 (14,2)
48. Promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor**	4 (2,5)	53 (32,7)	75 (46,3)	18 (11,1)	12 (7,4)
49. Adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor**	30 (18,5)	122 (75,3)	6 (3,7)	1 (0,6)	3 (1,9)
50. Promovo o conforto para controlo da dor****	28 (17,5)	121 (75,6)	6 (3,7)	1 (0,6)	4 (2,3)
51. Promovo o toque terapêutico para controlo da dor***	14 (8,7)	82 (50,9)	39 (24,2)	9 (5,6)	17 (10,6)
52. Realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo**	41 (25,3)	95 (58,6)	12 (7,4)	3 (1,9)	11 (6,8)
53. Monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas	30 (18,3)	112 (68,3)	7 (4,3)	0	15 (9,1)
54. Monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas**	21 (13)	76 (46,9)	45 (27,8)	1 (0,6)	19 (11,7)
55. Registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico**	30 (18,5)	75 (46,3)	31 (19,1)	1 (0,6)	25 (15,4)
56. Registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico***	16 (9,9)	56 (34,8)	63 (39,1)	3 (1,9)	23 (14,3)
57. Programa no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor****	6 (3,7)	33 (20,5)	74 (46)	33 (20,5)	15 (9,3)
58. Na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior****	23 (14,3)	78 (48,4)	38 (23,6)	5 (3,1)	17 (10,6)
59. Comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado**	24 (14,8)	104 (64,2)	22 (13,6)	1 (0,6)	11 (6,8)
60. Comunico os resultados da avaliação/intervenção da dor a outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade**	25 (15,4)	82 (50,6)	37 (22,8)	3 (1,9)	15 (9,3)
61. Avalio o conhecimento da pessoa sobre autocontrolo da dor***	4 (2,5)	43 (26,7)	73 (45,3)	11 (6,8)	30 (18,6)
62. Ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor****	4 (2,5)	44 (27,5)	72 (45)	11 (6,9)	29 (18,1)
63. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor***	6 (3,7)	61 (37,9)	58 (36)	8 (5)	28 (17,4)
64. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor***	7 (4,3)	49 (30,4)	75 (46,6)	7 (4,3)	23 (14,3)
65. Ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor***	6 (3,7)	80 (49,7)	54 (33,5)	3 (1,9)	18 (11,2)
66. Ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor***	6 (3,7)	74 (46)	61 (37,9)	4 (2,5)	16 (9,9)
67. Ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica****	12 (7,5)	102 (63,8)	33 (20,6)	2 (1,3)	11 (6,9)
68. Instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)****	21 (13,1)	111 (69,4)	20 (12,5)	1 (0,6)	7 (4,4)

* 1 Missing; ** 2 Missings; *** 3 Missings; **** 4 Missings; ***** 5 Missings.

Analisando a distribuição da amostra em função da utilização das diferentes escalas de avaliação da dor na prestação de cuidados pós-triagem (Tabela 14), podemos referir que a maioria dos profissionais utiliza mais do que uma escala recomendada pela Ordem dos Enfermeiros (59,3%). Dos inquiridos (3,7%) referem usar quatro escalas: a EVA, a EAN, a EQ e EF e 24,4% dos profissionais referem usar três

escalas na sua prática diária em que 18,3% refere usar a EVA, a EAN e a EF, 3,7% mencionam utilizar a EVA, a EAN e a EQ e apenas 2,4% referem usar a EAN, a EQ e a EF.

Salienta-se que 40,3% dos enfermeiros utilizam pelo menos duas escalas: 12,2% utilizam a EAN e EF; 12,2% usam a EAN e Pain Assessment in Advanced Demencia (PAINAD); 16,1% utilizam a EVA e EAN; 4,9% utilizam a EAN e a EQ; e 4,9% utilizam a EVA e a EF. Dos 31,6% dos profissionais mencionam usar apenas uma escala de avaliação da dor em que 21,3% referem usar a EAN, 4,3% referem utilizar a EVA, apenas 3% referem usar a EQ e a EF.

Numa análise em que se procura salientar as escalas de avaliação de dor mais utilizadas, verificamos que a grande maioria dos profissionais 84,8%, referem utilizar a EAN na prática diária, 44,5% referem utilizar a EF e 41% mencionam usar a EVA.

Tabela 14

Distribuição da amostra segundo as escalas de avaliação da dor

Escalas	n	%
EAN	35	21,3
EAN, EF	20	12,2
EAN, EQ	8	4,9
EAN, EQ, EF	4	2,4
EAN, PAINAD	20	12,2
EF	5	3,0
EQ	5	3,0
EVA	7	4,3
EVA, EAN	10	6,1
EVA, EAN, EF	30	18,3
EVA, EAN, EQ	6	3,7
EVA, EAN, EQ, EF	6	3,7
EVA, EF	8	4,9
Total	164	100

Quando analisamos a percepção dos enfermeiros sobre a percentagem de registos face às intervenções realizadas na avaliação e controlo de dor, verificamos que existem elementos que não registam nenhuma intervenção e outros que registam a totalidade (mínimo de 0 e máximo de 100%). O valor médio indicia que menos de metade das intervenções efetuadas são registadas ($\bar{x} = 47,82\%$; $s^2 \pm 20,94$), conforme tabela 15.

Tabela 15

Distribuição da amostra segundo a percentagem que os participantes registam em relação às intervenções realizadas

	\bar{x}	s^2	Mediana	Min-Max	n
Percentagem de registos	47,2	20,94	50	0-100	164

Por outro lado e tendo por base a análise da tabela 16 podemos inferir que 71% (n=125) dos participantes no estudo considera realizar uma gestão adequada da dor, pelo que os restantes 29% (n= 47) não o consideram.

Tabela 16

Distribuição da amostra segundo a consideração de gestão adequada da dor

Consideração de gestão adequada da dor	n	%
Sim	115	71
Não	47	29
Total	162	100

Os enfermeiros inquiridos apontam como barreiras/dificuldades sentidas na gestão da dor maioritariamente a falta de tempo e formação, o volume de trabalho e a falta de recursos humanos (conforme tabela 17).

Tabela 17

Distribuição das dificuldades sentidas na gestão da dor

Dificuldades	n
Falta de formação	3
Falta de protocolos para controlo da dor	1
Falta de recursos humanos	12
Falta de tempo e formação	31
Gestão de ambiente físico e falta de privacidade	9
Recursos materiais	8
Volume de trabalho	14

3 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, realizamos a sua análise inferencial que permite a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram – inferência estatística (Pestana & Gageiro, 2008).

3.1 – RELAÇÕES ENTRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR E O SEXO E FORMAÇÃO EM DOR DO PROFISSIONAL

As estatísticas relativas à representatividade das práticas de Enfermagem na gestão da dor em função do sexo e formação em dor não seguem uma distribuição normal devido aos valores obtidos de simetria e curtose em conjunto com o teste Ks (*Kolmogorov-Smirnov*; $p < 0,05$), pelo que na análise inferencial utilizamos testes não paramétricos.

Dada a dimensão da amostra considerámos não ter reunidas as condições para fazer um estudo com base em dimensões. Assumindo que se trata de uma versão preliminar do questionário que avalia as práticas de Enfermagem na gestão da dor, optámos, neste estudo, por fazer a análise das hipóteses com o construto global e com cada um dos itens avaliados.

Para sabermos se há relação entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o sexo enunciou-se a seguinte hipótese de investigação:

H1 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante o sexo do profissional que as realiza;

Assumindo que as variáveis não cumprem os pressupostos da normalidade procedeu-se à realização do teste *Mann-Whitney U* para as amostras independentes (tabela 18).

Tabela 18

Teste Mann-Whitney U entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o sexo

	Sexo	Ordens das Médias	U	p
Práticas de Enfermagem na gestão da dor (global)	Masculino	76,69	2318	0,360
	Feminino	84,50		
1. Reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor	Masculino	78,80	2406,5	0,501
	Feminino	83,11		
2. Acredito sempre na pessoa que sente dor	Masculino	76,67	2317	0,231
	Feminino	83,85		

3. Realizo o exame físico na colheita da história da dor	Masculino	86,88	2336	0,396
	Feminino	80,31		
4. Caracterizo a dor segundo a duração	Masculino	76,24	2299	0,282
	Feminino	84		
5. Caracterizo a dor segundo a frequência	Masculino	78,6	2398	0,464
	Feminino	83,84		
6. Caracterizo a dor segundo a localização	Masculino	80,88	2494	0,909
	Feminino	81,72		
7. Caracterizo a dor segundo a intensidade	Masculino	79,13	2420,5	0,601
	Feminino	83		
8. Caracterizo a dor segundo a qualidade	Masculino	81,81	2507	0,956
	Feminino	81,39		
9. Pesquiso formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor	Masculino	87,44	2312,5	0,330
	Feminino	80,11		
10. Considero os fatores de alívio e/ou de agravamento da dor	Masculino	84,77	2424,5	0,553
	Feminino	81,04		
11. Questiono sobre as estratégias de <i>coping</i> no controlo da dor	Masculino	83,67	2471	0,776
	Feminino	81,42		
12. Interrogo a pessoa sobre as implicações da dor nas atividades de vida diária	Masculino	82,93	2502	0,867
	Feminino	81,68		
13. Exploro o conhecimento da pessoa sobre a dor	Masculino	87,52	2309	0,352
	Feminino	80,08		
14. Avalio o impacto emocional da dor	Masculino	81,06	2501,5	0,872
	Feminino	82,33		
15. Avalio o impacto socioeconómico da dor	Masculino	75,43	2265	0,367
	Feminino	82,31		
16. Avalio o impacto espiritual da dor	Masculino	70,41	2026	0,069
	Feminino	84,62		
17. Identifico os sintomas associados à dor	Masculino	79,88	2414	0,978
	Feminino	80,04		
18. Adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa	Masculino	86,49	2352,5	0,440
	Feminino	80,44		
19. Monitorizo a dor através de escalas da dor	Masculino	76,01	2289,5	0,289
	Feminino	84,08		
20. Avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação	Masculino	83,4	2482	0,809
	Feminino	81,51		
21. Avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação	Masculino	83,58	2474,5	0,783
	Feminino	81,45		
22. Avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, à semelhança de outros sinais vitais	Masculino	78,01	2373,5	0,457
	Feminino	83,38		
23. A par da avaliação da dor, avalio a frequência cardíaca	Masculino	81,24	2509	0,891
	Feminino	82,26		
24. A par da avaliação da dor, avalio a frequência respiratória	Masculino	87,21	2322	0,376
	Feminino	80,19		
25. A par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial	Masculino	73,34	2146	0,194
	Feminino	83,62		
26. Mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança	Masculino	80,99	2498,5	0,926
	Feminino	81,68		
27. Adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa	Masculino	80,8	2490,5	0,818
	Feminino	82,42		
28. Avalio a dor no mínimo uma vez por turno	Masculino	71,74	2110	0,077
	Feminino	85,56		
29. Registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático	Masculino	83,31	2444	0,758
	Feminino	80,87		
30. Registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem	Masculino	83,2	2411	0,766
	Feminino	80,93		
31. Identifico diagnósticos de dor	Masculino	85,04	2329,5	0,497
	Feminino	79,58		
32. Planeio intervenções para o controlo de dor	Masculino	79,1	2382	0,665
	Feminino	82,31		
33. Considero o fluxograma (ex. cefaleias; dor abdominal, torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor	Masculino	78,86	2409	0,647
	Feminino	82,43		
34. Considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor	Masculino	81,48	2519	0,997

precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor	Feminino	81,51		
35. Colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor	Masculino	76,74	2320	0,312
	Feminino	83,83		
36. Envolve a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico	Masculino	79,27	2426,5	0,765
	Feminino	81,61		
37. Ajusto o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis	Masculino	79,34	2392	0,763
	Feminino	81,57		
38. Conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas)	Masculino	85,8	2339,5	0,425
	Feminino	80		
39. Vigio a segurança da terapêutica analgésica	Masculino	81,57	2517	0,989
	Feminino	81,48		
40. Previno e controlo a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos	Masculino	77,21	2340	0,454
	Feminino	82,34		
41. Conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais)	Masculino	90,12	2086	0,093
	Feminino	77,88		
42. Utilizo intervenções não farmacológicas em complementaridade da terapêutica farmacológica	Masculino	70,67	2065	0,065
	Feminino	85,29		
43. Aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor	Masculino	78,44	2391,5	0,584
	Feminino	82,57		
44. Executo a técnica de distração, quando adequado, para controlo da dor	Masculino	82,79	2382	0,693
	Feminino	79,69		
45. Executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor	Masculino	83,94	2417,5	0,675
	Feminino	80,65		
46. Executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor	Masculino	75,17	2254	0,338
	Feminino	82,4		
47. Executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor	Masculino	84,93	2376	0,555
	Feminino	80,3		
48. Promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor	Masculino	76,55	2312	0,392
	Feminino	83,23		
49. Adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor	Masculino	84,74	2384	0,490
	Feminino	80,37		
50. Promovo o conforto para controlo da dor	Masculino	79,88	2452	0,893
	Feminino	80,37		
51. Promovo o toque terapêutico para controlo da dor	Masculino	78,48	2393	0,658
	Feminino	81,89		
52. Realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo	Masculino	86,37	2315,5	0,377
	Feminino	79,8		
53. Monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas	Masculino	87,52	2351	0,333
	Feminino	80,77		
54. Monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas	Masculino	79,5	2436	0,731
	Feminino	82,2		
55. Registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	Masculino	76,1	2293	0,356
	Feminino	83,39		
56. Registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	Masculino	79,45	2396,5	0,794
	Feminino	81,53		
57. Programo no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor	Masculino	87,83	2212	0,240
	Feminino	78,59		
58. Na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior	Masculino	78,94	2412,5	0,721
	Feminino	81,73		
59. Comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado	Masculino	84,75	2383,5	0,541
	Feminino	80,36		
60. Comunico os resultados da avaliação/intervenção da dor a outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade	Masculino	88,74	2216	0,209
	Feminino	78,97		
61. Avalio o conhecimento da pessoa sobre autocontrolo da dor	Masculino	88,25	2194,5	0,212
	Feminino	78,44		
62. Ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor	Masculino	78,94	2375,5	0,790
	Feminino	81,04		
63. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias	Masculino	78,88	2410	0,717

farmacológicas para controlo da dor	Feminino	81,75		
64. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	Masculino	76,57	2313	0,442
	Feminino	82,56		
65. Ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	Masculino	75,94	2286,5	0,372
	Feminino	82,79		
66. Ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	Masculino	78,02	2381,5	0,623
	Feminino	81,99		
67. Ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica	Masculino	85,3	2276,5	0,361
	Feminino	78,79		
68. Instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)	Masculino	77,13	2336,5	0,500
	Feminino	81,7		

O teste Mann-Whitney U permite-nos verificar que não existe diferença estatisticamente significativa quer no global quer em cada uma das práticas da gestão da dor ($p > 0,05$). Face aos resultados, pode concluir-se que a distribuição das práticas de Enfermagem na gestão da dor é independente da distribuição do sexo.

