



**ipb**

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

## **INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR EM DOENTES EM URGÊNCIA BÁSICA**

**Sílvia Patrícia da Silva Alves**

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

Orientador científico: Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco

Categoria: Professora Coordenadora

Afiliação: IPB – Escola Superior de Saúde

Bragança, Junho de 2023



Alves, S.P.S (2023), Veiga-Branco, M.A.R (2023) Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes em Urgência Básica. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança 2023

## AGRADECIMENTOS

Ao longo desta caminhada, foram várias as pessoas, que direta ou indiretamente, me deram forças e incentivaram a continuar.

À minha família, em especial aos meus pais, Altino e Adelaide, que sempre apoiam tudo o que me proponho a realizar.

Ao meu namorado Zé, que acompanhou as minhas dificuldades e frustrações, bem como, as minhas alegrias e superações.

À Marta e à Andreia que mesmo longe estão sempre perto e nunca me deixam desistir.

À Cátia e à Olívia pela partilha, troca de conhecimentos, desabafos, reuniões em conjunto e conversas em grupos de whatsapp.

Às sempre companheiras de jornada, Isabel e Lúcia, pelo incentivo ao longo de todo este percurso, principalmente nesta reta final; pelas longas viagens e longas conversas; pelo companheirismo e amizade.

A todos os colegas de serviço que facilitaram as trocas de horário para as constantes viagens a Bragança.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco, por toda a orientação, disponibilidade, ensinamentos, partilha e colaboração que em muito contribuiu para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos, o meu mais sincero ***Obrigada!***

## RESUMO

A dor é uma sensação comum e desagradável entre as pessoas que recorrem aos Serviços de Urgência Básica (SUB). Por conseguinte, a utilização de métodos adequados em gestão de dor, tais como Intervenções não Farmacológicas (InF) de Enfermagem, é uma prioridade. As InF de enfermagem assumem-se, não só como uma prioridade no Serviço de Urgência, mas também e sobretudo, como uma expressão relevante na visibilidade e autonomia de Enfermagem na Gestão da Dor.

O objetivo da presente investigação consiste em reconhecer as Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor em doentes em Serviço de Urgência Básica.

A nível do eixo de investigação, realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, realizado através dos resultados obtidos da aplicação da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor, validada para a população portuguesa por António (2019), a uma amostra de 157 enfermeiros a exercer funções em Serviço de Urgência Básica, tendo esta, sido divulgada a partir do *Google Docs* e enviado por *email* aos enfermeiros.

No âmbito do estudo de investigação realizado, verificou-se que as Intervenções não Farmacológicas na gestão da dor executadas pelos enfermeiros no Serviço de Urgência Básica foram: a promoção do conforto, a adequação do posicionamento da pessoa, o conhecimento das intervenções não farmacológicas e a aplicação de calor e frio, quando adequado. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis sociodemográficas e a utilização de intervenções não farmacológicas de gestão da dor pelos enfermeiros em estudo. Os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menos tempo de exercício profissional, bem como os enfermeiros que exercem funções em SUB há 21-30 anos pontuaram mais, indicando serem estes os participantes que mais conhecem as intervenções não farmacológicas para gestão da dor e as executam. O estudo revelou uma prevalência de enfermeiros sem formação em dor (52,2%), sendo que, numa análise por género predomina o masculino (62,8%).

A formação na prática clínica em Enfermagem é uma componente essencial, através da qual o estudante beneficia plenamente da experiência *in loco*, com um *feedback* sobre o seu desempenho e aquisição de competências. Da investigação realizada conclui-se que há necessidade de maiores incentivos na promoção da formação nos serviços de saúde para o aumento de conhecimento e competências na gestão da dor através de intervenções não farmacológicas aos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência Básica, como garantia na otimização da experiência do doente.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Dor; Serviço de Urgência Básica; Enfermagem; Intervenções não farmacológicas.

## **ABSTRACT**

Pain is a common and unpleasant sensation among people who resort to Basic Emergency Services (BES). Therefore, the use of appropriate pain management methods, such as Non-Pharmacological Nursing Interventions, is a priority. The Non-Pharmacological Nursing Interventions are assumed, not only as a priority in the Emergency Service, but also and above all, as a relevant expression in the visibility and autonomy of Nursing in Pain Management.

The objective of the present investigation is to recognize the Non-Pharmacological Nursing Interventions in the management of pain in patients in the Basic Emergency Service.

In terms of the research axis, a quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study was accomplished, carried out through the results obtained from the application of the Nursing Practice Scale in Pain Management, validated for the Portuguese population by António (2019), to a sample of 157 nurses working in a Basic Emergency Service, which was released from Google Docs and sent by email to the nurses.

