

Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência

Olivia Domingues Afonso

Relatório final de estágio, apresentado à Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Orientadores científicos:
Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Bragança, Março de 2023



Afonso, O & Veiga-Branco, M.A.R. (2023) Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência. Revista *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, proposto para publicação. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

*“Muitas vezes pensei se não
deveríamos fazer ciência
anonimamente, que o ego ficaria
em casa, que a publicação nasceria
da obrigação moral de contar o que
investigamos (...)*

Loreto Carmona

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela força, coragem e valores transmitidos, por tudo o que sou e por tudo que me permitiram alcançar: ao meu Pai, uma estrela no Céu e à minha Mãe, pelo apoio incondicional.

Ao meu namorado, pela compreensão, carinho e encorajamento.

Aos meus amigos, pelo incentivo e energia.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, pelos momentos de orientação e cumplicidade, que muito contribuíram para o meu desenvolvimento acadêmico e também pessoal.

Às minhas companheiras de Mestrado, pela motivação e boa-disposição constantes.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo e me permitiram persistir nesta longa e árdua caminhada.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

As Intervenções de Enfermagem (IE) em Gestão de Dor (GD) no Serviço de Urgência (SU) são essenciais para o doente e expressam a visibilidade dos enfermeiros. O conceito de alívio de dor é tão humanamente importante que torna pertinente o estudo desta temática.

O objetivo deste trabalho é tipificar as Intervenções de Enfermagem de Gestão de Dor em SU, através de Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

Como metodologia foi desenvolvida uma Revisão Integrativa da Literatura, com metodologia PRISMA, sob critérios PICO, em bases de dados PubMed/MEDLINE®, B-On, Cinahl EBSCO e RCAAP. Da expressão de busca apoiada pelos termos MeSH, com os operadores booleanos de busca (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients), emergiram 116 estudos e foram selecionados 9.

Foram identificadas 6 categorias de Intervenções de Enfermagem: Avaliação de Dor e Barreiras (78%), Intervenções Farmacológicas (67%), Formação (56%), Intervenções Não-Farmacológicas e Registos (22%), das quais emergiram 57 IE (67% autónomas e 33% interdependentes).

Em conclusão, foi demonstrada a necessidade de criar condições para potenciar melhores práticas e responsabilizar as instituições de saúde e de formação em enfermagem.

Palavras-chave: Dor; Doente; Enfermeiro; Serviço de Urgência; Gestão de dor.

ABSTRACT

Nursing Interventions (NI) in Pain Management (PM) in the Emergency Department (ED) are essential and an expression of the visibility of nurses. The concept of pain relief is so humanly important that it makes the study of this theme relevant.

The aim of this study is to typify Nursing Interventions in Pain Management in the ER, through an Integrative Literature Review (ILR).

An Integrative Literature Review was conducted, with PRISMA methodology, under PICO criteria, in PubMed/MEDLINE®, B-On, Cinahl EBSCO and RCAAP databases. From the search expression supported by the terms MeSH, with boolean search operators (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients), 116 studies emerged and 9 were selected.

The results show that 6 categories of Nursing Interventions were identified: Pain Assessment and Barriers (78%), Pharmacological Interventions (67%), Training (56%), Non-Pharmacological Interventions and Records (22%), of which 57 NI emerged (67% autonomous and 33% interdependent).

In conclusion, the need to create conditions to enhance best practices and hold health and nursing education institutions accountable was demonstrated.

Keywords: Pain; Sick; Nurse; Emergency Service; Pain management.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AV – Avaliação de Dor
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BO – Bloco Operatório
Cod – código
CPOT - Critical Care Pain Observation Tool
DGS – Direção Geral de Saúde
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG - Electrocardiograma
EF – Escala de Faces
EN – Escala Numérica
Enfs – enfermeiros
EQ – Escala Qualitativa
EVA – Escala Verbal Analógica
EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
FAV - Fístula Arterio-Venosa
GD – Gestão de Dor
IA – Intervenções Autónomas
IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
IASP – International Association for the Study of Pain
IE – Intervenções Enfermagem
IF – Intervenções Farmacológicas
II – Intervenções Interdependentes
InF – Intervenções não-Farmacológicas
IPB– Instituto Politécnico de Bragança
IRD - Instrumento de Recolha de dados
MeSH – Medical Subject Headings
OBS - Observação
OE – Ordem dos Enfermeiros
PAC – Pneumonia Adquirida na Comunidade
PBE – Prática Baseada na Evidência
PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis
QI – Questão de Investigação
RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RIL – Revisão Integrativa da Literatura
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SU – Serviço de Urgência
ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI – Ventilação Não-Invasiva

Índice

LITERATURA INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	11
1. Contextualização	12
1.1 Hemodiálise	12
1.2 Serviço De Medicina Intensiva.....	13
1.3 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	14
2- Reflexão sobre Desenvolvimento Competências.....	16
2.1 Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas	16
2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	16
2.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	17
2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados.....	17
2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	19
2.2 Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica	19
2.2.1 Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	19
2.2.2 Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi- vítimas, da Conceção à Ação	20
2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	21
3 Considerações finais sobre Desenvolvimento Competências	21
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	23
Nota Prévia.....	24
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM GESTÃO DE DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	7
RESUMO	26
INTRODUÇÃO	28
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	28
2. MÉTODOS	28
2.1 Formulação da Questão de Investigação (QI)	28
2.2Estratégias de pesquisa	29
2.3 Critérios de inclusão/exclusão	29
2.4 Extração de dados	29

3. RESULTADOS.....	29
4. DISCUSSÃO.....	33
CONCLUSÕES	35
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS.....	43
Anexo I – Parecer Científico do Orientador	44
Anexo II – Prisma Checklist 2020	46
Anexo III – Comprovativo Submissão Revista <i>Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health</i>	50

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no VI Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança.

Este curso contempla a realização de um conjunto de estágios, interrelacionados entre si, com o propósito de promover um espaço de aprendizagem, que proporcione o desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas aos enfermeiros especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Contempla, ainda, uma componente de investigação na área de especialização.

Os estágios são efetuados em serviços ou unidades relacionadas com cuidados de enfermagem, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, num total de 180 horas cada, o que perfaz um total de 540 horas. Dois dos estágios são de carácter obrigatório e um opcional. Os estágios foram realizados nos seguintes serviços:

- Hemodiálise (opcional), na Clínica Nordial, em Mirandela, no período de 13 de Setembro de 2021 a 29 de Outubro de 2021;
- Serviço de Medicina Intensiva (obrigatório), na ULSNE, no Hospital de Bragança, no período de 2 de Novembro de 2021 a 17 de Dezembro de 2021;
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (obrigatório), ULSNE, no Hospital de Bragança, no período de 10 de Janeiro de 2022 a 18 de Março de 2022.

Os estágios decorreram sob a orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, proposto pelos Enfermeiros Chefes dos serviços. A supervisão clínica permitiu a partilha de ideias e uma reflexão da prática e da teoria, favorecendo inevitavelmente a melhoria da prática profissional.

O enfermeiro especialista deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico da enfermagem e desenvolver competências de diagnóstico e de intervenção para garantir uma profunda compreensão do indivíduo e dos processos de saúde e doença dessa área de atuação. De maneira mais específica, o Enfermeiro Especialista em EMC deve promover a melhoria das condições do doente, favorecer o processo de recuperação, proporcionar ganhos em saúde e gerir de forma eficiente os recursos. Na abordagem ao doente crítico, o enfermeiro identifica o mais rápido possível os problemas do doente, tendo competências não só para prescrever, implementar e avaliar intervenções, mas também minimizar efeitos indesejáveis (OE, 2018).

Os objetivos deste relatório passam por refletir acerca das atividades realizadas e o desenvolvimento de competências e apresentar uma análise crítica das mesmas; identificar uma questão de investigação que sirva de base para um estudo empírico e servir de instrumento de avaliação no processo de aprendizagem.

A metodologia utilizada baseia-se no método descritivo e analítico, através de uma análise crítico-reflexiva das diferentes atividades realizadas no decorrer da prática clínica.

Este relatório está dividido em duas partes:

1. Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências: abordagem descritiva dos campos de estágios e reflexão acerca do desenvolvimento de competências, definidas pela OE, para o Enfermeiro Especialista em EMC;
2. Trabalho de investigação: revisão integrativa da literatura, com o objetivo de tipificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor em SU. Para tal, pretende-se identificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU, categorizar as Intervenções de Enfermagem na GD em SU; apresentar o nível de incidência das interações desenvolvidas, por categoria e taxonomizar a relação entre a incidência das IE encontradas e as categorias de Gestão de Dor.

O trabalho de investigação foi desenvolvido em formato de artigo, de acordo com o *template* disponibilizado para publicação na revista *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*.

**CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

1. Contextualização

A pessoa em situação crítica necessita de uma resposta rápida e eficaz por parte da equipa de saúde, sendo a equipa de enfermagem primordial na sua abordagem.

Com o objetivo de adquirir as competências fundamentais na área da EMC, foram definidos objetivos comuns aos três campos de estágio:

- Saber aplicar os conhecimentos teóricos;
- Adquirir a capacidade de compreensão e resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, no âmbito da especialidade;
- Identificar e refletir sobre as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em EMC.

1.1 Hemodiálise

A escolha deste estágio foi motivada pelo interesse nesta área, de forma a alargar e aprofundar conhecimentos. Assim, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- compreender o funcionamento de uma máquina de diálise no seu todo,
- conhecer e aplicar as várias técnicas de punção de FAV;
- ter autonomia suficiente para prestar cuidados aos utentes do princípio ao fim da sessão.

O estágio decorreu entre 13 de Setembro de 2021 e 29 de Outubro de 2021, na Clínica Nordial, em Mirandela. Teve uma carga horária total de 168h.

O serviço de Hemodiálise da Nordial, encontra-se no piso 0 do edifício da Clínica, onde se encontram também os consultórios médicos e outros gabinetes, receção, copa e zona de apoio administrativo e informático. Apresenta ainda um piso subterrâneo à entrada principal (piso -1), onde se encontram os vestiários dos profissionais, farmácia, armazenamento e zona de tratamento de águas; e um piso superior (piso 1), onde se encontram várias salas de reunião e o refeitório dos profissionais. O edifício apresenta duas portas de entrada independentes: uma para os profissionais de saúde (através dos vestiários masculinos e femininos) e outra para os utentes com uma área reservada à receção.

A equipa de enfermagem é constituída por 12 enfermeiros. O plano de trabalho é distribuído por 3 turnos: Manhã, das 7h às 12h; Tarde, das 12h às 17h e Noite, das 17h às 22h. Cada turno contempla um agregado fixo de utentes, que são dialisados às Segundas, Quartas e Sextas, ou às Terças, Quintas e Sábados.

A área de prestação de cuidados tem capacidade para 22 utentes e mais 5 utentes numa sala chamada de isolamento (utilizada para as primeiras sessões de diálise dos utentes, utentes esporádicos, ou utentes com doenças infecciosas).

O serviço de Hemodiálise encontra-se em estreita articulação interna com o serviço de farmácia e laboratório e em articulação externa com o apoio domiciliário, lares e serviços de urgência hospitalares.

Em termos teóricos, pude aprofundar os meus conhecimentos na área de nefrologia.

Na parte prática, tive oportunidade de manipular máquinas de diálise na sua globalidade (montagem e desmontagem do equipamento, introdução e alteração de parâmetros, compreensão e resolução de alarmes, conexão e desconexão ao doente) e de puncionar FAVs, prática até agora nunca realizada.