Para sabermos se há relação entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e a formação em dor enunciou-se a seguinte hipótese de investigação:

H2 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante a formação em dor do profissional que as realiza;

Assumindo que as variáveis não cumprem os pressupostos da normalidade procedeu-se à realização do teste *Mann-Whitney U* para as amostras independentes (tabela 19).

Tabela 19

Teste Mann-Whitney U entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e a formação em dor

	Formação em dor	Ordens das Médias	U	p
Práticas de Enfermagem na Gestão da dor (global)	Sim	88,59	2465,5	0,020*
	Não	71,27		
1. Reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor	Sim	83,13	2937,5	0,462
	Não	78,88		
2. Acredito sempre na pessoa que sente dor	Sim	87,71	2479	0,003*
	Não	71,48		
3. Realizo o exame físico na colheita da história da dor	Sim	86,33	2617,5	0,070
	Não	73,72		
4. Caracterizo a dor segundo a duração	Sim	86,83	2567,5	0,031*
	Não	72,91		
5. Caracterizo a dor segundo a frequência	Sim	86,67	2659	0,056*
	Não	74,39		
6. Caracterizo a dor segundo a localização	Sim	83	2871	0,431
	Não	77,81		
7. Caracterizo a dor segundo a intensidade	Sim	87,71	2479,5	0,014*
	Não	71,49		
8. Caracterizo a dor segundo a qualidade	Sim	85,04	2646	0,121
	Não	74,38		
9. Pesquiso formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor	Sim	82,33	3017	0,747
	Não	80,16		
10. Considero os fatores de alívio e/ou de agravamento da dor	Sim	83,68	2882	0,315

	Não	77,98		
11. Questiono sobre as estratégias de <i> coping </i> no controlo da dor	Sim	86,3	2620,5	0,077
	Não	73,77		
12. Interrogo a pessoa sobre as implicações da dor nas atividades de vida diária	Sim	81,73	3077	0,929
	Não	81,13		
13. Exploro o conhecimento da pessoa sobre a dor	Sim	83,97	2853	0,369
	Não	77,52		
14. Avalio o impacto emocional da dor	Sim	79,99	2948,5	0,573
	Não	83,94		
15. Avalio o impacto socioeconómico da dor	Sim	83,55	2641,5	0,178
	Não	74,3		
16. Avalio o impacto espiritual da dor	Sim	88,26	2251	0,003*
	Não	67,9		
17. Identifico os sintomas associados à dor	Sim	81,02	2830	0,458
	Não	77,15		
18. Adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa	Sim	88,86	2364,5	0,006*
	Não	69,64		
19. Monitorizo a dor através de escalas da dor	Sim	87,35	2515,5	0,025
	Não	72,07		
20. Avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação	Sim	87,17	2515,5	0,035*
	Não	72,36		
21. Avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação	Sim	88,1	2440	0,013*
	Não	70,85		
22. Avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, à semelhança de outros sinais vitais	Sim	85,62	2688,5	0,098
	Não	74,86		
23. A par da avaliação da dor, avalio a frequência cardíaca	Sim	85,27	2723	0,142
	Não	75,42		
24. A par da avaliação da dor, avalio a frequência respiratória	Sim	84,58	2792	0,258
	Não	76,53		
25. A par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial	Sim	87,38	2338,5	0,011*
	Não	69,34		
26. Mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança	Sim	86,56	2519	0,032*
	Não	72,13		
27. Adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa	Sim	86,31	2619	0,046*
	Não	73,74		
28. Avalio a dor no mínimo uma vez por turno	Sim	86,74	2576	0,051*
	Não	73,05		
29. Registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático	Sim	82,18	2952,5	0,668
	Não	79,12		
30. Registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem	Sim	82,94	2856,5	0,455
	Não	77,83		
31. Identifico diagnósticos de dor	Sim	87,69	2333,5	0,010*
	Não	69,14		
32. Planeio intervenções para o controlo de dor	Sim	86,4	2510,5	0,032*
	Não	72,16		
33. Considero o fluxograma (ex. cefaleias; dor abdominal, torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor	Sim	81,65	2985,5	0,808
	Não	79,94		
34. Considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor	Sim	84,12	2760,5	0,232
	Não	76,02		
35. Colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor	Sim	83,68	2882,5	0,367
	Não	77,99		
36. Envolve a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico	Sim	82,33	2817	0,489
	Não	77,45		
37. Ajusto o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis	Sim	82,93	2757	0,327
	Não	76,45		
38. Conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas)	Sim	83,86	2764	0,250
	Não	76,31		
39. Vigio a segurança da terapêutica analgésica	Sim	83,78	2772,5	0,256
	Não	76,45		
40. Previno e controlo a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos	Sim	84,4	2633,5	0,098
	Não	74,17		
41. Conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais)	Sim	88,19	2258,5	0,002*
	Não	68,02		

42. Utilizo intervenções não farmacológicas em complementaridade da terapêutica farmacológica	Sim	83,65	2785,5	0,328
	Não	76,66		
43. Aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor	Sim	84,05	2745,5	0,238
	Não	76,01		
44. Executo a técnica de distração, quando adequado, para controlo da dor	Sim	79,13	2903,5	0,748
	Não	81,4		
45. Executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor	Sim	82,68	2882,5	0,532
	Não	78,25		
46. Executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor	Sim	81,86	2785,5	0,470
	Não	76,93		
47. Executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor	Sim	85,54	2596	0,090
	Não	73,56		
48. Promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor	Sim	80,49	2999	0,848
	Não	81,84		
49. Adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor	Sim	85,62	2588,5	0,033*
	Não	73,43		
50. Promovo o conforto para controlo da dor	Sim	83,69	2581,5	0,080
	Não	73,75		
51. Promovo o toque terapêutico para controlo da dor	Sim	85,38	2536,5	0,066
	Não	72,58		
52. Realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo	Sim	87,77	2373	0,008*
	Não	69,9		
53. Monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas	Sim	86,77	2649,5	0,045*
	Não	74,23		
54. Monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas	Sim	84,2	2730	0,233
	Não	75,75		
55. Registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	Sim	83,99	2751	0,267
	Não	76,1		
56. Registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	Sim	80,57	2993	0,979
	Não	80,38		
57. Programo no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor	Sim	82,93	2779	0,370
	Não	76,56		
58. Na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior	Sim	85,16	2558,5	0,082
	Não	72,94		
59. Comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado	Sim	86	2550	0,042*
	Não	72,8		
60. Comunico os resultados da avaliação/intervenção da dor a outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade	Sim	86,46	2504,5	0,039*
	Não	72,06		
61. Avalio o conhecimento da pessoa sobre autocontrolo da dor	Sim	81,71	2899,5	0,653
	Não	78,53		
62. Ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor	Sim	84,11	2586	0,128
	Não	73,39		
63. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	Sim	83,73	2699,5	0,234
	Não	75,25		
64. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	Sim	85,29	2545,5	0,073
	Não	72,73		
65. Ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	Sim	87,13	2363,5	0,012*
	Não	69,75		
66. Ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	Sim	85,26	2548,5	0,072
	Não	72,78		
67. Ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica	Sim	81,27	2844	0,600
	Não	77,9		
68. Instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)	Sim	82,89	2705,5	0,218
	Não	75,35		

* Estatisticamente significativo

A realização do teste *Mann-Whitney U* permite-nos verificar que existe diferença estatisticamente significativa na prática global de gestão da dor entre os profissionais

com formação em dor e os que não realizaram esta formação ($p=0,02$), apresentando o grupo com formação scores médios mais elevados.

Na análise de cada um dos itens, observa-se que a diferença é estatisticamente significativa nas seguintes práticas de Enfermagem na gestão da dor ($p\leq 0,05$): acredito sempre na pessoa que sente dor; caracterizo a dor segundo a duração, a frequência e a intensidade; avalio o impacto espiritual da dor; adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa; avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação; avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação; a par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial; mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança; adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa; avalio a dor no mínimo 1 vez por turno; identifico diagnóstico de dor; planeio intervenções para o controlo de dor; conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais); adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor; realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo; monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas; comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar e outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade, garantido a continuidade do cuidado e ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor. Face aos resultados aceita-se a hipótese H2 para a variável formação em dor, que nos permite afirmar que existem diferenças no global e em 21 das práticas estudadas.

3.2 - RELAÇÕES ENTRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR E AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS, TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL E TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A análise dá resposta à seguinte hipótese de estudo:

H3 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante as habilitações académicas do profissional que as realiza.

Dada a não distribuição normal, optámos por utilizar o teste não paramétrico *Kruskal Wallis*, que nos permite verificar se existem diferenças nas práticas de gestão entre os grupos (Tabela 20).

Tabela 20

Teste *Kuskal Wallis* entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e as habilitações académicas

	Habilitações Académicas	<i>p</i>
Práticas de Enfermagem na Gestão da dor (global)	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,175
1. Reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,236
2. Acredito sempre na pessoa que sente dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,593
3. Realizo o exame físico na colheita da história da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,237
4. Caracterizo a dor segundo a duração	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,257
5. Caracterizo a dor segundo a frequência	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,133
6. Caracterizo a dor segundo a localização	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,541
7. Caracterizo a dor segundo a intensidade	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,721
8. Caracterizo a dor segundo a qualidade	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,040
9. Pesquiso formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,158
10. Considero os fatores de alívio e/ou de agravamento da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,467
11. Questiono sobre as estratégias de <i>coping</i> no controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,553
12. Interrogo a pessoa sobre as implicações da dor nas atividades de vida diária	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,640
13. Exploro o conhecimento da pessoa sobre a dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,473
14. Avalio o impacto emocional da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,209
15. Avalio o impacto socioeconómico da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,240

16. Avalio o impacto espiritual da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,729
17. Identifico os sintomas associados à dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,493
18. Adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,607
19. Monitorizo a dor através de escalas da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,192
20. Avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,882
21. Avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,421
22. Avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, à semelhança de outros sinais vitais	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,808
23. A par da avaliação da dor, avalio a frequência cardíaca	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,299
24. A par da avaliação da dor, avalio a frequência respiratória	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,742
25. A par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,285
26. Mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,276
27. Adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,815
28. Avalio a dor no mínimo uma vez por turno	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,050
29. Registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,060
30. Registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,367
31. Identifico diagnósticos de dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,187
32. Planeio intervenções para o controlo de dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,334
33. Considero o fluxograma (ex. cefaleias; dor abdominal, torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,634
34. Considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,124

35. Colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,462
36. Envolve a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,380
37. Ajusto o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,553
38. Conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas)	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,808
39. Vigio a segurança da terapêutica analgésica	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,998
40. Previno e controlo a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,481
41. Conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais)	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,212
42. Utilizo intervenções não farmacológicas em complementaridade da terapêutica farmacológica	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,103
43. Aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,398
44. Executo a técnica de distração, quando adequado, para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,289
45. Executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,860
46. Executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,392
47. Executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,250
48. Promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,009
49. Adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,927
50. Promovo o conforto para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,939
51. Promovo o toque terapêutico para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,356
52. Realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,259
53. Monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,562

54. Monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,538
55. Registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,125
56. Registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,127
57. Programa no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,766
58. Na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,411
59. Comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,981
60. Comunico os resultados da avaliação/intervenção da dor a outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,459
61. Avalio o conhecimento da pessoa sobre autocontrolo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,442
62. Ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,415
63. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,608
64. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,304
65. Ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,480
66. Ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,839
67. Ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,700
68. Instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)	Licenciatura Pós-graduação PL Especialização Mestrado	0,417

A análise efetuada evidencia que quer no global quer em cada uma das práticas, não existe diferença com significância estatística nas práticas de gestão da dor em função das habilitações académicas ($p > 0,05$).