Within the scope of the research study carried out, it was verified that the Non-Pharmacological Interventions in pain management performed by nurses in the Basic Emergency Service were: the promotion of comfort, the adequacy of the person's positioning, the knowledge of non-pharmacological interventions and the application of heat and cold when appropriate. There are no statistically significant differences ( $p > 0.05$ ) between sociodemographic variables and the use of non-pharmacological pain management interventions by the nurses under study. Male nurses, aged over 55 years, postgraduates, with less time in professional practice, as well as nurses who have worked in BES for 21-30 years, scored more, indicating that these are the participants who know the most about the non-pharmacological interventions for pain management and perform them. The study revealed a prevalence of nurses with no training in pain (52.2%), and, in an analysis by gender, males predominate (62.8%).

Training in clinical nursing practice is an essential component, through which the student fully benefits from the on-site experience, with feedback on their performance and

acquisition of skills. From the research carried out, it is concluded that there is a need for greater incentives in promoting training in health services to increase knowledge and skills in pain management through non-pharmacological interventions for patients who resort to the Basic Emergency Service, as a guarantee of optimization of the patient's experience.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Pain; Basic Emergency Service; Nursing; Non-pharmacological interventions.

## **ABREVIATURAS E/OU SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ANA – American Nurses Association

APA - American Psychological Association

BO – Bloco Operatório

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GD – Gestão da Dor

HPA – Hospital Padre Américo

HSG – Hospital São Gonçalo

HSO – Hospital Senhora da Oliveira

IASP – International association for the study of pain

InF – Intervenções não Farmacológicas

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

## Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – Relatório de estágio .....</b>	<b>14</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1. Caracterização do Serviço de Medicina Intensiva – HSO, EPE .....	15
1.2. Caracterização do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica – CHTS , EPE.....	17
1.3. Caracterização do Bloco Operatório – CHTS , EPE .....	19
<b>2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	23
2.2. Domínio de Melhoria Contínua da Qualidade .....	24
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	25
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	27
2.5. Competências Específicas na área de Médico-Cirúrgica .....	27
2.5.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	28
2.5.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 28	
2.5.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas .....	29
<b>3. CONCLUSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>31</b>
<b>Nota Prévia .....</b>	<b>32</b>
<b>Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes em Urgência Básica .....</b>	<b>34</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>35</b>
Introdução.....	37
1. Enquadramento Teórico.....	37
2. Métodos.....	41
3. Resultados.....	42

4. Discussão.....	45
Conclusão .....	47
Conflito de Interesses .....	48
Agradecimentos e Financiamento .....	48
Referências bibliográficas .....	49
<b>SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>58</b>
ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados.....	59
Anexo II – Autorização da autora para utilização do IRD .....	64
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética.....	65
Anexo IV – Parecer favorável da Orientadora Científica .....	66
Anexo V – Comprovativo da submissão do artigo.....	67

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Apresentação dos valores absolutos e relativos da distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra em função do género.....	42
<b>Tabela 2:</b> Apresentação da distribuição dos valores médios das variáveis idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em SUB em função do género.....	43
<b>Tabela 3:</b> Apresentação dos valores absolutos, percentuais e médios da execução da variável Intervenções não Farmacológicas em Gestão da Dor.....	44
<b>Tabela 4:</b> Apresentação dos Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as intervenções não farmacológicas em gestão da dor.....	44
<b>Tabela 5:</b> Apresentação dos valores absolutos e percentuais da variável formação em dor em função do género.....	45

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de desenvolvimento de competências, surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende assegurar “a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional no âmbito do doente crítico do foro médico e cirúrgico e o aperfeiçoamento de métodos e técnicas de investigação de forma a fundamentar a prática especializada” (IPB, 2020).

De acordo com o regulamento publicado no Diário da República, 2ª série, nº135, 16 de Julho de 2018,

os cuidados especializados em enfermagem Médico-cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação. (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19360).

Deste modo, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contempla a unidade curricular *Trabalho de Projeto ou Estágio*, que está estruturada, de forma a assegurar a aquisição de competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para os Enfermeiros Especialistas e, competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, conforme os regulamentos nº122 e nº429/2018 da OE. Daí, surge a necessidade de realização de estágios articulados entre si, tendo como objetivo principal proporcionar espaço de aprendizagem.

O presente trabalho, não é mais que a reflexão do caminho, entre a descrição e a reconstrução da ação. É que, refletir sobre a ação, implica que se pense sobre a realidade vivenciada *in loco*, tendo em conta o “aqui e o agora” e os recursos mobilizados. Isto,

implica analisá-la com base nos conhecimentos, na experiência e na informação, para que lhe possa atribuir sentido e alcançar a compreensão da situação propriamente dita, resultando numa reorganização e num aprofundamento do conhecimento da ação. Esse processo, assume-se, como a pedra basilar da relação entre a teoria e a prática, o que pressupõe que não se pode conhecer sem agir, nem agir sem conhecer. Num segundo momento, e no cumprimento dos pressupostos académicos, será desenvolvida uma investigação, independente dos ensinamentos clínicos realizados.