1.2 Serviço De Medicina Intensiva

Para o desenvolvimento de competências neste campo de estágio, foram delineados os seguintes objetivos:

- Examinar a apropriação dos vários procedimentos de análise de situações críticas, decorrentes do SMI;
- Compreender e assimilar a dinâmica da prestação de cuidados do SMI;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica, decorrente da complexidade da situação e a emergência de respostas em tempo oportuno e adequado.

Este estágio decorreu no Serviço de Medicina Intensiva na unidade de Bragança, da ULSNE, no período de 2 de Novembro de 2021 a 17 de Dezembro de 2021, num total de 168 horas.

Após abordagem e estabilização iniciadas no SU, ou na emergência extra-hospitalar, alguns doentes necessitam internamento em contexto de Medicina Intensiva. Vocacionada para o atendimento de doentes com diversas patologias, características e tratamentos, é constituída por uma grande diversidade de suporte tecnológico, com monitorização avançada e contínua do doente.

O SMI desta unidade hospitalar está integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos e localiza-se no piso 0, adjacente ao SU. Em termos estruturais, é composto por uma área de prestação de cuidados, armazém, zona de stock, farmácia, gabinetes, copa e área de sujos, sala de acolhimento de famílias e sala de espera.

A área de doentes tem capacidade para 10 camas, com estrutura aberta, num espaço amplo, existindo também um quarto de isolamento. Esta estrutura permite aos enfermeiros a observação contínua dos doentes e promove uma maior rentabilidade dos cuidados.

Existe uma área covid, com capacidade para 4 camas, à qual não tive acesso, devido a regras da instituição de ensino.

O SMI garante cuidados decisivos a vítimas de trauma, com patologias médicas e/ou cirúrgicas, viabilizando a terapia completa do doente. Entre os contextos de intervenção, encontram-se a reanimação cardiorrespiratória, manutenção das vias aéreas, "Pacing" cardíaco temporário, técnicas de substituição renal (intermitentes e contínuas), monitorização contínua de parâmetros vitais (invasiva e não invasiva), analgesia epidural lombar e torácica, broncofibroscopia e ecografia transtorácica.

A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, equipa médica e equipa de assistentes operacionais, que trabalham de forma coordenada. Outros técnicos colaboram com a equipa de SMI, nomeadamente fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas da fala e assistentes sociais. A equipa de enfermagem executa um trabalho de grande responsabilidade na prestação de cuidados ao doente em situação crítica, na sua monitorização e vigilância ao longo das 24 horas, sendo detentora de uma grande formação técnica e científica, o que promove uma resposta rápida e eficaz. É constituída por 44 elementos. O plano de trabalho contempla 7 enfermeiros por turno, incluindo o responsável de turno, com um rácio enfermeiro/doente de 1 enfermeiro para cada 2 doentes.

Cada unidade do doente está equipada com ventilador, monitor, sistema de vácuo, oxigénio, cama elétrica com colchão de pressão alternada, bancada com material de apoio à via área, estetoscópio, antisséptico para as mãos e cutâneo, pendente com seringas e bombas de infusão, gavetas com material (compressas, soro fisiológico, adesivo, seringa de alimentação, termómetro, elétrodos, tesoura, máquina e tiras para avaliação de glicemia e lancetas), contentores individualizados de lixo, assim como de cortantes, e ainda um armário com material de apoio aos posicionamentos e uma mesinha de cabeceira de apoio à alimentação e outros procedimentos, sempre que necessário. A separar a área direta da prestação de cuidados encontra-se uma linha vermelha em toda a superfície do chão, a qual delimita a necessidade de fardamento obrigatório, por parte de toda a equipa multidisciplinar. Em frente a cada unidade está uma mesa de apoio para a realização de registos. Contígua a esta área, na zona principal do serviço, encontra-se a monitorização central, respeitante a todos os doentes admitidos.

Externamente à sala de doentes, podemos encontrar: sala de espera e de informação à família, gabinete médico, gabinete do diretor de serviço, gabinete da enfermeira-chefe, sala de reuniões, armazém de material, armazém de soros, sala com vários aparelhos (bombas e seringas perfusoras, máquinas de hemofiltração, ventiladores de VMI/VNI e aquecedor, sala de pausa e sala de limpos e sujios).

O SMI, está em estreita articulação com os meios complementares de diagnóstico, SU, BO, patologia clínica e serviços farmacêuticos.

Foram várias as experiências de aprendizagens vivenciadas. As patologias médicas prevalentes no decorrer do estágio foram a PAC e o choque séptico com disfunção multiorgânica, geralmente com ponto de partida urinário ou respiratório. Por sua vez, as patologias cirúrgicas mais encontradas foram a perfuração de víscera oca com peritonite e colecistites com critérios de gravidade.

Pude experienciar e compreender a complexidade da prestação de cuidados a utentes em medicina intensiva polivalente. Os doentes de SMI requerem cuidados individualizados, diferenciados e incessantes, pelo que é exigido aos enfermeiros um domínio de técnicas extremamente complexas e um saber altamente especializado.

1.3 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Para o estágio de SU, foram elaborados objetivos específicos:

- Obter e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao doente crítico/família, numa emergência;
- Adquirir e desenvolver aptidões de gestão de situações imprevistas e complexas;
- Desenvolver métodos de tomada de decisão alicerçada em evidências científicas.

O SU da ULSNE – unidade de Bragança é uma urgência médico-cirúrgica, integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos.

O estágio no SU, de carácter obrigatório, decorreu entre 10 de Janeiro a 18 de Março de 2022, com uma carga horária total de 168 horas.

A equipa de enfermagem é composta por 43 enfermeiros. O plano de trabalho é distribuído pela triagem, sala de emergência, emergência covid, pediatria, sala laranja, sala de macas, salas de traumatologia e pequena cirurgia, bancos e tenda covid. Esta equipa possui ainda capacidade de resposta à Emergência Pré-Hospitalar, com integração de alguns dos seus elementos na equipa da VMER.

Este serviço situa-se estrategicamente no rés-do-chão do edifício central da instituição. Encontra-se dividido em diversos setores de atuação para atendimento dos doentes segundo o grau de prioridade e necessidade terapêutica, atendendo ao sistema de triagem de prioridades – Triagem de Manchester. A triagem dos doentes é feita pelos enfermeiros, sendo posteriormente encaminhados para os respetivos setores de atendimento.

O SU tem implementadas as Vias Verdes Sépsis, Trauma, Coronária e AVC. Caso o doente não venha acompanhado pela equipa da VMER, é o enfermeiro de triagem que ativa estas vias, de acordo com protocolos instituídos.

O serviço possui uma sala de emergência, onde os doentes são estabilizados e avaliados clinicamente por um médico intensivista (a sala de emergência está a cargo do serviço de medicina intensiva), podendo ser necessário recorrer a outras especialidades médicas, como, por exemplo, ortopedia ou cirurgia geral. Tem capacidade para dois doentes. Cada unidade está equipada com todos os meios necessários para a abordagem do doente crítico, com meios de monitorização e ventiladores para VMI. Após estabilização do doente, este pode ser encaminhado para diferentes setores, consoante o diagnóstico, o tipo de vigilância, ou necessidade, de modo a dar continuidade ao plano terapêutico.

Existe também a denominada “sala laranja”, com capacidade para quatro macas, para onde são dirigidos os doentes triados com a cor laranja e que requeiram monitorização contínua.

Este serviço é composto ainda pela OBS, com oito camas com monitorização contínua, área de decisão clínica (área das macas), sala de traumatologia, sala de pequena cirurgia e gabinetes médicos de diversas especialidades. Existe ainda a OBS Pediatria, com capacidade para cinco camas, onde são encaminhadas as crianças/jovens que necessitem de tratamento específico.

O SU constitui a primeira abordagem ao doente em estado crítico, o que exige aos profissionais de saúde um conjunto de conhecimentos técnicos, científicos e comportamentais adequados. Foi constantemente confrontada grande afluência de doentes, com inúmeras patologias. Esta complexidade funcional e organizacional

exige uma identificação de situações e aprendizagem constantes, o que constituiu um desafio permanente.

2- Reflexão sobre Desenvolvimento Competências

O enfermeiro especialista detém um conhecimento científico, no âmbito da enfermagem, que resulta da ampliação e acréscimo de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2019). Esse acréscimo de competências é apresentado em competências comuns aos enfermeiros especialistas e em competências específicas da especialidade de EMC à Pessoa em Situação Crítica.

2.1 Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio assenta numa prática que sustenta a sua ação, com base num corpo de conhecimentos éticos e deontológicos, através da avaliação sistemática das melhores práticas e no respeito pela vontade e liberdade de escolha do doente. Realiza-se, assim, a promoção de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

No decurso do estágio, efetuei uma análise crítico-reflexiva sobre a correção da minha prática e do que observava, em relação aos valores éticos, deontológicos e jurídicos.

Assim, na Hemodiálise, SMI e SU, prestei sempre cuidados de enfermagem com uma visão holística do doente: um ser racional, dotado de dignidade, autonomia, liberdade e capacidade de decisão.

Contudo, é um desafio para os profissionais de saúde respeitar a totalidade dos direitos do doente quando este se encontra em situação crítica. Quando um doente dá entrada numa sala de emergência ou num SMI, é difícil pensar na sua vontade e quais seriam as suas decisões no processo terapêutico. O direito de autonomia (direito de aceitar ou recusar tratamento) requer que o doente seja adequadamente informado e esclarecido sobre a sua situação clínica, de modo a tomar decisões sobre o seu tratamento. No entanto, numa emergência, prevalece a manutenção da vida, no melhor interesse do doente.

Ao longo dos três estágios, procurei sempre respeitar a vontade e a privacidade do doente. Procurei sempre que a minha conduta profissional fosse pautada em função do bem-estar do doente, aquando da prestação de cuidados, nomeadamente nos posicionamentos e em procedimentos invasivos

No SU, as más condições físicas fazem com que os doentes tenham de permanecer em macas nos corredores, comprometendo a privacidade. Em situações em que seja necessário expor o doente (cuidados de higiene e eliminação, ou procedimentos invasivos), é necessário levar o doente para a sala de tratamentos, ou improvisar a privacidade com o uso de biombos.

A noção de responsabilidade também é um aspeto-chave na prática de enfermagem. A minha prestação durante os períodos de estágio foi marcada pela assiduidade, pontualidade e assertividade. O facto de ser tutorada poderia ter contribuído para uma diminuição da sensação da responsabilidade, o que não ocorreu. Diferentes ambientes e equipas multidisciplinares, doentes com necessidades específicas para as quais, algumas vezes, não estava familiarizada e não tinha resposta imediata e assertiva, conduziram a que a minha atitude fosse de constante confirmação com o enfermeiro orientador, em caso de dúvida. Com o evoluir dos estágios, o sentimento de confiança e de competência foi-se otimizando de forma positiva e gradual, de acordo com as aprendizagens realizadas.

De acordo com o exposto, as atividades efetuadas permitiram-me desenvolver uma prática profissional, ética e legal, de modo a promover e respeitar os direitos humanos e a responsabilidade profissional.

2.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O papel do enfermeiro é essencial na garantia de uma melhoria progressiva dos cuidados e na promoção da segurança. Assim, de acordo com os Padrões de Qualidade, a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade, permitem ao enfermeiro contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados (OE, 2001).

O processo de desenvolvimento dos três estágios teve em conta os padrões de qualidade do exercício profissional em enfermagem, na procura da excelência dos cuidados. Esta atitude trouxe o desenvolvimento de competências, que visam melhorar a segurança.