Salienta-se no entanto numa única prática “promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor” que existem diferenças estatisticamente significativas em os grupos ($p=0,009$). Para explorar esta

diferença foram realizados testes de comparação por pares que revelam que os enfermeiros com pós-licenciatura de especialização tem piores práticas nesta atividade que os enfermeiros com licenciatura ($p=0,007$) e que os enfermeiros com mestrado tem melhores práticas neste item que os enfermeiros com pós-licenciatura de especialização ($p=0,002$) (Anexo III).

Para sabermos a associação entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e as variáveis tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no SU, enunciou-se as seguintes hipóteses de investigação:

H4 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor variam de acordo com o tempo de exercício profissional do profissional que as realiza;

H5 – As práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor variam de acordo com o tempo de exercício profissional no SU do profissional que as realiza.

Para se determinar estas associações, efetuou-se uma correlação de *Spearman* (tabela 21).

Tabela 21

Correlação de *Spearman* entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o tempo de exercício profissional / tempo de exercício profissional no SU

		Tempo de Exercício Profissional	Tempo de Exercício Profissional no SU
Práticas de Enfermagem na gestão da dor (global)	ρ	-0,230	-0,200
	p	0,003	0,010
1. Reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor	ρ	-0,075	0,003
	p	0,342	0,974
2. Acredito sempre na pessoa que sente dor	ρ	-0,008	-0,047
	p	0,916	0,551
3. Realizo o exame físico na colheita da história da dor	ρ	-0,152	-0,148
	p	0,053*	0,062
4. Caracterizo a dor segundo a duração	ρ	-0,078	-0,072
	p	0,323	0,365
5. Caracterizo a dor segundo a frequência	ρ	0,012	0,015
	p	0,880	0,846
6. Caracterizo a dor segundo a localização	ρ	-0,131	-0,102
	p	0,098	0,226
7. Caracterizo a dor segundo a intensidade	ρ	-0,080	-0,098
	p	0,314	0,218
8. Caracterizo a dor segundo a qualidade	ρ	-0,082	-0,051
	p	0,302	0,520

9. Pesquiso formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor	ρ	0,155	0,142
	p	0,049*	0,074
10. Considero os fatores de alívio e/ou de agravamento da dor	ρ	-0,060	-0,089
	p	0,446	0,265
11. Questiono sobre as estratégias de <i>coping</i> no controlo da dor	ρ	-0,074	-0,030
	p	0,351	0,707
12. Interrogo a pessoa sobre as implicações da dor nas atividades de vida diária	ρ	-0,029	0,042
	p	0,718	0,595
13. Exploro o conhecimento da pessoa sobre a dor	ρ	-0,125	-0,056
	p	0,114	0,480
14. Avalio o impacto emocional da dor	ρ	0,002	-0,011
	p	0,975	0,888
15. Avalio o impacto socioeconómico da dor	ρ	-0,152	-0,124
	p	0,055	0,121
16. Avalio o impacto espiritual da dor	ρ	-0,097	-0,165
	p	0,222	0,038*
17. Identifico os sintomas associados à dor	ρ	-0,070	-0,061
	p	0,381	0,448
18. Adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa	ρ	-0,075	-0,215
	p	0,342	0,006*
19. Monitorizo a dor através de escalas da dor	ρ	0,052	-0,036
	p	0,513	0,651
20. Avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação	ρ	-0,047	-0,057
	p	0,549	0,471
21. Avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação	ρ	-0,111	-0,138
	p	0,159	0,083
22. Avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, à semelhança de outros sinais vitais	ρ	-0,114	-0,165
	p	0,159	0,038*
23. A par da avaliação da dor, avalio a frequência cardíaca	ρ	-0,109	-0,109
	p	0,166	0,170
24. A par da avaliação da dor, avalio a frequência respiratória	ρ	-0,148	-0,127
	p	0,059	0,111
25. A par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial	ρ	-0,195	-0,211
	p	0,014*	0,008*
26. Mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança	ρ	-0,109	-0,143
	p	0,170	0,071
27. Adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa	ρ	-0,130	-0,110
	p	0,099	0,165
28. Avalio a dor no mínimo uma vez por turno	ρ	-0,322	-0,316
	p	0,000*	0,000*
29. Registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático	ρ	-0,108	-0,118
	p	0,174	0,138
30. Registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem	ρ	-0,169	-0,024
	p	0,032*	0,767
31. Identifico diagnósticos de dor	ρ	-0,158	0,158
	p	0,046*	0,048*
32. Planeio intervenções para o controlo de dor	ρ	-0,053	-0,079
	p	0,506	0,319
33. Considero o fluxograma (ex. cefaleias; dor abdominal, torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor	ρ	0,007	-0,047
	p	0,925	0,557

34. Considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor	ρ	-0,038	-0,089
	p	0,631	0,266
35. Colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor	ρ	-0,008	-0,025
	p	0,918	0,752
36. Envolve a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico	ρ	-0,152	-0,101
	p	0,055	0,206
37. Ajusto o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis	ρ	-0,067	0,041
	p	0,398	0,612
38. Conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contra-indicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas)	ρ	-0,026	-0,051
	p	0,740	0,522
39. Vigio a segurança da terapêutica analgésica	ρ	-0,037	-0,092
	p	0,637	0,251
40. Previno e controlo a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos	ρ	-0,1010	-0,114
	p	0,203	0,154
41. Conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contra-indicações, efeitos colaterais)	ρ	-0,127	-0,136
	p	0,110	0,095
42. Utilizo intervenções não farmacológicas em complementaridade da terapêutica farmacológica	ρ	-0,060	-0,008
	p	0,449	0,923
43. Aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor	ρ	-0,161	-0,134
	p	0,042*	0,092
44. Executo a técnica de distração, quando adequado, para controlo da dor	ρ	-0,056	0,022
	p	0,484	0,788
45. Executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor	ρ	0,063	0,030
	p	0,429	0,707
46. Executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor	ρ	-0,075	-0,119
	p	0,345	0,138
47. Executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor	ρ	0,030	-0,060
	p	0,706	0,453
48. Promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor	ρ	-0,139	-0,150
	p	0,079	0,060
49. Adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor	ρ	-0,166	-0,144
	p	0,035*	0,069
50. Promovo o conforto para controlo da dor	ρ	-0,129	-0,160
	p	0,105	0,045*
51. Promovo o toque terapêutico para controlo da dor	ρ	-0,114	-0,188
	p	0,152	0,018*
52. Realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo	ρ	0,000	-0,035
	p	0,999	0,660
53. Monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas	ρ	-0,155	-0,123
	p	0,049*	0,122
54. Monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas	ρ	-0,178	0,188
	p	0,024*	0,018*
55. Registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	ρ	-0,173	0,122
	p	0,028*	0,125
56. Registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	ρ	0,180	0,130
	p	0,022*	0,104
57. Programa no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor	ρ	-0,145	-0,205
	p	0,067	0,010*

58. Na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior	ρ	-0,276	-0,285
	p	0,000*	0,000*
59. Comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado	ρ	-0,138	-0,147
	p	0,082	0,064
60. Comunico os resultados da avaliação/intervenção da dor a outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade	ρ	-0,144	-0,140
	p	0,069	0,079
61. Avalio o conhecimento da pessoa sobre autocontrolo da dor	ρ	-0,132	-0,146
	p	0,097	0,068
62. Ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor	ρ	-0,200	0,213
	p	0,012*	0,007*
63. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	ρ	-0,108	-0,146
	p	0,175	0,067
64. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	ρ	-0,267	-0,259
	p	0,001*	0,001*
65. Ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	ρ	-0,168	-0,083
	p	0,034*	-0,299
66. Ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	ρ	-0,298	-0,240
	p	0,000*	0,002*
67. Ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica	ρ	-0,076	-0,073
	p	0,341	0,361
68. Instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)	ρ	0,005	0,005
	p	0,952	0,950

* Estatisticamente significativo

A análise da correlação de *Spearman*, entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o tempo de exercício profissional mostra-nos que, no global, existe uma relação negativa muito baixa entre estas duas variáveis, indiciando que mais tempo de exercício profissional está globalmente associado a piores práticas de gestão de dor ($\rho = -0,23$; $p = 0,00$).

Os resultados da análise por item mostram que existe uma associação positiva muito baixa, embora estatisticamente significativa ($p < 0,05$), entre o tempo de exercício profissional e apenas duas atividades de gestão da dor: “pesquisa formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor” e “registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico”.

Assim, podemos confirmar que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional apresentam melhores práticas na gestão da dor para as atividades supracitadas.

Existe uma associação negativa baixa para as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o tempo de exercício profissional, sendo estatisticamente significativo apenas para uma prática “avalio a dor no mínimo uma vez por turno”. Subsiste também uma associação negativa muito baixa para as práticas de Enfermagem na gestão da dor e

o tempo de exercício profissional, observando-se estatisticamente significativo para catorze atividades de gestão da dor: “realizo o exame físico na colheita da história da dor”; “a par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial”; “registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem”; “identifico diagnósticos de dor”; “aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor”; “adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor”; “monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas”; “monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas”; “registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico”; “na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior”; “ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor”; “avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor”; “ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor” e “ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor”.

Nas restantes cinquenta e uma atividades de gestão da dor, não há associação com o tempo de exercício profissional.

Desta forma, podemos afirmar que os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional detêm melhores práticas na gestão da dor para as atividades referidas como estatisticamente significativas.

Face aos resultados, aceita-se parcialmente a hipótese H4 o que nos permite afirmar que nas práticas de Enfermagem na gestão da dor existem diferenças na distribuição de algumas das atividades em estudo e que variam de acordo com o tempo de exercício profissional.

A análise da correlação de *Spearman*, entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o tempo de exercício profissional no SU mostra-nos que, no global, existe uma relação negativa muito baixa entre estas duas variáveis, sugerindo que mais tempo de exercício profissional está globalmente associado a piores práticas de gestão de dor ($\rho = -0,20$; $p = 0,01$).

Os resultados da análise por item mostram que existe uma associação positiva muito baixa, sendo estatisticamente significativa, entre o tempo de exercício profissional no SU e apenas três atividades de gestão da dor: “identifico diagnósticos de dor”; “monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas” e “ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor”. Podemos assim afirmar que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional no SU, apresentam melhores práticas na gestão da dor para as três atividades referidas.

Os resultados revelam existir uma associação negativa baixa, sendo estatisticamente significativo apenas para uma atividade: “avalio a dor no mínimo uma vez por turno”.

Existir ainda uma associação negativa muito baixa entre as práticas de Enfermagem na gestão da dor e o tempo de exercício profissional no SU, observando-se estatisticamente significativo para dez atividades de gestão da dor: “avalio o impacto espiritual da dor”; “adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa”; “avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, à semelhança de outros sinais vitais”; “a par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial”; “promovo o conforto para controlo da dor”; “promovo o toque terapêutico para controlo da dor”; “programo no sistema informático reavaliações”; “na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior”; “avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor” e “ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor”.

Nas restantes cinquenta e quatro atividades de gestão da dor, não há associação com o tempo de exercício profissional no SU.

Desta forma, podemos confirmar que os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional no SU, apresentam melhores práticas na gestão da dor para as práticas supracitadas como estatisticamente significativas.

Face aos resultados, aceita-se parcialmente a hipótese H5 o que nos permite afirmar que nas práticas de Enfermagem na gestão da dor existem diferenças na distribuição de algumas das práticas de Enfermagem na gestão da dor e que variam de acordo com o tempo de exercício profissional no SU.

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos com o presente estudo, pelo que nos centramos na avaliação da dor, nas intervenções que os enfermeiros realizam para controlo da dor e nas dificuldades percebidas na gestão da dor no doente no SU. Pretendemos assim elaborar uma síntese e apreciação crítica dos principais resultados encontrados, procurando discuti-los à luz da literatura existente na área, confrontando-os com os estudos desenvolvidos neste domínio.

Relativamente ao **estudo 1** e, para esta amostra, verificamos que a maioria dos doentes que recorrem ao SU são do sexo feminino (56,5%), para (43,5%) do sexo masculino. Estes dados refletem um predomínio da população feminina em Portugal continental como evidenciam os dados do Instituto Nacional de Estatística (2015), em que a população residente em Portugal no ano 2012, era maioritariamente do sexo feminino (52,36%), comparando com sexo masculino (47,64%). Wheeler et al. (2010), Silva et al. (2013) e Stapleton e Degitz (2015) referem que o sexo feminino foi o que mais recorreu ao SU com dor, com respetivamente 57,2%, 57,4% e 64%. Estes dados vão de encontro à justificação apresentada por Motov e Khan (2009) e Kopf e Patel (2010), que referem que o sexo feminino é associado a uma maior utilização dos serviços de saúde e a uma maior prevalência de determinados quadros de dor, apresentando limiares mais baixos, discriminando níveis de dor mais elevados e menos tolerância aos estímulos dolorosos do que os homens.