O presente documento está estruturado em duas partes, sendo elas: Parte I – Análise e Reflexão crítica do desenvolvimento de competências; Parte II – Investigação: “Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes em Urgência Básica”. A metodologia adotada, para esta investigação, foi a metodologia quantitativa, descritivo-correlacional e transversal, realizado numa amostra de 157 enfermeiros a exercer funções em Serviço de Urgência Básica (SUB). Teve como objetivo geral: Reconhecer as Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem em gestão da dor em doentes em SUB.

O documento, encontra-se redigido de acordo com as regras presentes no guia de elaboração de trabalhos escritos, do Instituto Politécnico de Bragança e, as referências bibliográficas, formuladas de acordo com as normas APA.

**PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS – Relatório de estágio**

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

Os estágios tiveram uma carga horária de 168h de contacto cada, fazendo um total de 504 horas e decorreram entre Setembro de 2021 e Fevereiro de 2022.

O primeiro estágio desenvolveu-se no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Oliveira (HSO), EPE – Guimarães entre 13 de Setembro e 29 de Outubro de 2021, sob a supervisão de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O segundo realizou-se entre 2 de Novembro e 17 de Dezembro de 2021 no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE (CHTS), sob supervisão de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O terceiro e último estágio decorreu no Bloco Operatório (BO) do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, sob supervisão de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica entre 11 de Janeiro e 25 de Fevereiro de 2022.

Todos estes locais são essenciais para uma aprendizagem produtiva, na medida em que são fundamentais no atendimento e tratamento da pessoa em situação crítica que é descrita pela Ordem dos Enfermeiros (2018, p.19362), como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

### **1.1. Caracterização do Serviço de Medicina Intensiva – HSO, EPE**

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) localiza-se no 2º piso do Hospital Senhora da Oliveira, EPE e é contíguo ao BO, Serviço de Imagiologia e Serviço de Urgência.

Sendo o SMI uma unidade prestadora de cuidados, a sua missão está na dependência da missão do HSO – “Prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando em simultâneo, o desenvolvimento dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia”. É um serviço multidisciplinar, diferenciado, que se direcciona para o diagnóstico e tratamento de doentes adultos em situação de disfunção/falência de órgãos, potencialmente reversível.

É um serviço vocacionado para adultos, doentes do foro médico e cirúrgico. A admissão pode processar-se em contexto de urgência/emergência ou ser uma admissão programa (cirurgia programada). A proveniência dos doentes pode ser interna ou externa.

O SMI é constituído por 7 camas nível III e 6 de nível II (com a mesma capacidade técnica de nível III e que atendendo à situação pandémica atual, é onde se alocam os doente com Covid) localizadas em áreas distintas e cujo nível de cuidados é determinado pela intensidade dos mesmos. O SMI, enquanto unidade de nível III, possui uma relação média Enfermeiro / Pessoa internada de 1:2, pelo que em cada turno estão escalados 7 Enfermeiros, dado a lotação ser de 13 camas.

A adequação Enfermeiro / número de pessoas internadas atribuídas baseia-se nas Intervenções de Enfermagem do turno anterior e no previsto para o turno presente.

A metodologia de trabalho é individual, cada enfermeiro é responsável, na íntegra, pelos cuidados à(s) pessoa(s) internadas /família que lhe são atribuídos.

Existem no SMI 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, integrados no esquema rotativo dos turnos (exceto noites). São responsáveis pelos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com critérios para intervenção, assim como na otimização de cuidados ao doente crítico. Existem ainda 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica que prestam cuidados especializados a pessoas internadas atribuídas em plano de trabalho, com maior score de criticidade, com necessidades de cuidados de maior complexidade e 38 enfermeiros de cuidados gerais.

Em cada turno, na ausência da Enfermeira Gestora, existe um Enfermeiro “Responsável de Turno”. Na dinâmica do SMI, há ainda um Enfermeiro Responsável pelo Carro de Emergência, que documentará, em cada turno, as suas condições de operacionalidade.

Como objetivos para este estágio delineeii:

- Conhecer a organização, a dinâmica e o funcionamento do Serviço de Medicina Intensiva;
- Cuidar/prestar cuidados de Enfermagem Especializados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica, assegurando os princípios éticos, deontológicos e legais;

- Contribuir para a manutenção da segurança do doente no que diz respeito à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, 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.

## **1.2. Caracterização do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica – CHTS , EPE**

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, integra dois hospitais, o Hospital Padre Américo (HPA), e o Hospital de S. Gonçalo (HSG). Abrange doze concelhos (Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Resende), dando resposta às necessidades de aproximadamente 520.000 habitantes, representando cerca de 14,2% da população da região Norte.

O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica está situado no 4º piso do Hospital de Penafiel, contíguo ao Serviço de Medicina Intensiva (Nível II e III), Bloco Operatório e Serviço de Imagiologia, presta serviços à população da área geográfica do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, que abarca um total de 507.117 habitantes.

Este serviço com porta de entrada proveniente do exterior, recebe em média 350 doentes por dia e engloba seis áreas funcionais distintas, nomeadamente, a Triagem, a Sala de Emergência, a Sala de Trauma, a Área Médica, Área Respiratória e a Área Cirúrgica.