No SU, experienciei que, numa situação de urgência/emergência, o doente/família encontram-se numa fase de apreciação da incerteza e podem percecionar atendimentos positivos ou negativos. Assim sendo, é crucial que o enfermeiro esteja alerta para o reconhecimento da incerteza, de modo a desenvolver intervenções de enfermagem adequadas e facilitar o processo de adaptação do doente/família a uma nova realidade. Estas competências necessitam sempre de uma particular atenção, especialmente em SU, serviço em que os cuidados são prestados num ambiente imprevisível, complexo e com grande rotatividade de doentes. É por isso necessário estar desperto para as questões de segurança, como a revalidação da identificação do indivíduo, procedimentos e terapêutica.

Em contexto de Hemodiálise e SMI percebi que o ambiente de prestação de cuidados é mais controlado, sendo que a unidade do doente é preparada previamente, o que diminui a probabilidade de erros ou lapsos.

2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste domínio, gostaria de ter aprofundado mais os conhecimentos sobre competências de gestão do enfermeiro especialista. Apesar dos meus pedidos, não tive oportunidade de colaborar com os enfermeiros responsáveis nos pedidos de stocks de material, por exemplo.

No estágio em SMI, pude observar e colaborar no processo de gestão de recursos, onde assumi em duas ocasiões o papel de responsável turno, com a tarefa de efetuar a distribuição dos doentes.

No SU, tive oportunidade de colaborar na realização da *check-list* da sala de emergência, que inclui a verificação e reposição da medicação e material.

No âmbito da gestão dos cuidados, consultei e implementei ao longo dos três estágios as normas e protocolos institucionais, como a desinfecção do local de punção em Hemodiálise, a profilaxia antibiótica no SU e SMI e o cumprimento dos feixes de intervenção relativamente à Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva no SMI.

Como enfermeira, e agora aluna da especialidade de EMC, sempre tive consciência da importância dos registos de enfermagem, que permitem analisar as práticas. Como aluna de especialidade, foi-me sempre dado acesso ao processo clínico do doente, e procurei adotar uma postura crítica na atualização e estruturação dos registos, nomeadamente no SMI e SU. Avaliei os resultados das intervenções implementadas, sempre que possível. De salientar que, em Hemodiálise, o sistema informático rudimentar implementado não permite registos de enfermagem de qualidade.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados seguros, na gestão de riscos e no controlo de infeção.

Em todos os campos de estágio, tive oportunidade de verificar que há uma grande preocupação com esta temática. No SU pude proceder à realização da *check-list* pré-operatória, inserida no programa “Cirurgia Segura” e à higienização das mãos. No SMI realizei procedimentos, mantendo a assepsia, como a utilização de material individual para cada doente e a desinfecção com antisséptico da torneira ou local, antes da administração de terapêutica; manutenção e vigilância de cateteres centrais, periféricos, de diálise, de picco, e linhas arteriais, e cumprimento das medidas de proteção básica em situações de isolamento. Em Hemodiálise, a higienização das mãos e desinfecção do local de punção é primordial para uma prestação de cuidados de excelência.

A dor é uma experiência universal e pude constatar a sua presença em todos os serviços e todos os tipos de doente. O controlo da dor é um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde, sendo considerado o 5º sinal vital (DGS, 2003). A gestão de dor deve ser valorizada.

Sempre desperta para a temática da dor, tive sempre a preocupação de fazer a sua avaliação através de escalas adequadas (doente sedado ou consciente), com registo e reavaliação sempre que necessário.

No SU pude constatar que, devido à carga de trabalho e à grande rotatividade de doentes, a dor nem sempre é avaliada e tratada convenientemente. A maior parte dos procedimentos invasivos são efetuados sem, ou com pouca analgesia, e a avaliação da dor não é efetuada de forma regular.

Outro parâmetro associado à qualidade dos cuidados de enfermagem e gestão dos cuidados, são as dotações seguras. Pude constatar que as dotações seguras são asseguradas nos três serviços, porém, a dotação pode tornar-se insuficiente no SU, dependendo da afluência de doentes e da gravidade dos casos tratados.

2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A prática de enfermagem é guiada pela evidência científica e é desenvolvida através da análise crítico-reflexiva das atividades que se desenvolvem na prática.

O enfermeiro especialista deve sentir a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, consolidando a sua prática numa base científica sólida (OE, 2009).

No decorrer dos estágios, fui várias vezes confrontada com situações novas e sempre tive a humildade de admitir a necessidade de efetuar pesquisas bibliográficas, o que foi determinante para o meu crescimento profissional e a aquisição de novas competências.

2.2 Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

A OE (2001) definiu padrões de qualidade na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica. O Enfermeiro Especialista em EMC é responsável por prestar cuidados altamente qualificados e de forma contínua ao doente crítico, com vista a manutenção das funções vitais e prevenção de complicações futuras, maximizando a sua recuperação. Um outro foco de intervenção do enfermeiro especialista reside no atendimento a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, assim como numa intervenção eficaz no controlo da infeção, perante a Pessoa em Situação Crítica.

2.2.1 Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, a avaliação, diagnóstico e monitorização são constantes e de extrema importância, pois constituem uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC.

Tendo em conta a área de intervenção dos três campos de estágios, tive várias oportunidades de prestar cuidados à pessoa em situação crítica/falência orgânica. A prestação de cuidados à pessoa instável hemodinamicamente, assim como a gestão de protocolos terapêuticos complexos, requerem conhecimentos e competências específicas, de modo a dar uma resposta eficaz e antecipada aos focos de instabilidade.

É essencial durante a prática da especialidade desenvolver tais competências. Sendo que o meu exercício profissional é mais direcionado para a área da prestação de cuidados ao doente crónico e paliativo, em contexto de internamento, encontrei algumas dificuldades ao longo do estágio, mas tive oportunidade de prestar cuidados ao doente em Situação Crítica como um todo (sedação e analgesia, cuidados ao doente com VMI e preparação para o seu desmame, prestação de cuidados de higiene e conforto no doente sedado, vigilância hemodinâmica contínua, cuidados de enfermagem na administração da nutrição

entérica ou parentérica e controlo glicémico, bem como da vigilância e otimização dos dispositivos intravasculares do doente). Além disso, tive ainda oportunidade de prestar cuidados a doentes com diversas patologias (cardíacas, respiratórias, renais e do âmbito cirúrgico) e em diversos contextos, como EAM, politraumatizados, sépsis e intoxicações medicamentosas. A vigilância e monitorização no doente crítico é realizada de forma constante e o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, através do registo fidedigno das observações e intervenções realizadas.

No estágio de Hemodiálise fui sempre encaminhada pela equipa para as diversas situações de urgência que podem ocorrer durante uma sessão, sendo o risco de hipotensão severa uma das mais frequentes, assim como desequilíbrios iónicos. Pude identificar precocemente os primeiros sinais de hipotensão e agir em conformidade, alterando por exemplo os parâmetros na máquina de diálise.

No SU, fiz sempre questão de me encaminhar para a sala de emergência, sempre que esta era ativada, mesmo quando não estava nesse plano de distribuição. Pude assim participar na prestação de cuidados aos doentes oriundos de Vias Verdes, nomeadamente Trauma, Coronária e AVC. A minha atuação nos casos de Via Verde Coronária assentou na colheita de sangue para doseamento de enzimas cardíacas, realização de ECG para deteção da elevação de segmento ST e preparação do doente para monitorização contínua. Na Via Verde AVC tive oportunidade de assistir a uma fibrinólise. Na Via Verde Trauma, pude participar na primeira avaliação, com o intuito de identificar lesões ameaçadoras de vida, mobilização da vítima, quando permitido, colheitas laboratoriais e acompanhamento aos exames imagiológicos. Os doentes politraumatizados com que contactei no decorrer do estágio eram resultantes de quedas e acidentes de viação.

Nos estágios de SU e SMI acompanhei vários doentes instáveis à realização de exames complementares de diagnóstico, bem como transferências inter-serviços. Pude compreender o papel do enfermeiro na coordenação do transporte, equipamentos e fármacos necessários, na eventualidade de ocorrer uma emergência, bem como a importância de uma transmissão de informação sobre o estado geral do doente, quando este é transferido para outro serviço, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados.

2.2.2 Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítimas, da Conceção à Ação

Uma situação de catástrofe é definida como *“um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida em áreas ou na totalidade do território nacional”* (Lei de Bases da Proteção Civil, 2006).

Durante o meu período de estágio no SU não ocorreu nenhuma situação de catástrofe.

Apesar do meu pedido, não me foi disponibilizado o plano de emergência interna da ULSNE, pelo que não tive oportunidade de o consultar e analisar.

2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O risco de desenvolvimento de IACS está aumentado pela necessidade constante da prestação de cuidados de saúde, utilizando-se cada vez mais dispositivos invasivos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. As IACS têm consequências graves, com impacto direto nas instituições de saúde e nos doentes/família.

A OE preconiza que o enfermeiro especialista atue eficazmente na prevenção e controlo de infeção, face aos múltiplos contextos na prestação de cuidados, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos, pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida do doente crítico.

Por conseguinte, no decurso dos três estágios, como futura enfermeira especialista, sempre procurei maximizar a prevenção e controlo da infeção perante o doente crítico, frequentemente submetido a procedimentos invasivos, encontrando-se assim mais exposto ao risco de infeção. É importante o cumprimento de protocolos de assepsia nos procedimentos (como nos rastreios sépticos) e a utilização das regras básicas do controlo de infeção (higienização das mãos, colocação e remoção do equipamento de proteção individual, entre outros).

3 Considerações finais sobre Desenvolvimento Competências

Após a realização do presente relatório de estágio, considero que os objetivos foram atingidos, na sua generalidade. Consegui manter sempre presente a preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, rigor, eficiência e eficácia das intervenções de enfermagem, assim como a formação e desenvolvimento pessoal e profissional.

Realizei uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas, de modo a expressar os resultados alcançados, com o intuito de descrever o contributo das diversas situações, para o desenvolvimento e aquisição de competências, enquanto enfermeira especialista.

Esta etapa foi um enorme desafio pessoal e profissional. Deparei-me com alguns obstáculos, como o cansaço, o stress e a carga horária, mas que foram ultrapassados pela força de vontade e pelas conquistas diárias.

No seguimento desta reflexão de competências, surgiu a necessidade de investigação, apresentada no trabalho empírico do capítulo II.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

Nota Prévia

Neste capítulo, como já previamente mencionado, é apresentado o estudo empírico desenvolvido, em formato de proposta para publicação.

É exigido ao enfermeiro especialista uma prática baseada nas mais recentes evidências científicas, norteadas para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que adote projetos de formação, assessoria e pesquisa, com vista a fomentar e atualizar conhecimentos, no desenvolvimento de competências dentro da área de EMC (OE, 2018).

A temática de investigação foi: Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência, através de Revisão Integrativa da Literatura.

Neste estudo, o enquadramento teórico partiu da definição de “dor” e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, para a gestão de dor (OE, 2018). Foi desenvolvida uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), baseada nas mais recentes evidências. A RIL é um processo de pesquisa que possibilita a procura, a apreciação crítica e a síntese das evidências disponíveis da temática investigada. Os resultados refletem o estado atual do conhecimento sobre o tema, permitem implementar intervenções na prestação de cuidados, reduzir custos e identificar lacunas que orientam para o desenvolvimento de futuras investigações (Mendes, 2008).

A dor é um motivo frequente da ida dos doentes ao SU e continua a ser desvalorizada. Cada utente é um ser único, mesmo quando existem patologias ou situações semelhantes. A prestação de cuidados de enfermagem de excelência, com base em evidência científica, é primordial. A prática reflexiva é de extrema importância no exercício da enfermagem: influencia a ação e favorece o crescimento pessoal/profissional, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico, o que melhora a qualidade dos cuidados prestados.