Em relação à idade dos doentes, para esta amostra, e uma vez que se trata de um SU exclusivamente de adultos, as idades variam entre os 18 e os 104 anos, com uma média de idade de 53,62 anos e uma mediana de 54 anos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2015), 65,8% da população residente em Portugal no ano 2012 tinha em 15 e 64 anos. Estes dados vão de encontro aos estudos realizados por Wheeler et al. (2010), Barreto et al. (2012) e Becker et al. (2015), em que a maioria das pessoas que recorrem ao SU são população ativa, sendo a média de idades nestes estudos, ,respetivamente 44,5 anos, 46,7 anos e 45,6 anos. Esta situação acarreta repercussões não só na saúde da pessoa, mas também no sistema de saúde em geral com os custos diretos associados e com os custos indiretos, nomeadamente o absentismo e perdas de emprego.

No que concerne ao fluxograma selecionado pelo enfermeiro na triagem, verificamos que 18,8% das pessoas que recorrem ao SU foram triadas por um fluxograma de dor, em que a dor abdominal, torácica e lombar são os com maior predomínio, com 5,6%, 4,3% e 4,1% respetivamente. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por Silva et al. (2013), que revelam que nos casos em que a dor esteve como queixa principal, esta localiza-se em seis regiões do corpo: cabeça (cefaleias), cervical, garganta, tórax, abdómen e região lombar. Neste estudo, 27,75% dos pacientes apresentaram dor numa localização corporal como queixa principal, levando à seleção de um fluxograma diretamente relacionado com dor. Souza, Toledo, Tadeu e Chianca (2011) evidenciam no seu estudo que a cefaleia e a dor abdominal corresponderam a 31,5% do total das queixas apresentadas, seguidas da indisposição no adulto (14%), da dor torácica (10,8%) e dos problemas nos membros (7,8%). Corroborando, Souza, Chianca, Diniz e Chianca (2012) revelam que no seu estudo os fluxogramas mais selecionados foram a cefaleia (17,4%), a dor abdominal (16,0%), a indisposição no adulto (12,3%), a dor torácica (10,5%), os problemas nos membros (7,1%) e a dor lombar (5,4%). No estudo de Sánchez, Alonso, Del Castillo e Armengol (2012), as queixas mais comuns que levaram à seleção de um fluxograma foram a dor abdominal (22%), os problemas nos membros (12%), a indisposição no adulto (11%) e a dor torácica (10%). Mais recentemente, Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior e Chianca (2014) verificaram que os fluxogramas mais selecionados na triagem foram a Indisposição no adulto, a dor abdominal, a dor torácica, a dor de garganta, as feridas e os vômitos, correspondendo a 44% do total de fluxogramas.

Estes dados reforçam a necessidade de melhor capacitar os enfermeiros que fazem triagem, investindo na formação, de forma a identificar e avaliar adequadamente as queixas da pessoa, de forma a selecionar o fluxograma mais apropriado.

Em relação ao discriminador selecionado na triagem, na maioria dos doentes que recorreram ao SU foi escolhido um discriminador de dor (55,3%), em que 33,8% correspondeu ao discriminador de dor moderada, (ou seja, apresentaram uma dor de 4 a 7 na EAN) e 14,7% correspondeu ao discriminador de dor ligeira (apresentaram uma dor de 1 a 3 na EAN). Estes discriminadores que apresentam maior percentagem são discriminadores gerais, que como já referimos anteriormente, são comuns a vários fluxogramas, existindo não só nos fluxogramas relacionados diretamente com dor (ex., indisposição no adulto, problemas nos membros). Silva et al. (2013), à semelhança do que ocorre com a seleção dos fluxogramas, referem que 42,86% dos doentes apresentaram dor associada à queixa principal, levando ao bloqueio de discriminadores relacionados com a dor.

Estes dados são parcialmente corroborados pelos seguintes autores: Downey e Zun (2010) referem que a dor é a razão mais comum para as pessoas recorrerem ao SU, confirmando que pelo menos 75% das pessoas apresenta uma queixa principal relacionada com a dor. Todd et al. (2007), afirmam que 78% das pessoas que recorrem ao SU apresentam como queixa principal a dor, sendo que a sua intensidade varia entre 4 e 10, com uma média de 8 (0 a 10). Num outro estudo, Berben et al. (2008) relatam que 91% das idas ao SU são devidas à dor, sendo que a média na admissão foi de 5,9 (0 a 10). Também Marinangeli et al. (2009) mencionam que a dor está presente em 2/3 das pessoas, sendo que 41,75% referem dor moderada a intensa. Nestes estudos a dor severa tem uma grande prevalência face aos dados da nossa amostra. Para Calil e Pimenta (2010), 56% dos pacientes apresentaram dor intensa e 29% dor moderada no momento da triagem. Um outro estudo, este de Baharuddin, Mohamad, Rahman, Ahmad e Him (2010), mostra que no momento da admissão 69% das pessoas manifestou dor moderada, enquanto 28,7% referiu dor severa. Este estudo destaca a disparidade de opinião das pessoas acerca da dor manifestada por elas, em oposição à avaliação por parte dos profissionais. Assim objetivou-se uma importante diferença entre a média de dor assinalada pelas pessoas e a assinalada pelos profissionais, sendo que a média de dor assinalada pelas pessoas no momento da admissão foi de 6,8, enquanto, a média assinalada pelos profissionais foi 4,3, respetivamente. Este dado demonstra que a dor tende a ser subvalorizada pelos profissionais de saúde em contexto de urgência.

Em contrapartida, Sánchez et al. (2012), referem que o discriminador de dor mais selecionado na triagem foi dor ligeira com 54%, depois a dor moderada com 44% e a dor severa com 2%. Esta discrepância de resultados poderá estar relacionada com a subjetividade inerente à dor, nomeadamente com a idade, sexo, experiência prévia de dor, ansiedade, cultura da pessoa com dor; bem como com enfermeiro que avalia a dor, tendo em conta a sua personalidade, vivências relativamente à dor, a sua sensibilidade e predisposição no momento da avaliação, podendo interferir na atribuição do valor numérico de dor (Coutinho, Cecílio & Mota, 2012). A sensibilização da população em geral e do enfermeiro, promovendo uma melhoria da sua formação profissional, pode contribuir para uma eficaz valorização da dor, quer em termos da intensidade, como de outras características essenciais, como a localização, duração, fatores de alívio e agravamento.

No que diz respeito à prioridade atribuída, a prioridade urgente ou muito urgente foi atribuída a 70,3% dos doentes. Destes, 55,2% obtiveram prioridade urgente e 15,1% prioridade muito urgente. Nesta amostra, apenas 22,3% detiveram prioridade pouco

urgente. Estes dados reforçam o referido relativamente ao discriminador selecionado, em que prevalece a prioridade urgente e esta está inerente ao discriminador de dor moderada. Na maioria dos estudos pesquisados não há referência direta à prioridade clínica no momento de triagem, mas de acordo com os dados do nível de dor está implícita a prioridade clínica.

Na bibliografia encontrada, a prioridade clínica que prevalece no momento da triagem é a pouco urgente. Sánchez et al. (2012), referem que a prioridade pouco urgente correspondeu a 50,5% das pessoas admitidas, a urgente correspondeu a 45% e a muito urgente a 5,5%. Igualmente no estudo de Souza et al. (2012), a maioria das pessoas (51,9%) foi priorizada como pouco urgente, seguida da urgente (19,6%) e da muito urgente (19,1%). No estudo de Becker et al. (2015) demonstraram a prevalência da prioridade pouco urgente (56,5%), seguida da urgente (15,9%) e da muito urgente (6,2%).

Em relação ao **estudo 2**, observou-se que 74,4% do enfermeiros do estudo são do sexo feminino e 25,6% do sexo masculino. Esta tendência é corroborada pelos dados da Ordem dos Enfermeiros (2012) que aponta para uma existência maioritária de enfermeiros do sexo feminino (81,3%) comparando com o sexo masculino (18,7%).

Relativamente à idade dos participantes, a média de idades é 36,16 anos e as idades variam entre os 22 e os 53 anos; ao tempo de exercício profissional a média é 13,4 anos e a experiência profissional varia entre 1 e 31 anos e; em relação ao tempo de exercício profissional especificamente no SU, a média é 9,88 anos e o tempo de experiência profissional oscila entre 1 e 27 anos. Estes dados levam-nos a afirmar que se trata de um grupo heterogéneo, com elementos novos, recém-formados, com pouca experiência profissional, bem como com profissionais já no final da carreira, com muitos anos de exercício profissional, nomeadamente na área da urgência.

Em relação às habilitações académicas, menos de metade dos participantes possuem apenas a Licenciatura em Enfermagem (44,8%), e 55,2% detém formação acrescida qualificada. Destes, cerca de um terço concluiu uma Pós-Graduação (23,3%) e um Curso de Mestrado (22,1%) e apenas 9,8% realizaram um Curso de Especialização em Enfermagem. Estes dados são corroborados pelo estudo de Pretorius et al. (2015), realizado também a enfermeiros de um SU, em que 63,3% destes possuíam formação acrescida qualificada.

Em relação à formação específica em dor, 62% dos participantes referem ter realizado essa formação. Destes, 68,3% relatam ter sido há mais de três anos e 21,8% referem

ter frequentado a formação entre um e três anos, considerando 86,4% dos enfermeiros a formação adequada para a prática diária.

Vários estudos apontam para a importância da realização de formação específica na gestão da dor com é o caso de Nascimento, Cardoso, Oliveira, Quina e Sardinha (2016), em que neste estudo, e contrariamente aos nossos dados, referem que dos inquiridos, metade nunca receberam formação específica em dor e 42% receberam noutras instituições onde trabalharam.

A análise das práticas de Enfermagem na gestão da dor e de acordo com a avaliação inicial, permite evidenciar que mais de 90% dos enfermeiros inquiridos referem que caracterizam a dor segundo a localização e a intensidade, que consideram os fatores de alívio e/ou agravamento da dor e identificam os sintomas associados à dor. Esta primeira avaliação da dor no SU, faz-se no momento da triagem, e a prática de caracterizar a dor segundo a localização e intensidade, deve-se ao facto de ser a informação necessária para a avaliação inicial da dor, triagem do doente, atribuição da prioridade clínica e encaminhamento do doente para a correspondente área clínica, de acordo com sistema informático instituído. Silva et al. (2013), referem que em relação à presença de dor na triagem, a investigação reflete a ausência de dados importantes como a avaliação da intensidade, duração e localização da dor. Segundo estes autores, o enfermeiro da triagem deve avaliar de forma completa a queixa de dor, aumentando assim a qualidade dos serviços prestados. Igualmente Souza et al. (2012), referiram que em apenas 16,72% dos doentes que relataram dor na avaliação inicial, houve uma descrição completa da dor, com registo do início, duração, localização, intensidade e presença de irradiação. Nos casos em que a descrição não foi completa, a falta da discriminação da intensidade da dor foi o problema mais identificado.

Para além disso, contrariamente aos nossos resultados em que 90,8% dos enfermeiros referem que reconhecem a pessoa como melhor avaliador da sua dor e 88,3% acreditam sempre na pessoa que sente dor; Mocerri e Drevdahl (2014) referem que somente 44% dos participantes tendem a acreditar nos autorrelatos de dor dos doentes, originando um tratamento inadequado. De acordo com Shaban et al. (2012) e Pretorius et al. (2014), a não-aceitação pelos enfermeiros do autorrelato subjetivo dos doentes em relação à sua dor, deve-se ao *burnout* originado pela excessiva carga de trabalho. Como tal, os enfermeiros inferem a dor, pela escassez de tempo permitido para realizarem uma avaliação adequada da situação de dor dos doentes. Esta realidade também é mencionada por Fry, Chenoweth e Arendts (2015), Gorawara-Bhat, Wong, Dale e Hogan (2016) e Pierik, Ijzeman, Gaakeer, Vollenbroek-Hutten, e

Doggen (2017), em que referem a incompatibilidade entre o autorrelato do doente e a observação comportamental do doente face à dor pelo enfermeiro, recorrendo à experiência na observação do comportamento e juízo clínico, para determinar a necessidade de analgesia. Mocerri e Drevdahl (2014), referem que mais de 50% dos participantes no estudo apresentam conhecimentos deficitários na área da avaliação da dor.

Pierik et al. (2017) no seu estudo referiram que a média de intensidade da dor relatada pelos doentes foi de 6,5 e a média da classificação pela avaliação dos enfermeiros foi de 4,0, em que a compatibilidade entre o autorrelato dos doentes e a avaliação dos enfermeiros em relação à classificação da dor foi só de 27%. 63% dos enfermeiros avaliaram o nível de dor dos doentes como menos intensa do que a autoavaliação dos próprios e quase 10% dos enfermeiros sobreavaliaram a dor dos doentes. Assim, quanto mais severa é a dor do utente, mais frequentemente a dor é subestimada pelo enfermeiro. Contrariamente, a margem de erro na avaliação da dor é elevada quando os doentes relatam dor ligeira.

Por outro lado, é referido que mais de 67,5% dos enfermeiros, nunca ou raramente, avaliam o impacto socioeconómico e espiritual da dor. Não foram encontrados estudos que validem esta informação, mas possivelmente, atendendo ao preconizado pelo Sistema de Triagem de Manchester, ao elevado número de doentes e escassez de tempo, esta avaliação seja relativizada. Coutinho et al. (2012), como já foi referido anteriormente, enumeram várias situações que podem interferir com a avaliação inicial da dor, entre as quais se destaca a localização da dor, a ingestão prévia de analgésicos, a idade, o sexo, a experiência prévia de dor, as influências culturais, a ansiedade e o compromisso nas atividades de vida diária.