Face às necessidades decorrentes do acréscimo de afluência ao SUMC agravados pela pandemia, foi ampliado o seu espaço físico com a criação de uma estrutura modular anexa à área médica. Foram reorganizadas as áreas de trabalho, tendo sido criada uma sala para as pessoas internadas que aguardam vaga nas respetivas unidades funcionais e outro espaço destinado à área amarela/ verde / azul.

A zona que estava destinada para área de internamento de curta duração, fruto da contingência atual, funciona como espaço de apoio à área laranja.

A admissão das pessoas inicia-se após procedimentos burocráticos junto ao balcão de admissão, e posteriormente aguarda pela chamada para a triagem. O método de triagem

utilizado no SMUC é a Triagem de Manchester, que atribui uma prioridade de atendimento. Salientando que em casos que apresentem critérios de inclusão pode ser acionada a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) ou Via Verde Coronária (VVC) implicando o atendimento imediato, independentemente da prioridade atribuída. O serviço tem circuitos internos definidos para o encaminhamento e atendimento após triagem.

No contexto pandémico atual, independentemente da prioridade atribuída, à exceção da prioridade vermelha, todas as pessoas que reúnam critérios definidos pela norma 004/2020 da Direção-Geral da Saúde (DGS) são encaminhadas para uma área comum, a área respiratória.

A equipa de enfermagem do SUMC é constituída por 74 enfermeiros sendo uma enfermeira gestora, oito enfermeiros especialistas de carreira, dos quais seis na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, um de Enfermagem de Saúde Comunitária e um em Enfermagem de Reabilitação sendo que uma exerce funções de apoio direto à gestão do serviço em colaboração com a enfermeira gestora, treze enfermeiros especializados e cinquenta e dois enfermeiros de cuidados gerais.

A distribuição dos enfermeiros por turno faz-se da seguinte forma: 16 enfermeiros das 8h às 20h; 15 enfermeiros das 20h às 24h; 13 enfermeiros das 00h às 8h, sendo que estes enfermeiros se encontram distribuídos pelas diferentes áreas clínicas.

Como objetivos para este estágio delineei:

- Conhecer a organização, a dinâmica e o funcionamento do SMUC;
- Adotar uma postura profissional que dignifique a profissão de Enfermagem através de atitudes, comportamentos, decisões e prática de cuidados de Enfermagem fundamentados na evidência científica;
- Adquirir competências no âmbito do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver uma prática profissional, assegurando o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais pela pessoa em situação crítica.

### **1.3. Caracterização do Bloco Operatório – CHTS , EPE**

O Bloco Operatório caracteriza-se por um local físico e organizacional particular, com elevados recursos humanos e materiais, onde uma equipa multiprofissional presta cuidados a doentes, cujo tratamento exige uma intervenção cirúrgica.

O Serviço do Bloco Operatório do CHTS está sediado no HPA, em Penafiel, situado no 4º piso.

A equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: uma enfermeira gestora, 5 enfermeiros especialistas (3 são de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1 em Enfermagem de Saúde Comunitária e 1 em Enfermagem de Reabilitação) e 48 enfermeiros de cuidados gerais.

Esta equipa está organizada segundo um modelo integrativo de gestão, obedecendo a critérios de hierarquias e responsabilidades, valorizando as qualificações e competências individuais, assente numa filosofia de partilha de conhecimentos e experiências e espírito de equipa. O número de enfermeiros por turno é bastante variável no turno da manhã pois está altamente influenciado em função do número de salas de cirurgia programada, que se encontram a funcionar, no entanto, tem por base: 1 enfermeiro de admissão, 2 enfermeiros na sala pós-anestésica, 2 enfermeiros de coordenação/apoio, 3 enfermeiros por cada sala de cirurgia programada em funcionamento (numa média de 20 enfermeiros por manhã e 15 a 17 de tarde, exceto à sexta-feira que serão 15 enfermeiros no turno da manhã), 4 enfermeiros de apoio à sala de urgência. No turno da noite encontram-se de serviço 5 enfermeiros.

O Bloco Operatório é dividido em várias áreas funcionais: área administrativa, área de apoio constituída pelo vestiário, WC, 4 salas de armazém (consumo clínico e material/equipamento cirúrgico esterilizado), farmácia, 3 salas de arrumos, sala de limpos e de sujos, sala de registos, laboratório, sala de pessoal, área de acolhimento e transferência de utentes para as salas de indução.

Apresenta ainda 4 salas de indução anestésica que servem de antecâmara às 7 salas operatórias existentes que se encontram devidamente equipadas com ventiladores, monitores, sistemas de aspiração, sistema de O2 e gases anestésicos necessários, bisturi elétrico, colunas de laparoscopia, adufas de apoio com material cirúrgico, carro de

anestesia com diverso material anestésico para dar apoio, carro de apoio ao enfermeiro circulante, a devida marquês com material de suporte para as diversas tipologias cirúrgicas. De salientar que uma dessas salas a denominada sala 7 se encontra neste momento, devidamente equipada e exclusiva, para receber doentes com SARS COV2. Existe ainda uma unidade de cuidados pós-anestésico devidamente equipada, com espaço para 10 camas, esta caracteriza-se por ter a capacidade de monitorização e recuperação destes utentes em tempo útil de forma a dar resposta às salas em serviço cirúrgico e aos cuidados inerentes prestados aos utentes e à tipologia da cirurgia a que foram submetidos.