O enfermeiro assume um papel essencial na equipa multidisciplinar, com uma colaboração ativa no estabelecimento de um plano de intervenção e na elaboração/implementação de protocolos. O enfermeiro pode contribuir para a institucionalização das perspetivas de cuidados de saúde humanísticos e dos valores fundamentais da enfermagem, promovendo a visibilidade das suas intervenções. A investigação em enfermagem é, assim, o pilar para inferir os conhecimentos existentes na comunidade científica e deve ser promovida.

Foi dado cumprimento aos princípios éticos ao longo do estudo. Assim, para a realização deste trabalho de investigação foi realizado um pedido de parecer favorável da Orientadora Científica, Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco (Anexo I).

O estudo, intitulado “Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência”, é, como já foi referido, uma Revisão Integrativa da Literatura, com o objetivo principal de tipificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência. Os objetivos específicos são: identificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU, categorizar as Intervenções de Enfermagem na Gestão de Dor em SU; apresentar o nível de incidência das intervenções, por categoria, e taxonomizar a relação entre a incidência das IE encontradas e as categorias.

Para efeitos de divulgação da investigação de enfermagem, o estudo foi proposto para publicação a uma revista científica. Foi selecionada foi a revista científica *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, pelo que o *template* do artigo de investigação cumpre o definido pela revista, para a sua submissão.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM GESTÃO DE DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

NURSING INTERVENTIONS IN PAIN MANAGEMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

RESUMO

Introdução: As Intervenções de Enfermagem (IE) em Gestão de Dor (GD) no Serviço de Urgência (SU) são essenciais para o doente e expressam a visibilidade dos enfermeiros. O conceito de alívio de dor é tão humanamente importante que torna pertinente o estudo desta temática.

Objetivos: Tipificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU, através de Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

Métodos: Revisão Integrativa, com metodologia PRISMA, sob critérios PICO, em bases de dados PubMed/MEDLINE®, B-On, Cinahl EBSCO e RCAAP. Da expressão de busca apoiada pelos termos MeSH, com os operadores booleanos de busca (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients), emergiram 116 estudos e foram selecionados 9.

Resultados: Identificadas 6 categorias de Intervenções de Enfermagem: Avaliação de Dor e Barreiras (78%), Intervenções Farmacológicas (67%), Formação (56%), Intervenções Não-Farmacológicas e Registos (22%), das quais emergiram 57 IE (67% autónomas e 33% interdependentes).

Conclusões: Foi demonstrada a necessidade de criar condições para potenciar melhores práticas e responsabilizar as instituições de saúde e de formação em enfermagem.

Palavras-chave: Dor; Doente; Enfermeiro; Serviço de Urgência; Gestão de dor.

ABSTRACT

Introduction: Nursing Interventions (NI) in Pain Management (PM) in the Emergency Department (ED) are essential and an expression of the visibility of nurses. The concept of pain relief is so humanly important that it makes the study of this theme relevant.

Objetives: Typify Nursing Interventions in Pain Management in the ED, through an Integrative Literature Review (ILR).

Methods: Integrative Review, with PRISMA methodology, under PICO criteria, in PubMed/MEDLINE®, B-On, Cinahl EBSCO and RCAAP databases. From the search expression supported by the terms MeSH, with boolean search operators (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients), 116 studies emerged and 9 were selected.

Results: 6 categories of Nursing Interventions identified: Pain Assessment and Barriers (78%), Pharmacological Interventions (67%), Training (56%), Non-Pharmacological Interventions and Records (22%), of which 57 NI emerged (67% autonomous and 33% interdependent).

Conclusion: The need to create conditions to enhance best practices and hold health and nursing education institutions accountable was demonstrated.

Keywords: Pain; Sick; Nurse; Emergency Service; Pain management.

RESUMEN

Introducción: Las Intervenciones de Enfermería (IE) en Manejo del Dolor (MD) en el Servicio de Urgencia (SU) son esenciales y una expresión de la visibilidad de los enfermeros. El concepto de alívio del dolor es tan humanamente importante que hace el estudio de este tema relevante.

Objetivos: Tipificar Intervenciones de Enfermería en Manejo del Dolor en el SU, a través de Revisión Integrativa de la Literatura (RIL).

Métodos: Revisión Integrativa, con metodología PRISMA, bajo criterios PICO, en bases de datos PubMed/MEDLINE®, B-On, Cinahl EBSCO y RCAAP. De la expresión de búsqueda apoyada por los términos MeSH, con operadores de búsqueda booleanos (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients), surgieron 116 estudios y se seleccionaron 9.

Resultados: Se identificaron 6 categorías de Intervenciones de Enfermería: Evaluación del dolor y Barreras (78%), Intervenciones Farmacológicas (67%), Capacitación (56%), Intervenciones no-Farmacológicas y Registros (22%), de las cuales surgieron 57 IE (67% autónomas y 33% interdependientes).

Conclusiones: Se demostró la necesidad de crear condiciones para mejorar las prácticas y responsabilizar a las instituciones de salud y educación en enfermería.

Palabras Clave: Dolor; Enfermo; Enfermera; Servicio de Emergencia; Manejo del dolor.

INTRODUÇÃO

A dor é queixa recorrente em SU. O enfermeiro é figura central destes serviços, com responsabilidades acrescidas, sobretudo na triagem. É essencial identificar e refletir acerca das Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor. A atualização faz, assim, sentido e eis porque este estudo considera a sua identificação e reconhecimento empírico. O desenvolvimento de conhecimentos sobre dor, a visibilidade do enfermeiro especialista e o acompanhamento de planos de tratamento, focados no controlo da dor, em doentes críticos, podem contribuir positivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados.

É exigida a prática baseada na evidência (PBE), orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Dessa exigência, emergiu a necessidade de responder à questão de investigação “Quais as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU?”.

Assim, o objetivo geral deste estudo é tipificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência. Os objetivos específicos são: identificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU, categorizar as Intervenções de Enfermagem na Gestão de Dor em SU; apresentar o nível de incidência das intervenções, por categoria, e taxonomizar a relação entre a incidência das IE encontradas e as categorias.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A dor foi definida como "experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos" (International Association for the Study of Pain - IASP, 2020). A experiência de dor é, no entanto, mais ampla: é uma experiência individual e multifatorial; não é deduzida apenas por neurónios sensoriais; os indivíduos “aprendem” o conceito de dor ao longo do ciclo vital; o relato do indivíduo sobre dor exige respeito; tem função adaptativa, embora nefasta para o bem-estar e a incapacidade de comunicar não nega a presença de dor (IASP, 2020). A teoria atual sustém a influência de “fatores biológicos, psicológicos, neurofisiológicos, genéticos e ambientais na etiologia, exacerbação e manutenção da dor (...)” (Anwar, 2016).

A gestão diferenciada da dor é uma unidade de competência e o enfermeiro deve reconhecer sintomas fisiológicos e emocionais; garantir o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do indivíduo; gerir ações farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor e situações de sedo-analgésia (OE, 2018).

A avaliação sistemática, através de escalas validadas e adaptadas a cada indivíduo, é essencial.

É recomendada a utilização de escalas de autoavaliação, tais como a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala de Faces (EF) e Escala Qualitativa (EQ); ou de heteroavaliação, como a Critical Care Pain Observation Tool (CPOT). As evidências publicadas enfatizam que todas as escalas são válidas, adequadas e fiáveis para situações de urgência (Karcioglu, 2020).

Os cuidados de enfermagem distinguem-se em intervenções autónomas ou interdependentes. As intervenções autónomas são as ações efetuadas sob exclusiva responsabilidade de enfermeiros. As intervenções interdependentes são realizadas em colaboração com outros profissionais (OE, 2001).

A PBE garante a excelência dos cuidados de enfermagem. Enfermeiros com formação em dor podem contribuir para a elaboração de políticas, regulamentos e orientações, para um desempenho de qualidade do sistema de saúde (Hochberg, 2021).

2. MÉTODOS

A Revisão Integrativa é um processo de pesquisa, promotor das competências de investigação, análise reflexiva, apresentação e divulgação do conhecimento (Mendes, 2008), e envolve as seguintes etapas: definição da Questão de Investigação (QI); recolha de dados em bases científicas; fixação de critérios de inclusão/exclusão; interpretação de dados e apresentação de resultados (Noble & Smith, 2018).

2.1 Formulação da Questão de Investigação (QI)

A QI: “Quais as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU?”, emergiu de critérios PICO (Tabela 1), e serve de guia para a seleção dos estudos e métodos de recolha de dados (Souza, 2010).

Tabela 1. Critérios PICO para formulação da QI.

PI[C]O	Critérios de Seleção
[P] Participantes	Enfermeiros e doentes em SU
[I] Intervenção	Intervenções de Enfermagem
[C] Comparadores/ Contexto	Comparação não aplicável/ contexto SU
[O] Resultados	Gestão de dor

2.2 Estratégias de pesquisa

Foi definida a expressão de busca, com Medical Subject Headings (MeSH), produzido pela National Library of Medicine e identificados os termos MeSH para cada descritor. Em seguida, foram conjugados os descritores com o operador booleano AND: (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients). A pesquisa foi efetuada nas bases de dados PubMed/MEDLINE®, B-On, CINAHL (EBSCO) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

2.3 Critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão são: estudos publicados nos últimos 5 anos (2017-2022); em português e inglês e com artigo em texto integral. Foram excluídos estudos com resultados inconclusivos.

Através da triagem, evitou-se o viés e a duplicação dos resultados e foram avaliados títulos e resumos, para remoção de estudos sem relação com a Questão de Investigação. Este processo, desenvolvido por dois investigadores independentes, garantiu a seleção de estudos relevantes. Os artigos completos foram avaliados, segundo metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA).

2.4 Extração de dados

A extração e tabulação dos dados pertinentes, para avaliação da qualidade metodológica dos estudos, fez-se com a finalidade de analisar e interpretar os resultados. Os dados extraídos foram resumidos, de modo a formular conclusões, remetidas para a Questão de Investigação.

3. RESULTADOS

A pesquisa decorreu entre Outubro 2022 e Janeiro 2023. A figura 1 contém o fluxograma PRISMA, alusivo às etapas para inclusão dos artigos.

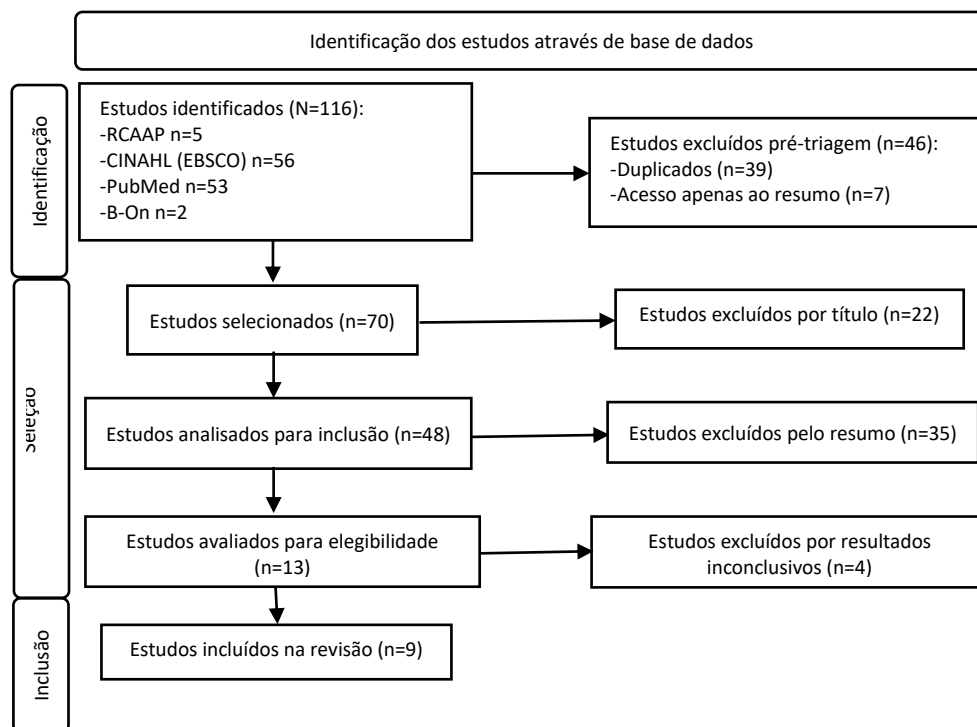


Figura 1. Fluxograma PRISMA. Fonte: Adaptado de Page et al. (2020).