A natureza subjetiva da dor, a complexidade e multidimensionalidade do relato da dor, referenciado por Gorawara-Bhat et al. (2016), a renitência em relatar a dor e a inadequada avaliação inicial referida por Pretorius et al. (2014) e reavaliação da dor, relatada por Fry et al. (2015), Gorawara-Bhat et al. (2016) e Pretorius et al. (2014), são condições que comprometem negativamente a avaliação da dor.

Relativamente ao planeamento, mais de 70% dos enfermeiros do estudo referem que, sempre ou frequentemente, planeiam intervenções para o controlo de dor, consideram o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor e colaboram ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor. Ressalvamos também que cerca de metade da amostra, nunca ou raramente identifica

diagnósticos de dor. Relativamente a esta etapa, não foi encontrado na literatura estudos que corroborem esta informação, mas está implícito no processo de Enfermagem que, após uma avaliação e antes de qualquer intervenção, o enfermeiro faça um planeamento da sua prática. Este plano de ação é estabelecido em colaboração com a equipa multidisciplinar, pois o sucesso de qualquer plano, não depende isoladamente de um profissional, mas sim do contributo de todos. A baixa prevalência de identificação de diagnósticos de dor como recomenda a Ordem dos Enfermeiros (2008), poderá estar relacionada com a falta de tempo, elevado volume de trabalho, falta de formação e exigências do serviço, sendo barreiras identificadas à adequada gestão da dor (Shaban et al., 2012; Pretorius et al., 2015). Em relação às práticas dos enfermeiros consideram o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor bem como o fluxograma (ex. cefaleias, dor abdominal, dor torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor (este com menos predomínio 60,5%), deve-se ao facto de esta informação ficar disponível e de fácil acesso no sistema informático após a triagem, sendo um ponto de partida para o planeamento das intervenções a realizar para o controlo da dor.

Em relação às intervenções farmacológicas, mais de 95% dos enfermeiros do estudo referiram, sempre ou frequentemente, que conhecem os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais e interações medicamentosas) e vigiam a segurança da terapêutica analgésica. Estes dados diferem dos estudos encontrados em que os participantes referem dificuldades ao nível das intervenções farmacológicas. Mocerri e Drevdahl (2014), referem que mais de 50% dos participantes no estudo apresentam conhecimentos deficitários na área das intervenções farmacológicas, especificamente relacionadas com a farmacologia opióide. Já Nascimento et al. (2016) destacam que 24,2% dos profissionais possuíram alguma dificuldade em administrar analgésicos ao doente, relacionada com deficiência na prescrição médica e dificuldades administrativas. 48,2% dos profissionais relataram só iniciar analgesia a partir da dor moderada. Acrescentam que a administração combinada de analgésicos, seguindo a escada analgésica da OMS, é uma prática recomendada, no entanto, os enfermeiros ainda não reconhecem essa prática, inclusive, apresentam dificuldades em validar a morfina como um fármaco analgésico de escolha quando outros tratamentos farmacológicos não são eficazes.

No que diz respeito às intervenções não farmacológicas os resultados são dispares. Mais de 90% dos enfermeiros referem que sempre ou frequentemente adequam o posicionamento da pessoa e promovem o conforto para o controlo da dor. Porém,

cerca de 70% dos enfermeiros referem que nunca ou raramente executam a técnica de imaginação guiada, de massagem e de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor. Alguns estudos vão de encontro a estes resultados, como é o caso de Fry et al. (2015) e Gorawara-Bhat et al. (2016), que mencionam que os enfermeiros defendem a necessidade de reduzir a ansiedade, providenciando medidas simples de conforto e cuidado com a segurança do doente, facilitando a gestão da dor. No estudo de Batalha (2013), os tipos de intervenções não-farmacológicas mais utilizados foram as medidas de conforto (52%), distração (41%) e posicionamentos (24%).

Na reavaliação da dor no doente após intervenções antiálgicas, salientamos que cerca de 80% dos enfermeiros, sempre ou frequentemente, monitorizam a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas e comunicam os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado. 59,9% monitorizam a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas, revelando uma diferença significativa na monitorização das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, que vai de encontro à prevalência da utilização das diferentes intervenções. Bergman (2012), revelou áreas de comunicação ineficaz entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar, resultando numa sensação de não coesão, interferindo com a avaliação e tratamento do doente.

Para além disso, destacamos no nosso estudo que 66,5% dos enfermeiros referem que nunca ou raramente programam no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor. No que se refere à reavaliação do paciente após a administração do fármaco analgésico e segundo os estudos de Oliveira et al. (2013) e Nascimento et al. (2016), 85% e 90,1% dos profissionais afirmaram que na maioria das vezes, ou sempre, avaliam a dor do doente após analgesia, contudo, não foi encontrado nenhum registo referente à melhoria da dor após medidas analgésicas, aquando de auditorias aos processos clínicos. Estes dados vem também corroborar os do nosso estudo, quando os enfermeiros referem que registam menos de metade das intervenções realizadas, possivelmente por falta de tempo, excesso de trabalho, estabelecimento de prioridades.

Gorawara-Bhat et al. (2016) ressaltam a importância de desenvolver programas eletrónicos para lembrar a importância da reavaliação da dor, como é o caso do programa informático “Reminder to Reassess”, sugerido por uma enfermeira, que foi implementado no SU onde foi realizado o estudo.

Em relação ao registo, mais de 60% dos profissionais referem que sempre ou frequentemente registam a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no

programa informático, registam as características e história de dor em notas de Enfermagem, registam sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças no plano terapêutico. Porém 41% dos profissionais referem que raramente ou nunca realizam o registo sistemático das intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças no plano terapêutico.

Oliveira et al. (2013), referem que em apenas 46,6% dos processos clínicos foram encontrados registos de dor e nestes registos, os enfermeiros limitaram-se a anotar nas evoluções a intensidade numérica, a localização e a analgesia utilizada, porém, o registo deve abranger não apenas o local e a intensidade, mas também os fatores de alívio e/ou agravamento, os prejuízos advindos da dor, a descrição do evento doloroso e a satisfação com a analgesia. O registo adequado da dor e as suas características é fundamental para seu manuseio adequado, permitindo à equipa avaliar a eficácia das estratégias analgésicas realizadas, bem como a evolução do quadro doloroso. Mesmo a ausência de dor deve ser registada. Também Nascimento et al. (2016) referenciam que apenas 49,1% dos profissionais de saúde registam sempre as avaliações/intervenções referentes à dor. Estes dados vêm corroborar, de certa forma os do nosso estudo, uma vez que há uma maior prevalência no registo da intensidade da dor no suporte informático, bem como as intervenções analgésicas, pela fácil acesso no programa informático; contudo as intervenções não farmacológicas, como não são prescritas no programa informático, apesar de serem realizadas, habitualmente não são registadas por falta de tempo e questões hospitalares, como foi relatado por Shaban et al. (2012). Estes referem que a avaliação da dor é influenciada por aspetos respeitantes à burocracia hospitalar e direção clínica do hospital, bem como pela falta de tempo para iniciar ou completar os registos do doente, traduzindo-se, consoante dados extraídos por Fry et al. (2015), em escassez de documentação relacionada com os registos das características do fenómeno dor.

Para as práticas ensino à pessoa com dor, mais de 70% dos inquiridos referiram que sempre ou frequentemente, ensinam a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgesia e instruem a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor. Contudo, Nascimento et al. (2016) salientam que 73,2% dos doentes, omitem a presença e intensidade da dor.

No que concerne à utilização das escalas de avaliação de dor mais utilizadas, verificamos que a grande maioria dos profissionais 84,8%, referem utilizar a EAN na prática diária, 44,5% referem utilizar a EF e 41% mencionam usar a EVA. Provavelmente isto deve-se ao facto de serem as escalas contempladas no programa

informático. Morais, Matozinhos, Borges, Borges e Campos (2009), no estudo realizado, em relação aos métodos de avaliação para mensurar a intensidade da dor, apontam que 53,3% dos enfermeiros utilizavam a EQ, 13,3% a EVA, 53,3% a EAN, 53,3% EF, 6,6% utilizava outro tipo escala e 6,6% relatou não avaliar a dor do paciente. De acordo com os dados de Mocerri e Drevdahl (2014), é possível verificar que os enfermeiros detêm um baixo nível de conhecimento em relação à avaliação da dor, nomeadamente à utilização de escalas de avaliação. Fry et al. (2015), Fry, Arendts e Chenoweth (2016) e Gorawara-Bhat et al. (2016), expõem a utilização inadequada de escalas para avaliar a intensidade da dor em adultos com défice cognitivo, por incapacidade de compreensão do conceito (EVA, EQ) e pelo desprovimento de recursos materiais e/ou instrumentos específicos para avaliação da dor, como indicado por Fry et al. (2015). Estes autores referem que estes doentes preferem dar uma descrição qualitativa da sua dor. Fry et al. (2016) destacam a aplicação da escala PAINAD no SU de forma a transmitir informações mais precisas sobre a intensidade da dor, o que muitas vezes não era possível quando se baseava numa EVA, EQ. Os descritores de dor física e psicológica, contidos nos itens na PAINAD, forneceram dados claros e objetivos para determinar melhor a intensidade da dor da pessoa, garantindo uma maior probabilidade de analgesia adequada e oportuna. Nascimento et al. (2016) referem que apenas 18,8% dos profissionais inquiridos referem possuir alguma escala de avaliação da dor como material de trabalho.

Em relação à percepção dos enfermeiros sobre a percentagem de registos face às intervenções realizadas na avaliação e controlo de dor, os dados revelam que menos de metade das intervenções realizadas são registadas. Estes dados são corroborados por Oliveira et al. (2013) e Nascimento et al. (2016), que como já foi referido anteriormente apesar dos profissionais afirmarem que quase sempre avaliam a dor do doente após analgesia, porém, este facto não se traduz na prática, uma vez que não foi encontrado nenhum registo em relação à reavaliação após intervenções para controlo da dor. Shaban et al. (2012) acrescentam que a prática de registo é realizada de uma forma deficitária.

De acordo com a amostra, as barreiras/dificuldades sentidas pelos enfermeiros na adequada gestão da dor são: a falta de tempo e formação, o volume de trabalho, a falta de recursos humanos, a gestão de ambiente físico e falta de privacidade, os recursos materiais e a falta de protocolos para controlo da dor. Estas barreiras são corroboradas pelos estudos encontrados. O estudo de Shaban et al. (2012), à semelhança do nosso, refere a falta de tempo a barreira mais significativa na gestão

da dor (tempo para avaliar os doentes, para obter analgesia e para completar os registos). Para além disso, citam também o volume de trabalho, as exigências do serviço, o espaço físico, o equipamento disponível, a gestão organizacional, a rotatividade e o trabalho por turnos, a falta de cooperação interdisciplinar e a existência de *guidelines* complexas como obstáculos à gestão da dor. Bergman (2012), identificou três barreiras principais para o controlo e tratamento de dor que foram a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros (que está relacionada com o elevado número de doente e a falta de pessoal), a percepção de não coesão entre a equipa multidisciplinar (referem que os enfermeiros mais novos não dão valor ao significado da profissão e os mais velhos são menos propensos a oferecer ajuda) e a frustração (devido à manipulação da escala da dor pelos doentes de forma a receberem o atendimento desejado).

Pretorius et al. (2015) também identificam como barreiras à gestão da dor a falta de tempo, a falta de formação na gestão da dor, a distribuição dos enfermeiros por doentes que carecem de muitos cuidados, a relutância dos doentes em relatarem a dor, a relutância dos enfermeiros em administrar opióides e o tempo para encontrar o armário desses medicamentos, a inexistência de acessos endovenosos e, a avaliação inicial e reavaliação da dor inadequadas. Sampson et al. (2014), referem que a abordagem correta para uma adequada gestão da dor no SU é uma problemática bem conhecida em todo o mundo ao nível dos cuidados de saúde públicos, e as razões apontadas para o tratamento da dor inadequado e moroso são a falta de consciencialização e conhecimento sobre a gestão da dor, dificuldades na avaliação e reavaliação da dor e problemas estruturais no SU.

Fry et al. (2015) e Fry et al. (2016) apontam como barreiras à gestão da dor, a falta de ferramentas para avaliação da dor em pessoas idosas com défices cognitivos, uma vez que a generalidade dos profissionais recorrem a escalas analógicas visuais ou verbais e, a maioria dos doentes não compreendem o conceito quando questionados acerca do *score* de dor. Acrescentam ainda a comunicação e o processo de envelhecimento (mudanças psicológicas e comorbilidades) como limitadores na gestão da dor. Os participantes do estudo de Fry et al. (2015), aludem para a dificuldade em avaliar a dor em pessoas com dor crónica, devido à maior tolerância à dor e relatam que elaboraram outras estratégias para identificar o tipo e a intensidade da dor, como é o caso dos sinais e sintomas observados e manifestados pelos doentes, alterações dos parâmetros fisiológicos, bem como a utilização da EF. Em conformidade com Fry et al. (2015), a existência de protocolos que limitam que o enfermeiro possa iniciar

analgésia é outra barreira à implementação de medidas terapêuticas na gestão da dor.