O BO apresenta diferenciação de circuitos de limpos e de sujos relativa aos doentes - existe um transfer da área de acolhimento do doente para o interior do BO e outro quando o doente passa para o recobro após a cirurgia. A cama quando passa da sala de acolhimento para o recobro é submetida a um processo de desinfeção.

A entrada para a sala operatória dos profissionais e do material limpo é feita pelo lado oposto à entrada e saída do doente, bem como à saída dos sujos.

O Bloco Operatório presta assistência aos doentes do foro cirúrgico das especialidades de cirurgia geral, urologia, ortopedia, oftalmologia, otorrino, cirurgia plástica, ginecologia, obstetrícia e cirurgia vascular e apoio cirúrgico ao serviço de urgência para as mesmas especialidades. A equipa de enfermagem presta ainda apoio à denominada sala híbrida (sala operatória inserida no serviço de imagiologia) onde ocorrem cirurgias de cirurgia vascular e gastroenterologia.

Os cuidados prestados neste serviço são também de grande exigência técnica, pois os profissionais têm de lidar com técnicas e materiais complexos, dos quais dependem muitas vezes a morbilidade e/ou mortalidade dos doentes.

Como objetivos para este estágio delinee:

- Conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do BO;
- Colaborar de forma eficaz em todos os procedimentos anestésicos;
- Colaborar com o elo dinamizador sobre o serviço para o tema “Dor” na elaboração de um protocolo de atuação na dor pós-cirurgia;

- Conhecer e colaborar na implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”.

## **2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Horta (1968) referiu que “definir Enfermagem não é tarefa fácil”. Segundo a mesma autora, Florence Nightingale havia definido Enfermagem como “a mais bela das artes”, já segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) Enfermagem é:

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingira sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Ministério da Saúde, 1996, p.2960)

Ainda segundo o REPE, o Enfermeiro Especialista é definido como:

o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Ministério da Saúde, 1996, p.2960)

A Ordem dos Enfermeiros definiu competências comuns para os Enfermeiros Especialistas e competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, de forma a que os Enfermeiros ao adquirirem este título profissional, possam desenvolver a sua atividade de forma especializada.

Apresentam-se como domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista:

- A) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B) Domínio de Melhoria Contínua da Qualidade;
- C) Domínio da Gestão dos Cuidados;

D) Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Já as competências específicas para Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica estão definidas pela OE como:

E.1) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

E.2) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

E.3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

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

A deontologia e a ética profissional deve ser considerada um pilar do exercício de enfermagem, orienta a relação entre o enfermeiro e o doente/família/cuidador, tendo em conta a dignidade humana, os direitos do doente e o respeito pela pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Nesse sentido, ao longo dos três estágios, foi uma preocupação constante zelar pelos direitos e respeito dos doentes. A minha prestação de cuidados visou sempre o bem-estar do doente, o conforto e respeito pela sua dignidade, mesmo quando em situações de emergência (sala de emergência por exemplo) ou quando estes não podiam manifestar a sua vontade.

Nos estágios desenvolvidos no SMI e no BO senti uma grande responsabilidade em preservar a privacidade e dignidade dos doentes, pois estes não se encontravam na posse das suas faculdades para o poderem fazer.

No Serviço de Urgência foi onde senti maior dificuldade no que à privacidade dos doentes diz respeito. Este estágio decorreu num período de grande afluência aos serviços de saúde

(entro Novembro e Dezembro) e por isso deparei-me por diversas vezes com doentes a aguardar vaga nos serviços de internamento, nos corredores da urgência, colocados em macas, umas ao lado das outras. Por este motivo, manter a privacidade e dignidade dos doentes, acarretou um enorme esforço, contudo, recorri ao acesso a biombos e cortinas, sempre que efetuei cuidados a algum doente e procurei falar num tom de voz mais baixo por forma a que os doentes da maca ao lado não se apercebessem do que falávamos.

No BO tive sempre o cuidado de confirmar a identificação do doente, o consentimento informado e o procedimento a efetuar.

No SMI, em conjunto com a equipa multidisciplinar, assegurei o respeito dos utentes/família/cuidador no acesso à informação clínica, uma vez que no turno da tarde existia uma visita com duração máxima de 15 min, após a qual, reuníamos com o familiar e prestávamos todas as informações acerca do quadro clínico do doente.

## **2.2. Domínio de Melhoria Contínua da Qualidade**

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e, segundo o Conselho de Enfermagem (2001, p.6) “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.”