A amostra, codificada (Cod) na Tabela 2, é constituída por artigos publicados em revistas médicas (56%), em revistas de enfermagem (33%) e em dissertações de mestrado (11%), sendo 89% dos estudos quantitativos e 11% qualitativos. Os autores de 89% dos estudos são enfermeiros (enfs) e 11% são médicos. Predominam os estudos da Europa (44%), seguidos da África e Ásia (22% cada) e Oceânia (11%). Das investigações, 67% foram conduzidas em áreas geográficas limitadas (hospital/região) e 33% a nível nacional. No global, 78% dos estudos

tiveram amostra de enfermeiros, e em 22% foi avaliada a perspectiva dos doentes. A amostra emergiu das bases PubMed/MEDLINE® e B-On (33,3% cada), RCAAAP (22,2%) e Cinahl EBSCO (11,1%).

Tabela 2. Caracterização da amostra.

Cod	Autor	Ano	Título	País	Publicação	Base de Dados
E1	António, C.	2017	<i>Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros</i>	Portugal	Dissertação Mestrado	RCAAP
E2	Mota et al.	2020	<i>Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência</i>	Portugal	Revista Millenium	RCAAP
E3	Sardo et al.	2020	<i>Nurses' behaviour regarding pain treatment in an emergency department (...)</i>	Itália	Journal of Pain Research	PubMed Medline
E4	Varndell et al.	2020	<i>Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey</i>	Austrália	Journal of Clinical Nursing	Cinahl EBSCO
E5	Kahsay et al.	2019	<i>Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings (...)</i>	Eritreia	BMC Nursing	B-On
E6	Admassie et al.	2022	<i>Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department (...)</i>	Etiópia	Annals of Medicine & Surgery	PubMed Medline
E7	Al-Sayaghi et al.	2022	<i>Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia</i>	Arábia Saudita	Revista Healthcare	B-On
E8	Hämäläinen et al.	2022	<i>Acute Pain Assessment Inadequacy in the Emergency Department: Patients' Perspective</i>	Finlândia	Journal of Pain Experience	PubMed Medline
E9	Manookian et al.	2018	<i>Nurses' Experience of Pain Management in Patients Referred to the Emergency Department</i>	Irão	J Babol Univ Med Sci	B-On

Foi feita a análise dos objetivos, participantes, Instrumento de Recolha de Dados (IRD), resultados, conclusões e limitações dos estudos. Após, foi elaborada a síntese dos dados (tabela 3) e a avaliação da qualidade da evidência. A principal conclusão dos estudos é a importância da formação. As limitações são relativas a amostras consideradas pouco representativas, sem generalização possível. Emergiram 6 categorias de IE: Avaliação de Dor (AD), Intervenções Farmacológicas (IF), Intervenções não-Farmacológicas (InF), Registos, Barreiras e Formação.

Cod	Tipo	Objetivos	População IRD	Principais resultados
E1	Quantitativo correlacional transversal	Analisar práticas	164 enfs em SU. Escala de Práticas de Enfermagem na GD (PEGD)	- 95% têm conhecimentos em IF; -InF prevalente: posicionamento (90%); InF menos realizadas: relaxamento, massagem e imaginação guiada; -barreiras: falta de tempo, formação e recursos humanos; volume de trabalho. -62% têm formação específica; para 86,4% é adequada;
E2	Transversal analítico	Avaliar práticas e fatores de influência	96 enfs em SU. Escala PEGD	-29,2% considera formação adequada; 47,9% não sabe/sem opinião; -EAN é mais utilizada (88,5%); -41,7% tem nível adequado de conhecimento; -enfs mais experientes com maior défice de saberes; grupo dos 6-10 anos de serviço com melhores resultados (53,8%).
E3	Observacional prospetivo	Avaliar atitudes e função dos enfs	509 doentes de SU. Formulário case-report	-95% enfs de triagem inquirir sobre dor; 69,7% avaliam a intensidade; -84,1% não informam o médico sobre a dor; -38,5% dos doentes receberam analgesia nos 1 ^{as} 60min pós-triagem; -49,5%: analgesia adequada; -enfs sem autonomia em GD na triagem; -diminuição na intensidade da dor mais importante que tempo de espera pela analgesia.
E4	Transversal exploratório	Avaliar saberes, perceção e fatores de influência	450 enfs de SU na Austrália Questionário de 91 itens.	-71,8% iniciam analgesia com autonomia; -76,5% receberam formação em GD; -EAN mais utilizada (32,3%); -uso raro de escalas de AD em doentes inconscientes; -barreiras: carga de trabalho excessiva (78,4%) e falta de dotações seguras (58,1%).

E5	Quantitativo transversal	Avaliar conhecimento, atitudes e barreiras	126 enfs de SU de 7 hospitais da Eritreia. Escala KASRP*	-défice de conhecimento/atitudes: nenhum participante atingiu score de 80%; -quanto maior grau académico, maior nível de conhecimentos; -formação prévia tem relevância; -barreiras: sobrelotação do SU, carga de trabalho, falta de protocolos/escalas de AD; -AD influenciada pelo comportamento do doente.
E6	Transversal multicêntrico	Avaliar barreiras percebidas e fatores associados.	153 enfs de 8 SU. Questionário semi-estruturado	-barreiras: sobrelotação do SU (76%), carga de trabalho (48,4%) e falta de orientações/protocolos (9,8%); -barreiras menos reportadas: regulação estrita de opióides, língua e falta de áreas para registo (2%); -enfs experientes, formados em GD ou com grau académico elevado, reportam menos barreiras.
E7	Quantitativo transversal	Avaliar conhecimento e atitudes	291 enfs Escala KASRP*	-70,1% nível fraco; 29,2% aceitável e 0,7% bom; -72% usam placebos para avaliar se dor é real; -82,5% consideram sinais vitais estáveis indicadores de ausência de dor; mantêm o doente algico para aferir a origem da dor; -73% afirmam: não devem ser administrados opióides a doentes com histórico de abuso de substâncias; -26,8% fazem AD correta do doente sorridente.
E8	Quantitativo descritivo e transversal	Descrever e explicar percepções da AD dos doentes	114 doentes de SU Questionário estruturado	-AD na triagem (83%), estadia (78%) e alta (63%); -91,2% considera desafiante a AD; -escalas: EQ 54%; EN 28% e EF 9,7%; -79% consideram a sua AD o método mais fiável; -AD em repouso: 76%; AD em movimento: 52%; -64% AD pré-administração analgésica e 66% após; -24% insatisfeitos com a AD.
E9	Qualitativo	Explicar as experiências dos enfs.	14 enfs de SU. Entrevistas individuais em profundidade e semi-estruturadas	-2 temas emergentes: “desafios/barreiras à GD” e “direito ao alívio da dor focado no doente”; -barreiras: estrutura organizacional/profissional inadequada (autoridade limitada, falta de tempo e avaliação/monitorização); -fatores humanos: medo de efeitos colaterais, visão holística e negligência; -alívio da dor: direito fundamental; foco em diferenças individuais e confiança.

*KASRP – Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain

Da análise inicial (Tabela 4), emergiram 57 Intervenções de Enfermagem, categorizadas em 6 grupos: A maioria dos estudos (78%) diz respeito à Avaliação de Dor e Barreiras, seguidas de Intervenções Farmacológicas (67%) e Formação (56%). Minoritariamente, as Intervenções Não-Farmacológicas e Registos foram referidas em 22% da amostra.

Tabela 4- Tipificação das IE em GD emergentes dos estudos.

Categoria de IE	n/ %	Intervenções de Enfermagem identificadas	Cod
Avaliação de Dor (AD)	7 estudos (78%)	-triagem pelo discriminador “dor”;	
		-reconhecer doente como melhor avaliador;	
		-exame físico e colheita de dados;	
		-caracterizar dor segundo duração, frequência, localização, intensidade, qualidade, fatores de alívio/agravamento e sintomas associados;	
		-utilizar escalas validadas/ajustadas;	
		-avaliar impacto emocional, socioeconómico e espiritual;	
		-identificar diagnósticos de dor;	
		-planear intervenções;	
		-reavaliação sistemática;	
		-capacitar enfs de triagem com formações;	
		-sensibilizar enfs para eficaz valorização da dor;	
		-comunicar resultados à equipa multidisciplinar;	
		-rever sistema de monitorização;	
		-estabelecer protocolos de AD;	
-sensibilizar enfs para atitudes negativas (ignorar/subestimar);			
-envolver o doente no processo de AD;			
-confiar nas afirmações do doente.			

Intervenções Farmacológicas (IF)	6 estudos (67%)	<ul style="list-style-type: none"> -possuir conhecimentos farmacológicos: terapêutica/segurança analgésica; → E1 -monitorizar eficácia das IF; → E1, E8 -responsabilizar enfs: intervalo ótimo de administração analgésica, timing e dose, baseada na resposta do doente; → E7 -estabelecer planos de intervenção, com equipa multidisciplinar; } E1 -familiarizar enfs com a administração combinada de analgésicos (prática recomendada pela OMS: escada analgésica); } -comunicar resultados das IF à equipa multidisciplinar; → E3, E6 -colaborar na elaboração de protocolos para IF na dor aguda. →
Intervenções não-Farmacológicas (InF)	2 estudos (22%)	<ul style="list-style-type: none"> -conhecer/aplicar InF (aplicação de calor/frio, distração, imaginação guiada, massagem, relaxamento, ambiente físico adequado, posicionamento, conforto, toque terapêutico, imobilização física em trauma); } E1 -providenciar medidas simples de conforto, cuidado e segurança do doente; } -comunicar resultados das InF à equipa multidisciplinar; } E9 -encarar o alívio da dor como direito fundamental dos indivíduos; } -estabelecer relação empática, com confiança e respeito; } -institucionalizar perspetivas de cuidados de saúde humanísticos e valores fundamentais da enfermagem. }
Registos	2 estudos (22%)	<ul style="list-style-type: none"> -informação disponível/fácil acesso no sistema informático, após triagem; } E1 -efetuar registos de avaliações, reavaliações, e seu planeamento; } -registos antes e após IF e/ou InF; } -sugerir desenvolvimento de alertas informáticos para avaliação/reavaliação; } -registo completo da dor, mesmo a sua ausência; } -sugerir prescrição das InF no sistema informático; } -melhorar burocracia hospitalar, para evitar registos em falta/incompletos; } -promover implementação de várias escalas de AD adaptadas para utentes de SU, no sistema informático; } -maior valorização do registo das ações realizadas. → E1, E2
Barreiras	7 estudos (78%)	<ul style="list-style-type: none"> -identificar/comunicar barreiras (falta de: tempo, formação, recursos humanos/ materiais, privacidade e diretrizes; volume de trabalho, gestão do meio físico); → E1 -realizar protocolos farmacológicos; → E3 -legisladores/gestores de enfermagem devem trabalhar no sentido de resolver a falta de recursos humanos; } E3, E5, E6, E9 -rever limites da autoridade de enfermagem (empoderar enfermeiros); → E3, E9 -melhorar a comunicação interprofissional; } -implementar escalas de dor validadas/adaptadas; } E4 -diminuir discrepância entre conhecimentos/crenças dos enfs e práticas de GD; → E7 -rever o sistema de monitorização. → E9
Formação	5 estudos (56%)	<ul style="list-style-type: none"> -investir em formação específica; → E1, E6 -incentivar à leitura de livros, estudos e artigos sobre dor; → E5 -exigir maior compromisso dos gestores; → E1, E2 -formação para ultrapassar preconceitos culturais sobre dor; → E3 -dirigir formações em GD para doentes específicos (geriatria, pediatria, doentes com défices cognitivos ou inconscientes); → E4 -aumentar sessões dedicadas à GD nas escolas de enfermagem; → E5, E7 -introdução de programas de GD contínuos; } -implementação de protocolos/orientações baseados na evidência; } E5 -promover programas de formação/avaliação contínuas; } -rever o programa das escolas de enfermagem: unidade dedicada à dor (fisiopatologia, avaliação e GD, IF e InF). } E7