Relativamente à análise inferencial, e tendo por hipótese 1 “as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante o sexo do profissional que as realiza”, verificamos que não existe diferença estatisticamente significativa quer no global quer em cada uma das práticas da gestão da dor ($p > 0,05$), sendo a distribuição das práticas de Enfermagem na gestão da dor independente da distribuição do sexo.

Por outro lado, na hipótese 2 “as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante a formação em dor do profissional que as realiza” atestamos que existe diferença estatisticamente significativa na prática global de gestão da dor entre os profissionais com formação em dor e os sem formação ($p = 0,02$), apresentando o grupo com formação scores médios mais elevados. Estes dados são corroborados pelo estudo de Tabane e Buschmann (2000), em que os enfermeiros com maiores qualificações ou formação, têm níveis de conhecimentos mais elevados sobre a gestão da dor.

Em relação à hipótese 3 “as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor diferem consoante as habilitações académicas do profissional que a realiza” verificamos que quer no global quer em cada uma das práticas, não existe diferença com significado estatístico nas práticas de gestão da dor em função das habilitações académicas. Estes dados são confirmados pelo estudo de Mocerri e Drevdahl (2014), que verificou que não existem diferenças entre os níveis de formação académica e os conhecimentos com a gestão da dor. Em oposição, Tabane e Buschmann (2000), referem que os enfermeiros mais qualificados, especificamente com mestrado, detêm níveis de conhecimentos mais elevados sobre a gestão da dor.

Para a hipótese 4 “as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor variam de acordo com o tempo de exercício profissional do profissional que as realiza” e hipótese 5 “as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor variam de acordo com o tempo de exercício profissional no SU do profissional que as realiza”, atestamos que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no SU demonstram piores práticas de gestão de dor. Contrariamente Mocerri e Drevdahl (2014), referem não haver diferenças entre os conhecimentos na dor e o tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no SU.

CONCLUSÃO

O cuidado em Enfermagem requer do enfermeiro várias competências, sendo necessário um olhar atento para as necessidades do doente, uma habilidade fina para a execução de técnicas e um conhecimento profundo do processo do cuidar. A gestão da dor, elevada ao nível de 5.º sinal vital e inserida nesse processo do cuidar, apresenta-se como um estado avançado da arte, no qual o enfermeiro precisa de dominar novas tecnologias e conhecimentos específicos. O enfermeiro no SU assume um papel preponderante na promoção de boas práticas na gestão da dor, desde a identificação, avaliação inicial, intervenção, registo e reavaliação sistemática.

Neste capítulo salientamos as principais conclusões do trabalho de investigação realizado, demonstrando a prevalência da dor no SU, bem como as práticas, formação e barreiras da gestão da dor. Serão também enumeradas as limitações do estudo desenvolvido, alertando para os seus pontos fracos e propondo estratégias de melhoria para futuras investigações, bem como as estratégias para melhorar a gestão da dor. Para além disso serão evidenciados os pontos fortes e os ganhos alcançados com o trabalho desenvolvido.

A dor, tanto a nível nacional como internacional, é considerada um importante problema de saúde pública, não só pela sua alta prevalência, mas também pelos elevados custos, continuando a ser negligenciada pela sociedade. Nos últimos anos, a dor tem sido alvo de preocupação e investigação, verificando-se uma melhoria na sua gestão, com alteração de comportamentos e atitudes dos profissionais. No entanto, em Portugal e mais especificamente no SU, a monitorização da dor como 5.º sinal vital, bem como os cuidados que lhe estão inerentes nem sempre são uma realidade. Uma vez que a dor é uma das principais razões pela procura de cuidados de saúde, constituindo uma das queixas mais frequentes no SU, e se reconhece a complexidade na avaliação e tratamento da pessoa com dor em contexto de SU, torna-se premente o investimento dos enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica nesta área, atendendo ao seu perfil de competências específicas nomeadamente no que diz respeito à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, bem como pela gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº. 124/2011).

Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico para todas as pessoas sem exceção, detendo o enfermeiro, pela relação de proximidade que estabelece, um papel preponderante na gestão deste processo complexo.

O estudo 1 permitiu concluir que a dor é muito prevalente enquanto fenómeno de recorrência ao SU uma vez que mais de 50% dos doentes foram triados por discriminador de dor. Este fenómeno atinge todas as prioridades clínicas sendo a mais prevalente a urgente, e como já foi descrito, está inerente ao discriminador de dor moderada.

No estudo 2, e em relação à formação específica em dor, podemos atestar que a maioria dos enfermeiros detém essa formação, considerando-a adequada para a prática diária na gestão da dor, refletindo-se nos resultados das práticas. Para as práticas em questão, no geral podemos referir que os enfermeiros possuem boas práticas ao nível da avaliação inicial, planeamento, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, reavaliação, registo e ensino à pessoa com dor. Em relação à avaliação inicial, a maioria dos enfermeiros refere cumprir os itens citados, realçando a caracterização da dor segundo a localização e intensidade, consideração dos fatores de alívio e/ou agravamento da dor e identificação dos sintomas associados à dor com respostas de sempre ou frequentemente superiores a 90%. Em contrapartida parece que estão menos sensíveis ao impacto socioeconómico e espiritual da dor, sendo uma área que requer intervenções e maior preocupação. Ao nível do planeamento, também a maioria dos enfermeiros refere boas práticas para todas as atividades enumeradas, à exceção da identificação de diagnóstico de dor. Para as intervenções farmacológicas enumeradas, mais de 95% dos enfermeiros realçam ter conhecimentos na área, uma vez que conhecem os fármacos analgésicos prescritos e vigiam a segurança da terapêutica administrada. Em relação às intervenções não farmacológicas, concluímos haver uma disparidade nos conhecimentos e nas atividades desenvolvidas, uma vez que quase a totalidade dos enfermeiros promovem o conforto e adequam o posicionamento da pessoa para o controlo da dor (técnicas fáceis de executar no SU), porém uma grande percentagem não executa a técnica de relaxamento, massagem e imaginação guiada. No que diz respeito à reavaliação, a maioria dos enfermeiros realizam-na quer para as intervenções farmacológicas quer não farmacológicas. Face aos registos, conclui-se que a maioria dos enfermeiros regista a intensidade, as características e história de dor, bem como as intervenções farmacológicas, contudo, essa prevalência é inferior no que diz respeito às intervenções não farmacológicas. Realça-se também que os enfermeiros registam menos de metade das intervenções realizadas. O ensino sobre os efeitos colaterais da terapêutica e a necessidade de

alertar precocemente os profissionais de saúde para as alterações à dor, de forma a intervir precocemente, é uma preocupação dos enfermeiros, porém o conhecimento e ensino ao doente sobre o autocontrolo da dor ainda é uma área pouco explorada.

Os enfermeiros possuem conhecimentos sobre as escalas de avaliação da dor e utilizam-nas na sua prática diária. A grande maioria utiliza mais do que uma escala diariamente, sendo a EAN, a escala de avaliação de dor mais utilizada.

A gestão da dor pela subjetividade e complexidade que lhe é inerente, não é uma tarefa fácil de concretizar. Os enfermeiros apontam como barreiras/dificuldades sentidas na gestão da dor, maioritariamente, a falta de tempo e formação, o volume de trabalho e a falta de recursos humanos.

Na análise inferencial, onde avalíamos se as práticas de Enfermagem são influenciadas por características individuais, concluiu-se que as práticas de Enfermagem na gestão da dor são independentes do sexo e habilitações académicas, contudo o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional no SU estão globalmente associados a piores práticas de gestão de dor. Ao passo que a formação específica em dor está associada a melhores conhecimentos e melhores práticas na gestão da dor.

Os resultados deste trabalho evidenciam áreas onde as práticas de Enfermagem têm uma boa adesão e áreas onde são necessários esforços de melhoria. Alertam para a necessidade de maior compromisso de todos os profissionais envolvidos, incluindo os gestores, sendo necessário intervir ao nível da formação, incidindo particularmente nas áreas mais críticas. A formação dos profissionais, deverá ter em consideração as necessidades formativas e ser promotora de melhores práticas na gestão da dor. Deve partir com sessões de treino (prático e formativo) para avaliação e diagnóstico da dor nos doentes no SU, recorrendo a escalas de avaliação e julgamento clínico que melhorem a implementação de intervenções de controlo da dor (farmacológicas e não farmacológicas), bem como uma maior valorização do registo das atividades realizadas e monitorização da evolução da resposta do doente.

A elevada prevalência do doente com dor no SU alerta para a necessidade de melhoria da abordagem do doente, logo na fase de triagem. Recomendamos a criação de protocolos de analgesia geridos pelo enfermeiro, com supervisão clínica, que possam contribuir para um tratamento eficaz da dor logo no momento da sua chegada ao SU. Para além disso, sugere-se a implementação de ferramentas de avaliação da dor pela observação comportamental/fisiológica para pessoas com défice cognitivo, de forma a alcançar uma elevada consistência na prática na equipa.

Consideramos que a realização do estudo permitiu dar resposta à questão de investigação e aos objetivos definidos. Contudo reconhecemos algumas limitações no processo de investigação, que recomendam algum cuidado na generalização destes resultados.

Identificamos como limitações do estudo o facto de não termos tido acesso a nenhuma escala validada para avaliar o fenómeno em estudo. Procedemos à construção de uma versão inicial de um instrumento de avaliação. Apesar do esforço de rigor na sua fundamentação teórica e realização da análise semântica e de conteúdo, a dimensão da amostra não permitiu o estudo mais profundo das suas características psicométricas, nomeadamente da sua estrutura fatorial. No entanto, globalmente a escala apresenta consistência interna adequada. Tendo em consideração estes limites, optámos por centrar a nossa análise item a item, o que pode ter dificultado a leitura do documento mas permitiu uma análise mais detalhada das práticas em estudo.

A técnica de amostragem e a dimensão da amostra não garantem a representatividade da população em estudo, recomendando-se algum cuidado na generalização destes resultados. A pouca experiência do investigador, a escassez de estudos disponíveis sobre a temática no contexto dos SU em Portugal, aliada ao pouco tempo disponível, dificultaram uma análise mais abrangente dos resultados alcançados.

Com os resultados obtidos e, apesar das limitações enunciadas, procurámos contribuir para a discussão da temática da dor em contexto de SU, ajudando certamente na realização de estudos de investigação nesta área, desenvolvidos por enfermeiros, permitindo refletir acerca das suas práticas e comportamentos, consolidando conhecimentos e sustentando a tomada de decisão perante a pessoa com dor. Sugerimos ainda a replicação deste estudo com uma amostra maior e representatividade nacional e que validem o instrumento de colheita de dados.

Concluído este estudo, fica a convicção de que foram atingidos os objetivos inicialmente propostos. A identificação de aspetos a melhorar e a sugestão de ações de melhoria, tendo por base os resultados obtidos, foi sem dúvida um enorme contributo para a valorização do nosso trabalho. Temos plena consciência de que há muito a fazer e a investigar neste domínio, mas temos a forte convicção de que a realização deste estudo gerou evidência científica sobre a gestão da dor no doente no SU.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. (2008). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse)*. Organisation des services de santé. Montreal, Canada
- Arantes, Q. L. C. A., & Maciel S. G. M. (2008). *Avaliação e tratamento da dor*. Conselho Regional Medicina de São Paulo. São Paulo
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2013). Chronic pain and health services utilization is there overuse of diagnostic tests and inequalities in non-pharmacologic treatment methods utilization? *Medical Care*, 51(10), 859-869. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23969588>
- Baharuddin, K. A., Mohamad, N., Rahman, N. H. N. A., Ahmad, R., & Him, N. A. S. N. (2010). Assessing patient pain scores in the emergency department. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 17(1), 17-22. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3216146/>
- Barreto, R. F., Gomes, C. Z. L., Silva, R. M., Signorelli, A. A. F., Oliveira, L. F., ... Ribeiro, S. B. F. (2012). Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Dor*, 13(3), 213-219. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n3/v13n3a04.pdf>
- Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crônica*. Lisboa, Portugal: Permanyer Portugal. Recuperado de <http://www.aped-dor.org/index.php/publicacoes/biblioteca-da-dor/71-multidisciplinaridade-e-organizacao-das-unidades-de-dor-cronica>
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*, 16-21. Recuperado de https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf
- Becker, J. B., Lopes, M. C. B. T., Pinto, M. F., Campanharo, C. R. V., Barbosa, D. A., & Batista, R. E. A. (2015). Triagem no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem*

da USP, 49(5), 783-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361042235011>

Berben, S. A., Meijs, T. H., Van Dongen, R. T., Van Vugt, A. B., Vloet, L. C., ... Van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the accident & emergency department. *Injury: International Journal of the Care of the Injured*, 39(5), 578-85. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138307001659>

Bergman, C. L. (2012). Emergency nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' pain. *Journal of emergency nursing*, 38, 218-25. doi: 10.1016/j.jen.2010.09.017

Bial, E., & Cope, D.K. (2011). Introduction to pain management, historical, perspectives, and careers in pain management. In Vadivelu, N., Urman, R. D., & Hines, R. L., *Essentials of pain management* (pp. 3-16). New York, USA: Springer Science. doi: 10.1007/978-0-387-87579-8

Bottega, F. H., & Fontana, R.T. (2010). A dor como quinto sinal: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *SciELO*, 19 (2), 283-290. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf>

Calil, A. M., & Pimenta, C. A. M. (2010). Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 53-9. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100009&script=sci_arttext

Cardoso, M. G. M. (2009). *Controle da dor*. In Maciel, M. G. S., Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro. ANCP.