Neste sentido, ao longo dos estágios, procurei sempre basear a minha prática em protocolos e normas instituídos nos serviços e nas instituições, uma vez que estes promovem a uniformização dos cuidados, preparação de todo o material necessário à realização de determinado procedimento, bem como a distribuição de funções pelos profissionais, permitindo assim uma melhor organização do serviço e dos cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade.

No SMI e no SUMC a qualidade é assegurada pela verificação diária e sempre que necessário, dos equipamentos, pela realização dos testes aos ventiladores, verificação e reposição de material de consumo clínico e farmacológico.

No BO existe um plano de trabalho onde são atribuídas funções aos diferentes enfermeiros. Funções essas que passam desde o acolhimento do doente, à verificação diária das salas cirúrgicas, onde se fazem os testes aos ventiladores, substituição das traqueias e reposição de material, verificação do material de via aérea difícil e carro de emergência, verificação das condições da sala (temperatura, humidade e ventilação).

O material para a cirurgia programada é preparada no dia anterior, recorrendo a fichas cirúrgicas onde consta todo o material necessário, de forma a garantir que este esteja todo pronto para o procedimento e assim evitar cancelamentos ou atrasos. No decorrer dos estágios, tive a possibilidade de executar todas estas verificações, conseguindo assim desenvolver esta competência.

A segurança do doente é também um dos vetores da qualidade e neste sentido, todos os serviços onde realizei os estágios apresentam projetos de melhoria contínua. No SMI têm o projeto de redução da taxa de infeção por CVC que apresenta ótimos resultados (sem registo de infeções há 18 meses consecutivos) e ainda a prevenção de úlceras por pressão. No SMUC têm o projeto de diminuição de quedas do doente e prevenção por úlcera por pressão. No BO é efetuado o registo da Cirurgia Segura que acontece em três momentos – antes da indução anestésica, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações.

No SMUC e BO está ainda a decorrer um processo de acreditação à idoneidade formativa que aguarda auditoria por parte da OE.

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

A Ordem dos Enfermeiros (2018, p.19360) refere que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é “o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização”. Deste modo, enquanto aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurei desenvolver as competências e conhecimentos de gestão de cuidados que me permitirão uma prática de excelência.

Nos serviços onde realizei os meus estágios, a gestão era efetuada essencialmente pelos enfermeiros chefes, contudo, nos turnos em que este estava ausente estas funções eram realizadas por Enfermeiros Especialistas que assumiam a função de “responsável de turno”.

Ao longo do estágio no SMI tive oportunidade de colaborar com a Enfermeira Chefe e com os Enfermeiros destacados para me orientar, na elaboração do plano de trabalho para os turnos seguintes. A elaboração deste plano de trabalho consistia em fazer a distribuição dos enfermeiros no turno pelos doentes internados no serviço, em função da sua complexidade, dependência de cuidados e da experiência dos próprios enfermeiros.

No estágio realizado no SMUC, uma vez que o meu orientador é um dos Enfermeiros destacados como chefe de equipa, tive a oportunidade, por diversas vezes, de colaborar na gestão da equipa, como destacar Enfermeiros das áreas menos atarefadas para áreas onde a afluência de doentes era maior, gerir as pausas para almoço da equipa, uma vez que todas as áreas têm que estar asseguradas. Particpei ativamente na gestão do serviço no sentido em que era, por vezes, necessário deslocar doentes para diferentes áreas, dado que havia muitos doentes a aguardar vaga em serviço de internamento e o espaço designado para esse efeito na urgência já estava lotado, e por isso, colaborei ativamente na tomada de decisão sobre quais os doentes a deslocar e para onde. Efetuei pedidos de alimentação para os doentes a aguardar vaga de internamento e por isso “internados” na urgência.

No BO, a par da Enfermeira responsável pela gestão de stocks, participei na execução de pedidos de material quer à farmácia, quer ao armazenamento e esterilização.

Ao longo de todos os estágios, a aquisição desta competência foi a que senti mais desafiante e ao mesmo tempo mais surpreendente. Não foi fácil, no início, participar nestas tarefas de gestão porque as equipas já estão bem organizadas e todos têm as suas funções bem delineadas e dado que o estágio tinha apenas a duração de 7 semanas mostrou-se difícil assumir esse cargo de liderança de uma equipa que, embora bastante acolhedora, não me conhecia nem conhecia o meu método de trabalho. Porém, à medida que o tempo foi passando comecei a sentir-me mais confiante e mais à vontade e por isso julgo ter adquirido eficazmente a competência de gestão de cuidados.

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

“O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4749)

Foi minha preocupação, ao longo destes ensinamentos clínicos, procurar informação científica de forma a aprofundar conhecimentos e basear a minha tomada de decisão na prática baseada na evidência.

A procura pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem é da responsabilidade de cada enfermeiro e por isso o processo de aprendizagem é um processo contínuo.

Ao longo dos meus estágios tive várias oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos. No SMI desenvolvi conhecimentos sobre técnicas de ventilação invasiva, técnicas de monitorização invasivas e não invasivas, técnicas dialíticas e pude contactar com a equipa de ECMO que se deslocou ao serviço para admitir um doente na unidade do hospital de S. João.