A Organização Taxonómica das IE, por tipologia e por categoria executória na GD (Tabela 5), permite verificar que a categoria com mais IE é a Avaliação de Dor (29,8%) e, aquela onde foram encontradas menos ações é a Intervenção não-Farmacológica (10,5%). As categorias Avaliação e InF, têm 100% de Intervenções Autónomas de enfermagem (sem incidência de ações interdependentes) e a categoria Barreiras é aquela onde se verificam menos (3,5%). É na categoria Formação que se identificam mais Intervenções Interdependentes (12,3%).

Tabela 5. Incidência e Organização Taxonómica das IE, por tipologia e categoria executória na GD.

Categoria de IE	IE Autónomas		IE Interdependentes		Total IE	
	n	%	n	%	n	%
Avaliação de Dor	12 E1* 2 E3* 1 E6 1 E7 1 E8 1 E9		0	0	17	29,8
Total	17	29,8	0	0		

Intervenções Farmacológicas	4 E1* 1 E7 1 E8*		1 E1 1 E3* 1 E6*		7	12,3
Total	5	8,8	2	3,5		
Intervenções não-Farmacológicas	3 E1 3 E9		0	0	6	10,5
Total	6	10,5	0	0		
Registos	5 E1		4 E1* 1 E2*		9	15,8
Total	5	8,8	4	7		
Barreiras	1 E1 1 E7		3 E3** 2 E4 1 E5* 1 E6* 3 E9**		8	14,0
Total	2	3,5	6	10,5		
Formação	2 E1** 1 E2* 1 E5 1 E6*		1 E3 1 E4 3 E5* 3 E7*		10	17,6
Total	3	5,3	7	12,3		
TOTAL	38	67	19	33	57	100

Cada * representa 1 intervenção duplicada (emergente em mais que 1 estudo).

O nível de incidência das Intervenções Autónomas (IA) e Interdependentes (II) de enfermagem, por estudo (Tabela 6), revela que o estudo onde emergiram mais intervenções foi o E1 (47%). Os estudos com menos intervenções foram os E2 e E8 (3%). As II foram mais identificadas nos E1 e E3 (8,8%). Não emergiram quaisquer IA do E4, com 100% de ações interdependentes, que, por sua vez, não tiveram incidência no E8. O estudo onde as IA foram prevalentes foi o E1 (38,2%). Para os cálculos, foram consideradas as intervenções duplicadas.

Tabela 6. Incidência e Organização Taxonómica das IE, por tipologia, em cada estudo, na GD.

	E1		E2		E3		E4		E5		E6		E7		E8		E9	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IA	26	38,2	1	1,5	1	1,5	0	0	1	1,5	2	2,9	3	4,4	2	2,9	4	5,9
II	6	8,8	1	1,5	6	8,8	3	4,4	4	5,9	2	2,9	3	4,4	0	0	3	4,4
TOTAL	32	47,0	2	3,0	7	10,3	3	4,4	5	7,4	4	5,8	6	8,8	2	2,9	7	10,3

4. DISCUSSÃO

Os resultados serão agora discutidos e, para melhor organização e compreensão da relação entre objetivos e resultados, configuram-se em cada categoria de GD. No global, foram identificadas e categorizadas as Intervenções de Enfermagem (IE) em Gestão de Dor no SU. Foi apresentado o nível de incidência das interações desenvolvidas, por categoria, e desenvolveu-se uma taxonomia da relação entre a incidência das IE e as categorias de GD.

A Avaliação de Dor, presente em 78% dos estudos, com 100% de ações autónomas, tem impacto nas intervenções de outros profissionais, como revelado no E4 (Varndell et al., 2020), já que 60,7% dos enfermeiros reportaram a consideração dos médicos pela avaliação de enfermagem, na prescrição de analgesia.

No E1 (António, 2017), a dor foi prevalente na admissão no SU (55,3%), e os enfermeiros demonstraram boa avaliação inicial, como no E2 (Mota et al., 2020), embora nunca/raramente tenham avaliado o impacto emocional, espiritual e socioeconómico da dor, descurando a visão holística do doente (E1). No E8, Hämäläinen et al. (2022) demonstraram a perspetiva dos doentes de SU: 83% referiram beneficiar de AD à chegada, onde 80% dos doentes foi questionado sobre o tipo de dor e 89% sobre a localização.

Os estudos de Sardo et al. (2020), Khasay et al. (2019) e Al-Sayaghi et al. (2022) (E3, E5 e E7), evidenciaram lacunas: no E3, só a presença de dor foi avaliada e os E5 e E7 mostraram que os enfermeiros baseiam a AD no comportamento do doente (subestimar a dor do doente sorridente), em detrimento do nível de dor atribuído pelo próprio. Os doentes eram triados pela gravidade da patologia, e não pela intensidade da dor, como explicado no E5: doentes com dor abdominal receberam analgesia mais depressa que doentes com lombalgias. Uma maioria de enfermeiros (82,5%, E7) consideraram sinais vitais estáveis um indicador de ausência de dor. Contrariamente aos pressupostos teóricos, em que toda a dor deve ter a mesma prevalência de avaliação,

Hämäläinen et al. (2022) (E8) verificaram que a dor em movimento só foi avaliada a 52% dos doentes, em contraste com os doentes em repouso (76%).

O uso de escalas validadas é essencial. No E4 (Varndell et al., 2020), 53,1% dos enfermeiros não utilizaram escalas de avaliação específicas para doentes inconscientes; só 13,8% dos enfermeiros usaram a CPOT neste contexto, e revelaram dificuldades na AD em séniores ou doentes com défices cognitivos. A escala mais utilizada foi a EAN (84,8% no E1, 88,5% no E2 e 32,3% no E4), corroborando os resultados de Karcioğlu (2020), que defende a sua sensibilidade e resultados.

Cada enfermeiro deve reconhecer o doente como o melhor avaliador (E1, E5, E7 e E8), pelo que deve estabelecer uma relação de confiança mútua com o doente (E9 de Manookian et al., 2018), omitindo atitudes negativas, tais como, ignorar/subestimar a dor (E7 e E9). No entanto, avaliar a sua própria dor pode ser desafiante, como exposto no E8 (Hämäläinen et al., 2022), com 91% dos doentes a manifestarem dificuldades. O doente deve ser, por isso, envolvido no processo de avaliação.

A intensidade da dor é apenas um componente da experiência e os enfermeiros não podem descurar outros aspetos (E8). O impacto da dor deve ser avaliado (António, 2017) (E1) e corrobora as evidências apresentadas no estudo de Anwar (2016), ao defender que a dor deve ser encarada num contexto multifatorial. A sua reavaliação serve para avaliar a eficácia das intervenções (E1) e, por este motivo, Sardo et al. (2020) (E3) defendem que poderá ser necessário rever os sistemas de monitorização. Em 83% dos doentes (E8) houve AD à chegada ao SU, em 78% várias vezes durante a estadia e em 63% - uma diminuição importante - no momento da alta. Os resultados da (re)avaliação devem sempre ser transmitidos à equipa multidisciplinar (E1 e E4). O desenvolvimento de protocolos de avaliação permite uma gestão de dor mais atempada (E6 Admassie et al., 2022), mas 24% dos doentes (E8) mostraram insatisfação com a avaliação de dor dos enfermeiros, o que evidencia a necessidade de os enfermeiros estarem mais atentos à dor no SU.

No que respeita às Intervenções Farmacológicas (67% da amostra), verificou-se haver 71% de Intervenções Autónomas e 29% de Intervenções Interdependentes. A administração de fármacos exige prescrição médica, mas a monitorização da eficácia/segurança é efetuada com autonomia pelos enfermeiros.

Apurou-se que os enfermeiros revelaram bons conhecimentos, em António (2017) (E1): 96,3% conhece os fármacos analgésicos e 95% vigia a segurança da terapêutica, por oposição ao défice de conhecimentos, verificado em Khasay et al. (2019) (E5), sobre analgésicos opióides, e à evidência de práticas eticamente duvidosas em Al-Sayaghi et al. (2022) (E7), em que 72% dos enfermeiros usaram placebos para avaliar a presença de dor real; 74% mantiveram o doente algíco o máximo de tempo possível, antes de providenciar analgesia opióide, 82,5% mantiveram a dor do doente, para descobrir a causa e 73% afirmaram que doentes com histórico de abuso de substâncias não devem receber analgesia opióide. Também foi evidenciado o medo de efeitos secundários e comportamentos profissionais negligentes: enfermeiros admitiram administrar analgésicos/sedativos sem prescrição médica, para reduzirem queixas incomodativas dos doentes (Manookian et al., 2018).

Em contraste, 80,6% dos enfermeiros em Varndell et al. (2020) (E4) demonstraram uma atitude positiva em relação à analgesia em doentes críticos. Nestes SU, o protocolo permitiu a 71,8% dos enfermeiros a autonomia de administrar analgesia, por oposição aos enfermeiros do E3 de Sardo et al. (2020), que, na triagem, nunca geriram a dor com autonomia e não informaram os médicos sobre a dor em 84,1% dos doentes, sendo que apenas 38,5% receberam analgesia nos primeiros 60min após a triagem. Deste estudo emergiu que a diminuição na intensidade da dor é mais importante que o tempo até à administração de analgesia. A monitorização da eficácia foi evidenciada, já que em 64% dos doentes foi feita avaliação antes da administração de analgésicos e em 66% após (Hämäläinen et al., 2022) (E8).

As Intervenções não-Farmacológicas expressaram 100% de Intervenções Autónomas, pese embora tenham sido das categorias menos abordadas (22%).

Foi identificado o respeito pelos direitos humanos como prioridade (Manookian et al., 2018) (E9), com destaque para o conforto, e os enfermeiros reportaram a importância da relação de confiança mútua enfermeiro/doente e do respeito pelas diferenças individuais (dor insuportável para um doente pode não o ser para outro). No E1 de António (2017), foram expostas as InF mais utilizadas: posicionamento (93,8%) e promoção do conforto (93,1%), sendo que as InF nunca/raramente utilizadas são: imaginação guiada (75,2%), massagem (70%) e relaxamento (69,8%). As InF são promotoras da diminuição da ansiedade, e têm impacto positivo na GD (E1 e E9), mas requerem avaliação e monitorização da eficácia. A comunicação dos resultados à equipa multidisciplinar destaca a emancipação do enfermeiro (E1).