Carr, E., & Christensen, M. (2010). Introduction to advancing practice in pain management. In Carr, E., Layzell, M., & Christensen, M., *Advancing nursing practice in pain management* (pp. 1-10). Oxford, United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd

Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. L. M. (2010). A Dor crônica em Portugal. *Pain Proposal*. Recuperado de https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf

Cordeiro, A. C., Silveira, A. M., & Raposo, A. S. (2002). Triage nos Serviços de Urgência Geral. *Nursing*, 14(163), 12-16

- Costa, C. A., Santos, C., Alves, P., & Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13(6), 855-867. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1697/169718445007.pdf>
- Coutinho, A., Cecílio, L., & Mota, J. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(2), 188-98. Recuperado de <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/101/v22n2a10.pdf>
- Cox, F. (2010). Basic principles of pain management: assessment and intervention. *Nursing Standart*, 25(1), 36-39. Recuperado de <https://www.deepdyve.com/lp/royal-college-of-nursing-rcn/basic-principles-of-pain-management-assessment-and-intervention-one0WzRe0X>
- Curtis, L. A., & Morrell, T. D. (2006). Pain management in the emergency department. *Emergency Medicine Practice*, 8(7), 1-28. Recuperado de <http://cdn.slremeducation.org/wp-content/uploads/2015/02/Pain-Management-in-the-Emergency-Department.pdf>
- Dall'Agnol, L., & Marteleite, M. (2009). Hidroterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia. *Revista Dor*, 10(3), 250-254
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República nº205/1996 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/a/241564>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de http://www.academia.edu/350728/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor_Nacional_Plan_for_the_Fight_Against_Pain
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular Normativa nº09/DGCG. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de <http://docplayer.com.br/11768-Circular-normativa-assunto-a-dor-como-5o-sinal-vital-registo-sistematico-da-intensidade-da-dor.html>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Circular Normativa nº11/DSCS/DPCP. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor)*. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de

<http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

- Downey, L. V., & Zun, L. (2010). Pain management in the emergency department and its relationship to patient satisfaction. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 336-330. Recuperado de <http://sci-hub.io/10.4103/0974-2700.70749>
- Duignan, M., Dip, & Dunn, V. (2008). Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: a replication. *International Emergency Nursing*. 16(1), 23-28. doi: 10.1016/j.ienj.2007.09.003
- Duignan, M., & Dunn, V. (2009). Perceived barriers to pain management. *Emergency Nurse*, 16(9), 31-35. Recuperado de <http://sci-hub.bz/10.7748/en2009.02.16.9.31.c6848>
- European Pain Federation. (2016). *About pain*. Recuperado de <http://www.efic.org/index.asp?sub=OEIX4QVHa073B4#Pain>
- Ferreira, P. J. O. (2007). Cuidando profissionalmente do ser humano em vigência de dor: uma abordagem compreensiva. In E. R. Leão, & L. D. Chaves (Eds.), *Dor 5º Sinal Vital: Reflexões e intervenções de Enfermagem* (2ª ed.) São Paulo, Brasil: Livraria Martinari
- Fortin, M. F. (2009a). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta
- Fortin, M. F. (2009b). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5ª ed.) Loures, Portugal: Lusociência
- Fry, M., Bennetts, S., & Huckson, S. (2011). An Australian audit of ED pain management patterns. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 269-274
- Fry, M., Chenoweth, L., & Arendts, G. (2015). Assessment and management of acute pain in the older people with cognitive impairment: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 24, 54-60. doi: 10.1016/j.ienj.2015.06.003
- Fry, M., Arendts, G., & Chenoweth, L. (2016). Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1281-90. doi: 10.1111/jocn.13591
- Gatti, M. F. Z., & Avansi, P. A. (2007). Dor em Emergência. In Leão, E. R., & Chaves L. D. *Dor 5º Sinal Vital: Reflexões e intervenções de Enfermagem* (2ª ed.). São Paulo: Livraria Martinari

- Gatti, M. F. Z., & Leão E. (2004). O papel diferenciado do enfermeiro em Serviço de Emergência: a identificação de prioridades de atendimento. *Revista Nursing*, 73(7), 24-29
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Atlas
- 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*, 100(2), 231-41. doi: 10.1016/j.pec.2016.08.019
- Grupo Português de Triage. (2015). *Sistemas de Triage de Manchester*. Recuperado de http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Graner, K. M., Junior, A. L. C., & Rolim, G. S. (2010). Dor em Oncologia: Intervenções Complementares e Alternativas ao Tratamento Medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 345-355
- Guedes, H. M., Almeida, A. G. P., Ferreira, F. O., Júnior, G. V., & Chianca, T. C. M. (2014). Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 37-44. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn1/serlVn1a05.pdf>
- Guimarães, K. C. N., Dorneles, B. A. S., Mello, G. C., Sampaio, F. H., Lima, N. G., Tupem, L. S., ... Stadník, C. M. B. (2010). Eficácia da mensuração do quinto sinal vital no controle da dor pós-operatória: um ensaio clínico randomizado. Projeto piloto. *Revista Dor*, 11(4), 304-308. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1652.pdf>
- Hogan, L. S. (2005). Patient satisfaction with pain management in the emergency department. *Topics in Emergency Medicine*, 27(4), 284-294. Recuperado de http://journals.lww.com/aenjournal/Abstract/2005/10000/Patient_Satisfaction_With_Pain_Management_in_the.9.aspx
- Infopédia. (2017). *Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico*. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Recuperado de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/dor>

- International Association for the Study of Pain. (2011). *Dor aguda. Qual é o problema?* Recuperado de http://www.apeddor.com/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portuguese.pdf
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP taxonomy*. Washington D.C., USA. Recuperado de <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- International Council of Nurses. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2015*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Estatísticas demográficas 2014*. Lisboa, Portugal estatísticas oficiais. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003182&selTab=tab0&xlang=pt
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2010). *Pain current understanding of assessment, management and treatments*. Recuperado de www.reliefinsite.com/downloads/pain
- Joint Commission Resources, & Joint Commission International. (2010). *Approaches to Pain Management - An Essential Guide to Clinical Leaders. Joint Commission Resources* (2ª ed.). 1-168
- Kazanowski, M. K., & Laccetti, M. S. (2005). *Dor: Fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Keating, L., & Smith, S. (2011). Acute pain in the emergency department: the challenges. *British Journal of Pain*, 5(3), 13-17. Recuperado de <http://scihub.bz/10.1177/204946371100500304>
- Kopf, A., & Patel, N. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle, EUA: IASP. Recuperado de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf
- Lemos, A. (2007). *Dor crónica: diagnóstico, investigação, tratamento*. São Paulo, Brasil: Atheneu
- Magalhães, L. (2015). Dor aguda e dor crónica: síndromes dolorosas. In Batalha, L., Magalhães, L., Oliveira, C., Vilarinho, S., Nobre, P., ..., Ricou, M., *A dor - uma visão multidisciplinar* (pp. 37-52). Lisboa, Portugal: Coisas de Ler Edições, Lda
- Manchester Triage Group. (2014). *Emergency triage* (3ª ed.). UK: Wiley Blackwell

- Marinangeli, F., Narducci, C., Ursini, M. L., Paladini, A., Pasqualucci, A., Gatti, A., & Varrassi, G. (2009). Acute pain and availability of analgesia in the prehospital emergency setting in Italy: A problem to be solved. *Pain Practice: the official journal of World Institute of Pain*, 9(4), 282-288. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1533-2500.2009.00277.x/pdf>
- Melzack, R., & Wall, P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da dor; Modalidades de tratamento; Psicologia do doente*. Loures, Portugal: Lusociência
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010. Vol. II: Orientações Estratégicas*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude.aspx>
- Moceri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 40, 6-12 doi: 10.1016/j.jen.2012.04.014
- Morais, F. F., Matozinhos, J. P., Borges, T. T., Borges, C. M., & Campos, A. C. (2009). Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. *Revista Ciência & Saúde*, 2(2), 73-7. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/6378/5370>
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Almedina. Coimbra, Portugal: Edições Almedina
- Motov, S. M., & Khan, A. (2009). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *Journal of Pain Research*, 2, 5-11. Recuperado de <https://www.dovepress.com/problems-and-barriers-of-pain-management-in-the-emergency-department-a-peer-reviewed-article-JPR>
- Muntlin, A., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of clinical nursing*, 15(8), 1045-1056. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652702.2006.01368.x/abstract;jsessionid=BA05FAB83F15B09F2810EA5A466E9FD9.d03t03?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>>

- Nascimento, L. A., Cardoso, M. G., Oliveira, S. A., Quina, E., & Sardinha, D.S. (2016). Pain management: evaluation of practices adopted by health professionals of a secondary public hospital. *Revista dor*, 17(2), 76-80. doi: 10.5935/1806-0013.20160019
- National Pharmaceutical Council & Joint Commission Accreditation On Healthcare Organizations. (2001). *Pain: Current understanding of assessment, management, and treatments*. Recuperado de <http://www.npcnow.org/system/files/research/download/PainCurrentUnderstanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf>
- Neves, L. M. (2010). Triagem de Manchester a) Enquadramento conceptual. In G. Rego, & R. Nunes (Eds), *Gestão da Saúde*, Lisboa, Portugal: Prata e Rodrigues Publicações, Lda
- Oliveira, R. M., Leitão, I. M., Silva, L. M., Almeida, P. C., Oliveira, S. K., & Pinheiro, M. B. (2013). Postoperative pain and analgesia: analysis of medical charts records, *Revista dor*, 14(4), 251-255. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n4/en_v14n4a04.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Dados Estatísticos 2000-2011*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Pagina/DadosEstatisticos.aspx>
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília, Brasil: Editora LabPAM/IBAPP
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo
- Pierik, J. G. J., Ijzerman, M. J., Gaakeer, M. I., Vollenbroek-Hutten, M. M. R., & Doggen, C. J. M. (2017). Painful discrimination in the emergency department: risk factors for underassessment of patients' pain by nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 43(3), 228-38. doi: 10.1016/j.jen.2016.10.007
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (6ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artemed
- Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2015). Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 16(3), 1-8. doi: 10.1016/j.pmn.2014.08.015

- Rawal, N. (2005). Organization, function and implementation of acute pain service. *Anesthesiology Clinics of North America*, 23 (1), 211-225. doi: 10.1016/j.atc.2004.11.012
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República - II série - N.º 35*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal
- Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República - II série - N.º 79*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal
- Rigotti, M. A., & Ferreira, A. M. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Cienc Saúde*, 12(1), 50-54. Recuperado de <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>
- Ritsema, T. S., Kelen, G. D., Pronovost, P. J., & Pham, J. C. (2007). The national trend in quality of emergency department pain management for long bone fractures. *Academic Emergency Medicine*, 14(2), 163-169. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2006.08.015/pdf>
- Salvador, M., Rodrigues, C. C., & Carvalho, E. C. (2008). Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. *Revista RENE*, 9(1), 120-128
- Sampson, F. C., Goodacre, S. W., & Cathain, A. O. (2014). Interventions to improve the management of pain in the emergency departments: systematic review and narrative synthesis. *Emergency Medicine Journal*, 0, 1-10. doi: 10.1136/emered-2013-203079
- Sánchez, J. M., Alonso, C. F., Del Castillo, J. G., & Armengol, J. J. G. (2012). Pain assessment using the Manchester triage system in a Spanish emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 29(5), 427
- Shaban, R. Z., Holzhauser, K., Gillespie, K., Huckson, S., & Bennetts, S. (2012). Characteristics of effective interventions supporting quality pain management in Australian emergency departments: an exploratory study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15, 23-30. doi: 10.1016/j.aenj.2011.11.003
- Sheehy S. (2011). *Enfermagem de Urgência, da teoria à prática*. (6ª ed.). Loures, Portugal: Editora Lusociência
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de prioridades - triagem de manchester* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,

Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>

- Silva, M. J., & Leão, E. R. (2007). Práticas complementares no alívio da dor. In Leão, R. E., & Chaves, L. D. *Dor 5º Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem* (2ª ed). Revista e ampliada. Martinari
- Silva, A. P., Diniz A. S., Araújo F. A., & Souza C. C. (2013). Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de manchester. *Revista de enfermagem do Centro - Oeste Mineiro*, 3(1), 507-517. Recuperado de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/287/381>
- Smith, A., & Cone, K. J. (2010). Triage decision-making skills: A necessity for all nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 26(1), 14-19. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/41123545_Triage_decision-making_skills_a_necessity_for_all_nurses
- Souza, C. C., Araújo, F. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Produção científica sobre a validade e confiabilidade do protocolo de manchester: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 144-51. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf
- Souza, C. C., Chianca, L. M., Diniz, A. S., & Chianca, T. C. M. (2012). Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de manchester. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 6(3), 540-8. Recuperado de http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2207/pdf_1013
- Souza, C. C., Toledo, A. D., Tadeu, L. F. R., & Chianca, T. C. M. (2011). Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e manchester. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf
- Stapleton, S. J., & Degitz, R. J. (2015). Investigating discharged ED patients' pain management experience. *International Emergency Nursing*, 23(3), 237-243. Recuperado de <http://sci-hub.bz/10.1016/j.ienj.2014.12.002>
- Tanabe, P., & Buschmann, M. (2000). Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *Journal of Emergency Nursing*, 26(4), 11-16
- Thomas, T. (2007). Providing pain relief for patients in the emergency departments. *Nursing Standart*, 22(9), 41-45. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18038842>