No SMUC tive oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre fármacos mais utilizados em cuidados de emergência.

No BO, concentrei a minha atividade essencialmente como enfermeira de anestesia e no recobro onde pude aprofundar conhecimentos sobre analgesia e sedação de doentes. Participei, em alguns turnos, como enfermeira circulante o que me permitiu obter conhecimentos de equipamentos e procedimentos cirúrgicos.

## **2.5. Competências Específicas na área de Médico-Cirúrgica**

Em 2018, a Ordem dos Enfermeiros identificou a necessidade de “especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto da intervenção” destacando-se diferentes áreas de Enfermagem, nomeadamente a área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359)

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362)

Desta forma, todos os estágios realizados foram determinantes para a aquisição das competências específicas designadas pela OE.

#### 2.5.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Durante a realização dos estágios, tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados a doentes urgentes e emergentes.

Ao longo das 21 semanas de ensino clínico correram situações que levaram à ativação de vias verdes, nomeadamente a VVAVC e VVC. Em todas essas situações colaborei na monitorização do doente, realização de exame físico, realização de punções venosas para estabelecer acessos venosos periféricos, acompanhamento do doente na realização de exames complementares de diagnóstico, transferência de doentes de e para o BO ou de e para o SMI.

Cuidar do doente crítico exige uma atitude de serenidade, discernimento, conhecimento e aptidão para agir pronta e eficazmente em diversas situações. Enquanto aluna de mestrado procurei sempre manter a calma e serenidade necessárias a lidar com todas as situações imprevistas que ocorreram, nomeadamente aquando da ativação da sala de emergência no SUMC. Procurei sempre refletir sobre a minha atuação e em conjunto com os enfermeiros tutores adquirir ferramentas que me possibilitassem uma melhor atuação.

#### 2.5.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Durante a realização dos estágios, e estando nós ainda a atravessar uma fase pandémica, ocorreram algumas situações de exceção que me permitiram desenvolver a competência acima referida.

No decorrer do estágio no SUMC, a afluência de doentes ao CHTS foi elevado o que, tal como já referido anteriormente, originou um aumento de internamentos e consequentemente levou ao aumento de doentes em espera nos corredores do serviço. Associando isto, ao facto de diariamente a equipa de enfermagem sofrer alterações porque algum elemento ficou em isolamento devido ao SARS Cov-2, foi necessário existir uma constante readaptação da equipa a estas alterações.

Tive oportunidade de realizar leitura sobre os protocolos e planos de emergência em vigor nos três serviços onde realizei estágios, uma vez que não ocorreram nenhuma situação de catástrofe, real ou simulada, no tempo decorrido.

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

As infeções associadas aos cuidados de saúde são cada vez mais um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, desta forma, é cada vez mais exigido às unidades hospitalares o seu controlo.

No decorrer dos meus estágios, tive a oportunidade de conhecer/reconhecer os protocolos e normas instituídos nas instituições para o combate às infeções. Verifiquei que a equipa da PPCIRA faz um controlo rigoroso aos serviços através de auditorias e elaboração de diretrizes para melhoria contínua.

Particpei com as equipas nesses procedimentos, nomeadamente na higienização das mãos, uso dos EPI's, rastreios e isolamentos de utentes, administração de terapêutica profilática especialmente no BO e no SMI.

### 3. CONCLUSÃO

Após uma reflexão sobre estes meses de estágio, sobre as dificuldades vivenciadas e as competências adquiridas, verifico que a retaguarda teórica ministrada em contexto de sala de aula, a disponibilidade dos enfermeiros tutores para o esclarecimento de dúvidas, e o período do ano em que os estágios decorreram, foram uma mais valia para a aquisição e desenvolvimento das competências exigidas.

Ao longo do estágio fui crescendo enquanto enfermeira e enquanto pessoa.

Do ponto de vista profissional, sinto-me hoje, uma enfermeira mais competente e mais capaz para lidar com as mais variadas situações que podem ocorrer no meu dia-a-dia. Do ponto de vista pessoal, adquiri capacidade de organização (nomeadamente conciliar horários de trabalho com horários de estágio) e sei que sou uma pessoa muito mais resiliente do que e imaginava ser.

As maiores dificuldades vividas ao longo destas 21 semanas pendem-se essencialmente na gestão de tempo. Gerir os horários de trabalho, com os horários de estágio, a vida pessoal e o tempo necessário para estudar foi sem dúvida a maior dificuldade sentida.

Do ponto de vista profissional e académico, penso que atingi os objetivos a que me propus no início dos estágios, uma vez que a avaliação dos enfermeiros tutores superou as minhas expectativas.

Face ao exposto, chego ao final desta etapa com a satisfação de ter desenvolvido todas as competências anteriormente mencionadas e todos os objetivos alcançados.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## Nota Prévia

Neste capítulo, como já foi enunciado, apresenta-se o trabalho de investigação, em formato de proposta para publicação.