A categoria Registos foi das menos abordadas (22%) e revela 56% de IA e 44% de II. Pode ser discutida a influência dos sistemas informáticos, em regra, omissos de algumas ações autónomas, no entanto, cada enfermeiro tem o dever de efetuar registos, em notas de enfermagem, se o sistema não permitir uma validação específica.

O E2 (Mota et al., 2020), destaca que enfermeiros com adequada intervenção-registo da avaliação e controlo da dor, denotam melhores conhecimentos.

O registo da intensidade da dor é feito por 67,3% dos enfermeiros: as Intervenções Farmacológicas são mais registadas, em comparação às não-Farmacológicas (64,8% vs.59%) e os enfermeiros admitem registar menos de metade das ações (António, 2017) (E1). As avaliações, reavaliações e planeamento de intervenções devem sempre ser registados de forma completa, mesmo a ausência de dor, e poderá ser útil implementar programas de alerta de avaliação/reavaliação de dor (E1).

Por sua vez, as Barreiras revelaram 75% de Intervenções Interdependentes e 25% de Intervenções Autónomas, sendo uma das categorias prevalentes (78%).

As barreiras prevalentes foram a falta de tempo e formação, volume de trabalho e falta de recursos humanos (António, 2017; Sardo et al., 2020 e Manookian et al., 2018) (E1, E3 e E9), confirmado por Varndell et al. (2020), Khsay et al. (2019) e Admassie et al. (2022) (E4, E5 e E6).

A sobrelotação do SU é uma barreira importante e foi denunciada a falta de protocolos/orientações. (E5 e E6).

A avaliação/monitorização foi considerada inadequada, e foi exposta a limitação da autoridade dos enfermeiros, em Manookian et al. (2018) (E9). Os enfermeiros do E3 reportaram insuficiente implementação da lei/recomendações científicas; mostraram o receio de comprometer o diagnóstico médico, ao prover analgesia, e a responsabilidade médica de autorizar a administração de fármacos foi promotora de atrasos na GD.

No E5, pesadas regulamentações e um controlo estrito dos opióides em SU foram identificados como barreiras, contestando o E6, onde foram as menos reportadas, com a língua e a falta de áreas designadas para registos (2%). No entanto, a língua pode ser uma barreira para a PBE: em Sardo et al. (2020) (E3), a literatura científica, maioritariamente em inglês, foi considerada coerciva para a aquisição de conhecimentos.

No E9, os fatores humanos influenciadores são: receio de efeitos secundários (admissão de falta de formação/conhecimentos), a visão holística (requer total atenção do enfermeiro: falta de tempo implícita) e a negligência (desvalorização da dor e administração de fármacos sem prescrição, para evitar queixas incómodas).

O enfermeiro, e mormente o enfermeiro especialista, deve identificar obstáculos e comunicar as dificuldades sentidas (António, 2017), pode contribuir para a elaboração/implementação de protocolos, com melhoria da comunicação interprofissional, e expandir os limites de autoridade da enfermagem.

A categoria Formação representa 56% da amostra e expressa 70% de II e 20% de IA.

Em António (2017) (E1) e Varndell et al. (2020) (E4), os enfermeiros tiveram formação específica em dor (62% e 76,5%, nessa ordem), e em Mota et al. (2020) (E2), 47,9% não sabem/não têm opinião sobre a formação. Ter atitude reflexiva em relação à prática é uma competência de enfermagem (OE, 2011) e o progresso do autoconhecimento é competência do enfermeiro especialista (OE, 2019).

Apenas 29,2% dos enfermeiros possuíam conhecimentos sobre dor aceitáveis e 0,7% bons (Al-Sayaghi et al., 2022) (E7), tal como em Khsay et al. (2019) (E5), com 57,9% da amostra a revelar fracos conhecimentos. A falta de atenção dada à dor nas escolas de enfermagem é apontada como o principal motivo para este défice (E5).

Enfermeiros com formação têm melhores conhecimentos que enfermeiros sem formação (E2, E4, E5).

É relevante refletir sobre formação contínua laboral. No E2, enfermeiros com mais tempo no SU (>11anos) manifestaram maior défice de conhecimentos. Todos os enfermeiros autorizados a iniciar analgesia de forma emancipada no E4 tiveram formação prévia, mas 38,4% não receberam formação contínua, após a autorização obtida.

A análise dos estudos mostra que a formação contínua é essencial para os enfermeiros de SU. Tal é validado por Hochberg (2021): profissionais de saúde formados em dor contribuem na elaboração de políticas, regulamentos e orientações, e promovem o desempenho de qualidade do sistema de saúde.

CONCLUSÕES

Foram identificadas 67% de IE Autónomas em Gestão de Dor no SU, e em menor prevalência, 33% de IE Interdependentes. A apresentação do nível de incidência das interações desenvolvidas, por categoria,

permitiu verificar que a maioria das IE se situa na categoria Avaliação de Dor, e a minoria na categoria de Intervenções não-Farmacológicas.

Verifica-se que a dor é motivo frequente de ida ao SU e continua a ser, maioritariamente, desvalorizada. A síntese dos estudos demonstra que os enfermeiros não priorizam a intervenção autónoma não-farmacológica. Neste campo, há literatura com evidência, mas há pouca prevalência de InF.

A limitação deste estudo é a restrição da pesquisa aos critérios de inclusão (potenciais fontes de informação secundárias ignoradas). Os estudos selecionados poderão ter lacunas no rigor científico, mas a avaliação da qualidade confirmou a consistência nos resultados.

É indispensável a prestação de cuidados de enfermagem com base em evidência científica, pelo que se propõe formação em dor nas escolas de enfermagem e no espaço laboral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Admassie, B. M., Lema, G. F., Ferede, Y. A., & Tegegne, B. A. (2022). Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia, 2021. Multi-center cross sectional study. *Annals of medicine and surgery (2012)*, *81*, 104338. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104338>
- Al-Sayaghi, K. M., Fadlalmola, H. A., Aljohani, W. A., Alenezi, A. M., Aljohani, D. T., Aljohani, T. A., Alsaleh, S. A., Aljohani, K. A., Aljohani, M. S., Alzahrani, N. S., Alamri, A. A., Alhousah, A. H., & Khan, M. F. (2022). Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(3), 528. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030528>
- António, C.A.S. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Anwar K. (2016). Pathophysiology of pain. *Disease-a-month*. *DM*, *62*(9), 324–329. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2016.05.015>
- Hämäläinen, J., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2022). Acute Pain Assessment Inadequacy in the Emergency Department: Patients' Perspective. *Journal of patient experience*, *9*, 23743735211049677. <https://doi.org/10.1177/23743735211049677>
- Hochberg, U., Sharon, H., Bahir, I., & Brill, S. (2021). Pain Management - A Decade's Perspective of a New Subspecialty. *Journal of pain research*, *14*, 923–930. <https://doi.org/10.2147/JPR.S303815>
- Kahsay, D. & Pitkäjärvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: Cross-sectional study. *BMC Nursing*. *18*. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>.
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American journal of emergency medicine*, *36*(4), 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>
- Manookian, A Molaei, S & Dehghan Nayeri, N. (2018). Nurses' Experience of Pain Management in Patients Referred to the Emergency Department. *J Babol Univ Med Sci Vol 20, Issu 12; Dec 201 8. P: 6 9 -75*. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jbums.20.12.9>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *17* (Texto contexto - enferm., 2008 17(4)), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, Ângelo, Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Pain management in nursing practice in the emergency department. *Millenium Journal of Education, Technologies, and Health*, *2*(5e), 269–279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- National Library of Medicine. *PubMed User Guide*. Consultado a 25/10/2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/help/#using-mesh-database>
- Noble, H., & Smith, J. (2018). Reviewing the literature: choosing a review design. *Evidence-based nursing*, *21*(2), 39–41. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102895>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos* [Quality standards of nursing care: conceptual framework and descriptive statements]. Edição: Ordem dos Enfermeiros Setembro 2002 Revisão e reimpressão: Agosto de 2012. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 135 (2018). Acedido a 25/10/2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Sardo, S., Galletta, M., Coni, E., Aviles Gonzalez, C. I., Piras, I., Pia, G., Evangelista, M., Musu, M., & Finco, G. (2020). Nurses' Behavior Regarding Pain Treatment in an Emergency Department: A Single-Center Observational Study. *Journal of pain research*, 13, 2355–2359. <https://doi.org/10.2147/JPR.S266087>
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2020). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2352–2362. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A realização de um relatório final revela-se de extrema importância, pois permite assumir o compromisso de melhoria dos cuidados prestados, aumentando a sua qualidade.

A elaboração do relatório de estágio permitiu descrever e apreciar de forma crítica as experiências vivenciadas, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC.

Os serviços onde foram desenvolvidos os estágios proporcionaram experiências de aprendizagem, enriquecedoras e diversas.

Ao longo deste relatório, foi elaborada a orientação do estudo de investigação, que se preconizou desenvolver. O estudo efetuado, intitulado “Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência”, procurou responder à questão de investigação: “Quais as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU?”, através de Revisão Integrativa da Literatura. Esta questão despontou da necessidade de basear as intervenções de enfermagem nas mais recentes evidências científicas e de padronizar procedimentos, que garantam a qualidade das práticas de enfermagem. A pertinência deste estudo foi apontada pelas competências do Enfermeiro Especialista em EMC. Assim, foram formulados objetivos, para os quais foi selecionada a metodologia, e respetivas propostas de variáveis em estudo, que após a respetiva análise, permitiram aceder aos resultados.

Foram identificadas 67% de IE Autónomas em Gestão de Dor no SU, e em menor prevalência, 33% de IE Interdependentes. A apresentação do nível de incidência das interações desenvolvidas, por categoria, permitiu verificar que a maioria das IE se situa na categoria Avaliação de Dor, e a minoria na categoria de Intervenções não-Farmacológicas.

Verifica-se que a dor é motivo frequente de ida ao SU e continua a ser, maioritariamente, desvalorizada. A síntese dos estudos demonstra que os enfermeiros não priorizam a intervenção autónoma não-farmacológica. Neste campo, há literatura com evidência, mas há pouca prevalência de InF.

A limitação deste estudo é a restrição da pesquisa aos critérios de inclusão (potenciais fontes de informação secundárias ignoradas). Os estudos selecionados

poderão ter lacunas no rigor científico, mas a avaliação da qualidade confirmou a consistência nos resultados.

É indispensável a prestação de cuidados de enfermagem com base em evidência científica, pelo que se propõe formação em dor nas escolas de enfermagem e no espaço laboral.

Esta investigação foi uma oportunidade única de consciencializar os enfermeiros sobre o tema da dor, de modo a adotar boas práticas.

Em suma, considero que atingi os objetivos deste relatório.