- Todd, K. H., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C. S., Fosnocht, D. E., ... Tanabe, P. (2007). Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *Journal of Pain*, 8(6), 460-6. Recuperado de <http://sci-hub.bz/10.1016/j.jpain.2006.12.005>
- Urden, L., Stacy, K. & Loug, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (5a ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta
- Walid, M. S., Donahue, S. N., Darmohray, D. M., Hyer, L. A. Jr., & Robinson, J. S. Jr. (2008). The fifth vital sign - what does it mean? *Pain Practice*, 8(6), 417-422. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18662363>
- Wheeler, E., Hardie, T., Klemm, P., Akanji, I., Schonewolf, E., Scott, J., & Sterling, B. (2010). Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Management Nursing*, 11(2), 108-114. Recuperado de <http://sci-hub.bz/10.1016/j.pmn.2009.06.005>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Grelha de extração de dados

GRELHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

- Idade
- Sexo
- Fluxograma
- Discriminador
- Prioridade clínica

APÊNDICE II – Questionário de avaliação das práticas de Enfermagem na gestão da dor

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA
GESTÃO DA DOR**

PARTE 1

DADOS SOCIOPROFISSIONAIS

1. Idade: _____ (anos)

2. Sexo:

Feminino

Masculino

3. Habilitações académicas:

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Graduação

Pós-Licenciatura Especialização

Mestrado

Doutoramento

4. Tempo de exercício profissional: _____ (anos)

5. Tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência: _____ (anos)

6. Fez formação sobre a dor? Sim Não

6.1. Se sim, há quanto tempo? < 1 ano 1 - 3 anos > 3 anos

6.2. Para a sua prática diária no Serviço de Urgência, considera essa formação:

Completamente Inadequada	Inadequada	Não sei/ Sem opinião	Adequada	Completamente Adequada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 2

GESTÃO DA DOR

Reportando-se à sua prática diária no Serviço de Urgência, no que concerne à gestão da dor no doente urgente e muito urgente, assinale com uma cruz (X) as opções que melhor correspondem à opinião, sendo que:

0 - Não sei/Sem opinião 1 - Nunca 2 - Raramente 3 - Frequentemente 4 - Sempre

	0	1	2	3	4
1. Reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor	0	1	2	3	4
2. Acredito sempre na pessoa que sente dor	0	1	2	3	4
3. Realizo o exame físico na colheita da história da dor	0	1	2	3	4
4. Caracterizo a dor segundo a duração	0	1	2	3	4
5. Caracterizo a dor segundo o frequência	0	1	2	3	4
6. Caracterizo a dor segundo a localização	0	1	2	3	4
7. Caracterizo a dor segundo a intensidade	0	1	2	3	4
8. Caracterizo a dor segundo a qualidade	0	1	2	3	4
9. Pesquiso formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor	0	1	2	3	4
10. Considero os fatores de alívio e/ou de agravamento da dor	0	1	2	3	4
11. Questiono sobre as estratégias de <i>coping</i> no controlo da dor	0	1	2	3	4
12. Interrogo a pessoa sobre as implicações da dor nas atividades de vida diária	0	1	2	3	4
13. Exploro o conhecimento da pessoa sobre a dor	0	1	2	3	4
14. Avalio o impacto emocional da dor	0	1	2	3	4
15. Avalio o impacto socioeconómico da dor	0	1	2	3	4
16. Avalio o impacto espiritual da dor	0	1	2	3	4
17. Identifico os sintomas associados à dor	0	1	2	3	4
18. Adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa	0	1	2	3	4
19. Monitorizo a dor através de escalas da dor	0	1	2	3	4
20. Avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação	0	1	2	3	4
21. Avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação	0	1	2	3	4
22. Avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, à semelhança	0	1	2	3	4

de outros sinais vitais					
23. A par da avaliação da dor, avalio a frequência cardíaca	0	1	2	3	4
24. A par da avaliação da dor, avalio a frequência respiratória	0	1	2	3	4
25. A par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial	0	1	2	3	4
26. Mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança	0	1	2	3	4
27. Adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa	0	1	2	3	4
28. Avalio a dor no mínimo uma vez por turno	0	1	2	3	4
29. Registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático	0	1	2	3	4
30. Registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem	0	1	2	3	4
31. Identifico diagnósticos de dor	0	1	2	3	4
32. Planeio intervenções para o controlo de dor	0	1	2	3	4
33. Considero o fluxograma (ex. cefaleias; dor abdominal, torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor	0	1	2	3	4
34. Considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor	0	1	2	3	4
35. Colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor	0	1	2	3	4
36. Envolve a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico	0	1	2	3	4
37. Ajusto o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis	0	1	2	3	4
38. Conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas)	0	1	2	3	4
39. Vigio a segurança da terapêutica analgésica	0	1	2	3	4
40. Previno e controlo a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos	0	1	2	3	4
41. Conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais)	0	1	2	3	4
42. Utilizo intervenções não farmacológicas em complementaridade da terapêutica farmacológica	0	1	2	3	4
43. Aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor	0	1	2	3	4
44. Executo a técnica de distração, quando adequado, para controlo da dor	0	1	2	3	4
45. Executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor	0	1	2	3	4
46. Executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor	0	1	2	3	4
47. Executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor	0	1	2	3	4

48. Promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor	0	1	2	3	4
49. Adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor	0	1	2	3	4
50. Promovo o conforto para controlo da dor	0	1	2	3	4
51. Promovo o toque terapêutico para controlo da dor	0	1	2	3	4
52. Realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo	0	1	2	3	4
53. Monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas	0	1	2	3	4
54. Monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas	0	1	2	3	4
55. Registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	0	1	2	3	4
56. Registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico	0	1	2	3	4
57. Programo no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor	0	1	2	3	4
58. Na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior	0	1	2	3	4
59. Comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado	0	1	2	3	4
60. Comunico os resultados da avaliação/intervenção da dor a outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade	0	1	2	3	4
61. Avalio o conhecimento da pessoa sobre autocontrolo da dor	0	1	2	3	4
62. Ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor	0	1	2	3	4
63. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor	0	1	2	3	4
64. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	0	1	2	3	4
65. Ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas e para controlo da dor	0	1	2	3	4
66. Ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor	0	1	2	3	4
67. Ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica	0	1	2	3	4
68. Instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)	0	1	2	3	4

PARTE 3

GESTÃO DA DOR

1. Reportando-se à prestação de cuidados pós triagem, e tendo por base as escalas de avaliação da dor preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, quais é que utiliza na sua prática diária?

- Escala Visual Analógica (EVA)
- Escala de Avaliação Numérica (EAN)
- Escala Qualitativa (EQ)
- Escala de Faces (EF)
- Behavioral Pain Scale (BPS)
- Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)
- Face, Legs, Activity, Cry , Consolability (FLACC)
- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)
- Behavioural Pain Assessment in the Elderly (DOLOPLUS 2)
- McGill Pain Questionnaire (MPQ)
- Brief Pain Inventory (BPI)
- Outra. Qual? _____

2. Na sua prática no Serviço de Urgência, assinale com uma cruz (X) a percentagem daquilo que regista em relação às intervenções que promove para avaliação e controlo da dor.

0% 100%

3. Considera que realiza uma gestão adequada da dor: Sim Não

Se respondeu negativamente,

3.1. Enumere 3 dificuldades sentidas na gestão inadequada da dor

APÊNDICE III – Consentimento informado livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: “*Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros*”

INVESTIGADOR: Catarina André António (*RN, Enfermeira no CHUC - HUC*)

ORIENTADOR CIENTÍFICO: José Carlos Martins (*PostDoc, Professor Coordenador da ESEnfC*)

CO-ORIENTADOR CIENTÍFICO: Amélia Filomena Castilho (*PhD, Professora Adjunta da ESEnfC*)

Inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar um estudo sobre o papel do enfermeiro na gestão da dor no doente no serviço de Urgência, tendo como objetivo central “ analisar as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor no doente no serviço de Urgência”.

Este estudo está direcionado para enfermeiros que exerçam atualmente as suas funções no Serviço de Urgência de adultos, excluindo os que exercem exclusivamente funções de gestão e na área de pediatria.

Este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, sendo utilizados apenas para fins científicos. O seu preenchimento é facultativo, no entanto, a sua participação é essencial.

Note que não se pretende fazer qualquer tipo de comparação entre instituições ou serviços, mas apenas analisar esta problemática na sua globalidade.

Leia as questões atentamente e responda no espaço reservado para tal ou assinale a resposta que considera mais adequada.

Por favor, não deixe nenhuma resposta em branco.

Para qualquer questão pode contactar-me:

Telemóvel: 965198509

Email: ca_andre@hotmail.com

Muito obrigado pela colaboração e disponibilidade.

Se leu todas as informações e aceita participar no estudo respondendo ao questionário, click no link abaixo.

[Preencher o Questionário](#)

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA-E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Parecer N° 162-05/2013

Título do Projeto:

Os Enfermeiros na Gestão da Dor do Doente Urgente e Muito Urgente no Serviço de Urgência

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Catarina André Silva António

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/orientador: Prof. Doutor José Carlos Amado Martins

Relator(es): Margarida Vieira

Parecer

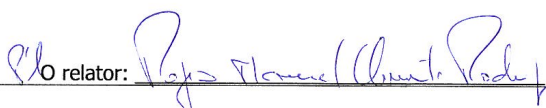
O estudo tem por objetivo central analisar as práticas de Enfermagem na gestão da dor no doente urgente e muito urgente do Serviço de Urgência, através da análise da informação relativa à identificação da dor e resposta inicial registada no sistema informático e do que é referido pelos enfermeiros que assistem estes doentes sobre a gestão da dor.

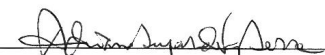
Define-se como exploratório, descritivo, quantitativo e transversal.

Os dados em estudo referem-se aos doentes que recorreram ao SU do CHUC no ano 2012; não haverá contato direto com os sujeitos, pelo que não se prevê consentimento nesta fase; os enfermeiros do mesmo serviço e de outros serviços de urgência serão convidados a responder a um questionário na WEB, devendo dar consentimento para avançar no questionário. Serão excluídos enfermeiros que exerçam exclusivamente cargos de gestão ou no serviço de pediatria.

Os investigadores comprometem-se a confidencialidade dos dados e a não identificar os participantes. Não se prevê danos ou benefícios para os sujeitos, nem custos de participação.

Pelo exposto, considera-se estarem garantidos os princípios éticos aplicáveis e o parecer da CE é positivo.

O relator: 

Data: 10 /07 /2013 O Presidente da Comissão de Ética: 



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de
Enfermagem de
Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

**ANEXO II – Autorização de utilização de dados estatísticos à Comissão de Ética da
Instituição Hospitalar**

Comissão de Ética para a Saúde



Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Director Clínico
C.H.U.C. EPE
13/05/2014

Exma. Senhora
Enf.ª Catarina André Silva António
Serviço de Urgência A
CHUC, EPE

S/Refª	S/Comunicação	N/Ref. - Ofício n.º	Data
		CES/067	12.05.2014

Assunto: Pedido de autorização para utilização de dados estatísticos já colhidos no âmbito de outro projecto (CHUC-026-13) para a sua dissertação de Mestrado, com o tema "Os enfermeiros na gestão da dor no doente urgente e muito urgente no Serviço de Urgência."

Cumpre-me informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 09 de Maio de 2014, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do pedido mencionado em epígrafe, informa que desde que se mantenha a anonimização dos dados, estes podem ser utilizados em outros estudos.

Com os melhores cumprimentos.

P' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.ª Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.ª Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

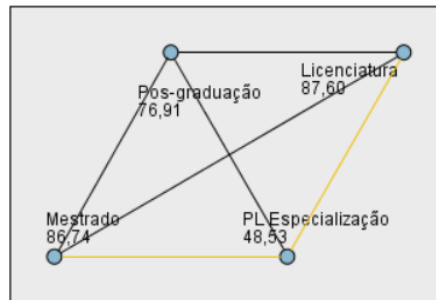
Contacto:

CHUC - Centro Hospitalar
e Universitário de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto,
3000-075 Coimbra - Portugal
Telefone: +351 239 400 400

Telefone: 239 400 408 Telefax: 239 405 646
E-mail: secetica@huc.min-saude.pt

ANEXO III – Comparação por pares no teste Kruskal Wallis

Pairwise Comparisons of habilitacoes



Each node shows the sample average rank of habilitacoes.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
PL Especialização-Pos-graduação	28,377	12,925	2,195	,028	,169
PL Especialização-Mestrado	-38,205	13,031	-2,932	,003	,020
PL Especialização-Licenciatura	39,067	12,002	3,255	,001	,007
Pos-graduação-Mestrado	-9,828	10,087	-,974	,330	1,000
Pos-graduação-Licenciatura	10,691	8,717	1,226	,220	1,000
Mestrado-Licenciatura	,862	8,874	,097	,923	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