Esta jornada contribuiu profundamente para a consolidação dos meus conhecimentos e, conseqüentemente, para a minha formação profissional e desenvolvimento pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Admassie, B. M., Lema, G. F., Ferede, Y. A., & Tegegne, B. A. (2022). Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia, 2021. Multi-center cross sectional study. *Annals of medicine and surgery* (2012), 81, 104338. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104338>
- Al-Sayaghi, K. M., Fadlalmola, H. A., Aljohani, W. A., Alenezi, A. M., Aljohani, D. T., Aljohani, T. A., Alsaleh, S. A., Aljohani, K. A., Aljohani, M. S., Alzahrani, N. S., Alamri, A. A., Alhousah, A. H., & Khan, M. F. (2022). Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(3), 528. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030528>
- António, C.A.S. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Anwar K. (2016). Pathophysiology of pain. *Disease-a-month. DM*, 62(9), 324–329. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2016.05.015>
- Direção Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* <https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf>
- Hämäläinen, J., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2022). Acute Pain Assessment Inadequacy in the Emergency Department: Patients' Perspective. *Journal of patient experience*, 9, 23743735211049677. <https://doi.org/10.1177/23743735211049677>
- Hochberg, U., Sharon, H., Bahir, I., & Brill, S. (2021). Pain Management - A Decade's Perspective of a New Subspecialty. *Journal of pain research*, 14, 923–930. <https://doi.org/10.2147/JPR.S303815>
- Kahsay, D. & Pitkälä, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: Cross-sectional study. *BMC Nursing*. 18. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>.
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American journal of emergency medicine*, 36(4), 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>
- Manookian, A Molaei, S & Dehghan Nayeri, N. (2018). Nurses' Experience of Pain Management in Patients Referred to the Emergency Department. *J Babol Univ Med Sci Vol 20, Issu 12; Dec 201 8. P: 6 9 -75.* <https://doi.org/10.18869/acadpub.jbums.20.12.9>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17 (Texto contexto - enferm., 2008 17(4)), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, Ângelo, Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Pain management in nursing practice in the emergency department. *Millenium Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 269–279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

National Library of Medicine. *PubMed User Guide*. Consultado a 25/10/2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/help/#using-mesh-database>

Noble, H., & Smith, J. (2018). Reviewing the literature: choosing a review design. *Evidence-based nursing*, 21(2), 39–41. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102895>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos* [Quality standards of nursing care: conceptual framework and descriptive statements]. Edição: Ordem dos Enfermeiros Setembro 2002 Revisão e reimpressão: Agosto de 2012. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. [Professional Development Model – Individualization System of Clinical Specialties in Nursing]. Edição: Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2009 p. 45.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica*. [Regulation of quality standards of specialized care in critically ill persons] https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPe_ssoaSituacaoCritica.pdf

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

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

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 135 (2018). Acedido a 25/10/2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 26 (2019). Acedido a 27/03/2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

Sardo, S., Galletta, M., Coni, E., Aviles Gonzalez, C. I., Piras, I., Pia, G., Evangelista, M., Musu, M., & Finco, G. (2020). Nurses' Behavior Regarding Pain Treatment in an Emergency Department: A Single-Center Observational Study. *Journal of pain research*, 13, 2355–2359. <https://doi.org/10.2147/JPR.S266087>

Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2020). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2352–2362. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>

ANEXOS

Anexo I – Parecer Científico do Orientador

DECLARAÇÃO

Eu, Maria Augusta Romão da Veiga Branco, professora coordenadora do IPB, com responsabilidade de orientação científica do Relatório de Estágio e respetivo Trabalho de Pesquisa de Mestrado, submetido ao tema: "Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência", desenvolvido pela mestranda Olívia Domingues Afonso (nº48292), estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, venho, para os devidos efeitos, declarar, que o trabalho efetuado e por mim orientado e revisto, se encontra em condições suficientes para ser entregue nesta instituição, para procedimentos protocolares de apresentação e discussão em Provas Públicas.

Atenciosamente.

Escola Superior de Saúde, IPB

Bragança, 22-03-2023

Assinado por: MARIA AUGUSTA ROMÃO DA VEIGA BRANCO
Num. de identificação: 07136703
Data: 2023.03.22 20:19:37+0000

Orientação Científica

Anexo II – Prisma Checklist 2020



PRISMA 2020 Lista de verificação

Secção e Tópico	Item #	Item da lista de verificação	Verificado
TÍTULO			
Título	1	Identificar o relatório como uma revisão sistemática.	✓
RESUMO			
Resumo	2	Consultar a lista de verificação PRISMA 2020 para resumos.	-
INTRODUÇÃO			
Fundamentação	3	Descrever a fundamentação da revisão no contexto dos conhecimentos existentes.	✓
Objetivos	4	Fornecer uma declaração explícita do(s) objetivo(s) ou pergunta(s) abordado(s) pela revisão.	✓
MÉTODOS			
Critérios de elegibilidade	5	Especificar os critérios de inclusão e exclusão para a revisão e como os estudos foram agrupados para as sínteses.	✓
Fontes de informação	6	Especificar todas as bases de dados, registos, sítios Web, organizações, listas de referência e outras fontes pesquisadas ou consultadas para identificar estudos. Especifique a data em que cada fonte foi pesquisada ou consultada pela última vez.	✓
Estratégia de pesquisa	7	Apresentar as estratégias de pesquisa completas para todas as bases de dados, registos e websites, incluindo quaisquer filtros e limites utilizados.	✓
Processo de seleção	8	Especificar os métodos usados para decidir se um estudo atendeu aos critérios de inclusão da revisão, incluindo quantos revisores examinaram cada registo e cada relatório recuperado, se eles trabalharam de forma independente e, se aplicável, detalhes das ferramentas de automação usadas no processo.	✓
Processo de recolha de dados	9	Especificar os métodos usados para coletar dados de relatórios, incluindo quantos revisores coletaram dados de cada relatório, se eles trabalharam de forma independente, quaisquer processos para obter ou confirmar dados dos investigadores do estudo e, se aplicável, detalhes das ferramentas de automação usadas no processo.	✓
Elementos de dados	10a	Listar e definir todos os resultados para os quais os dados foram solicitados. Especificar se foram procurados todos os resultados compatíveis com cada domínio de resultados em cada estudo (por exemplo, para todas as medidas, pontos temporais, análises) e, em caso negativo, os métodos utilizados para decidir quais os resultados a recolher.	✓
	10b	Listar e definir todas as outras variáveis para as quais foram solicitados dados (por exemplo, características dos participantes e da intervenção, fontes de financiamento). Descrever quaisquer suposições feitas sobre qualquer informação ausente ou pouco clara.	✓
Estudo do risco de avaliação de	11	Especificar os métodos utilizados para avaliar o risco de enviesamento nos estudos incluídos, incluindo pormenores da(s) ferramenta(s) utilizada(s), quantos avaliadores avaliaram cada estudo e se trabalharam de forma independente e, se aplicável, pormenores sobre as	-

enviesamentos		ferramentas de automatização utilizadas no processo.	
Medidas de efeito	12	Especificar, para cada resultado, a(s) medida(s) de efeito (por exemplo, razão de risco, diferença média) utilizada na síntese ou apresentação dos resultados.	-
Métodos de síntese	13a	Descrever os processos utilizados para decidir quais estudos eram elegíveis para cada síntese (por exemplo, tabulando as características de intervenção do estudo e comparando com os grupos planejados para cada síntese (item #5)).	✓
	13b	Descrever quaisquer métodos necessários para preparar os dados para apresentação ou síntese, tais como o tratamento de estatísticas sumárias em falta ou conversões de dados.	✓
	13c	Descrever quaisquer métodos utilizados para tabular ou apresentar visualmente os resultados de estudos e sínteses individuais.	✓
	13d	Descrever quaisquer métodos utilizados para sintetizar resultados e fornecer uma justificação para a(s) escolha(s). Se a meta-análise foi realizada, descreva o(s) modelo(s), método(s) para identificar a presença e extensão da heterogeneidade estatística e o(s) pacote(s) de software usado(s).	✓
	13e	Descrever quaisquer métodos utilizados para explorar possíveis causas de heterogeneidade entre os resultados do estudo (por exemplo, análise de subgrupos, meta-regressão).	-
	13f	Descrever quaisquer análises de sensibilidade realizadas para avaliar a robustez dos resultados sintetizados.	-
Avaliação do enviesamento dos relatórios	14	Descrever quaisquer métodos utilizados para avaliar o risco de enviesamento devido à falta de resultados numa síntese (decorrentes de enviesamentos de notificação).	-
Avaliação da certeza	15	Descrever quaisquer métodos utilizados para avaliar a certeza (ou confiança) no conjunto de provas para um resultado.	-

RESULTADOS			
Seleção do estudo	16a	Descrever os resultados do processo de pesquisa e seleção, desde o número de registos identificados na pesquisa até o número de estudos incluídos na revisão, idealmente usando um fluxograma.	✓
	16b	Cite estudos que possam parecer atender aos critérios de inclusão, mas que foram excluídos, e explique por que eles foram excluídos.	✓
Características do estudo	17	Cite cada estudo incluído e apresente suas características.	✓
Risco de enviesamento nos estudos	18	Apresentar avaliações do risco de enviesamento para cada estudo incluído.	✓

Resultados de estudos individuais	19	Para todos os resultados, apresentar, para cada estudo: (a) estatísticas sumárias para cada grupo (quando apropriado) e (b) uma estimativa do efeito e sua precisão (por exemplo, intervalo confiança/credível), idealmente usando tabelas ou gráficos estruturados.	-
Resultados das sínteses	20a	Para cada síntese, resumir brevemente as características e o risco de enviesamento entre os estudos contribuintes.	✓
	20b	Apresentar resultados de todas as sínteses estatísticas realizadas. Se a meta-análise foi feita, apresente para cada uma a estimativa resumida e sua precisão (por exemplo, confiança/intervalo credível) e medidas de heterogeneidade estatística. Se comparar grupos, descreva a direção do efeito.	-
	20c	Apresentar resultados de todas as investigações de possíveis causas de heterogeneidade entre os resultados do estudo.	-
	20d	Apresentar resultados de todas as análises de sensibilidade realizadas para avaliar a robustez dos resultados sintetizados.	-
Comunicação de enviesamentos	21	Apresentar avaliações do risco de enviesamento devido a resultados em falta (decorrentes de enviesamentos de notificação) para cada síntese avaliada.	✓
Certeza das provas	22	Apresentar avaliações de certeza (ou confiança) no conjunto de evidências para cada resultado avaliado.	✓
DISCUSSÃO			
Discussão	23a	Fornecer uma interpretação geral dos resultados no contexto de outras provas.	✓
	23b	Discutir quaisquer limitações das evidências incluídas na revisão.	✓
	23c	Discuta quaisquer limitações dos processos de revisão usados.	✓
	23d	Discutir as implicações dos resultados para a prática, a política e a investigação futura.	✓
OUTRAS INFORMAÇÕES			
Registo e protocolo	24a	Forneça informações de registo para a revisão, incluindo o nome e o número de registo, ou indique que a avaliação não foi registada.	✓
	24b	Indicar onde o protocolo de revisão pode ser acessado ou declarar que um protocolo não foi preparado.	✓
	24c	Descrever e explicar quaisquer alterações às informações fornecidas no momento do registo ou do protocolo.	-
Suporte	25	Descrever as fontes de apoio financeiro ou não financeiro para a revisão e o papel dos financiadores ou patrocinadores na avaliação.	-
Competindo interesses	26	Declarar quaisquer interesses concorrentes dos autores da revisão.	-
Disponibilidade de dados, códigos e outros materiais	27	Comunicar quais das seguintes opções estão disponíveis publicamente e onde podem ser encontradas: modelos de formulários de recolha de dados; dados extraídos de estudos incluídos; dados utilizados para todas as análises; código analítico; quaisquer outros materiais utilizados na revisão.	-

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71 For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo III – Comprovativo Submissão Revista *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*

Millenium - Journal of Education, Technologies, and He... Tasks 3 English View Site

millenium
Journal of Education, Technologies, and Health

Submissions

30368 / Afonso et al. / Nursing Interventions in Pain Management in the Emergency Department Library

Workflow **Publication**

Submission **Review** **Copyediting** **Production**

Submission Files Q Search

- 1202301 | Nursing Interventions in Pain Management in the Emergency Department - Integrative Literature Review March 22, 2023 Article Text

[Download All Files](#)

Pre-Review Discussions Add discussion

Name	From	Last Reply	Replies	Closed
------	------	------------	---------	--------