Este estudo, assenta no pressuposto de que as Intervenções não Farmacológicas (InF) de Enfermagem são uma expressão relevante na visibilidade e autonomia de Enfermagem em Gestão de Dor (GD). As InF assumem-se como vantajosas, em GD, uma vez que, são relativamente baratas e seguras, bem como, diminuem o medo, a angústia e ansiedade, proporcionando assim, ao doente uma maior sensação de controlo (Komann et al., 2019).

No sentido de apresentar a evidência científica e o estado da arte, neste capítulo, apresenta-se o enquadramento conceptual da variável dependente em estudo (Intervenções não Farmacológicas), concebido a partir de bases científicas de dados como o RCAAP, PubMed Central e SciELO. A pesquisa, permitiu fortalecer a pertinência e relevância do estudo, no quadro de conhecimentos atuais, tal como exigido para desenvolver as fases seguintes da investigação.

A metodologia assentou numa análise quantitativa, transversal, correlacional, executada a partir dos resultados obtidos da aplicação da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor, criada e validada para a população portuguesa por António (2019).

No decorrer da investigação, foram respeitados todos os princípios éticos. Assim, foram efetuados pedidos de parecer a várias entidades:

- Pedido de autorização para utilização da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor (anexo II);
- Pedido de autorização ao Conselho de Administração – Comissão de Ética da ULSNE (anexo III);
- Parecer favorável da Orientadora Científica – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco (anexo IV).

Para efeitos de divulgação dos resultados obtidos, no campo científico de Enfermagem, este trabalho foi submetido (anexo V), como proposta de publicação, numa revista científica de reconhecimento nacional e internacional.

A revista científica selecionada foi a *Servir*, editada pela Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde – ACESP, pelo que o template do artigo de investigação cumpre o definido pela revista para a sua submissão.

**Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes em Urgência Básica**

**Non-Pharmacological Nursing Interventions in Pain Management in Patients in Basic Emergency**

**Intervenciones no Farmacológicas de Enfermería en el Manejo del Dolor en Pacientes en Emergencia Básica**

## RESUMO

**Introdução:** As intervenções não farmacológicas de enfermagem são uma expressão relevante na visibilidade e autonomia de enfermagem na Gestão da Dor (GD) em Serviço de Urgência (SU).

**Objetivo:** Reconhecer as Intervenções não Farmacológicas (InF) de enfermagem em GD em doentes em Serviço de Urgência Básica (SUB).

**Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, correlacional, realizado a partir dos resultados obtidos da aplicação da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor, (António, 2019), numa amostra de 157 enfermeiros em SUB, aplicada a partir do *Google Docs*.

**Resultados:** Foram reconhecidas como InF em GD, a promoção do conforto, adequação do posicionamento, conhecimento das InF, e, aplicação de calor e frio. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis sociodemográficas e as InF em GD. Os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menos tempo de exercício profissional, bem como os enfermeiros que exercem funções em SUB há 21-30 anos pontuaram mais, indicando serem estes os participantes que mais conhecem as InF para GD e as executam. O estudo revelou uma prevalência de enfermeiros sem formação em dor, sendo que, numa análise por género predomina o masculino.

**Conclusão:** Considera-se pertinente a proposta de promoção de formação, como variável fundamental para o desenvolvimento de competências na GD através de InF aos doentes que recorrem ao SUB.

**Palavras-chaves:** Dor; Serviço de Urgência Básica; Enfermagem; Intervenções não farmacológicas.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Non-pharmacological nursing interventions are a relevant expression of the visibility and autonomy of nursing in Pain Management (PM) in the Emergency Service (ES).

**Objective:** Recognize Non-Pharmacological Nursing Interventions (NPNI) in PM in patients in the Basic Emergency Service (BES).

**Methods:** A cross-sectional, quantitative, and correlational study, carried out using the results obtained from the application of the Nursing Practices Scale in Pain Management (António, 2019) in a sample of 157 nurses in BES, applied from *Google Docs*.

**Results:** The promotion of comfort, adequate positioning, and knowledge, as well as the application of heat and cold, were recognized as NPNI of pain management. There are no statistically significant differences ( $p > 0.05$ ) between the sociodemographic variables and the NPNI of PM. Male nurses, aged over 55 years, postgraduates with less time in professional practice, and those who have worked in BES for 21–30 years had higher scores, indicating that these are the participants who know the most about the NPNI and PM and execute them. The study revealed a prevalence of nurses with no training in pain, and, in an analysis by gender, male predominated.

**Conclusion:** The proposal to promote training is considered relevant, as a fundamental variable for the development of competences in PM through NPNI for patients who use the BES.

**Keywords:** Pain; Basic Emergency Service; Nursing; Non-pharmacological interventions.

---

## RESUMEN

**Introducción:** Las intervenciones no farmacológicas de enfermería son una expresión relevante en la visibilidad y autonomía de enfermería del Manejo del Dolor (MD) en el Servicio de Emergencia (SE).

**Objetivo:** Reconocer las Intervenciones no Farmacológicas (InF) de enfermería en MD en pacientes del Servicio Básico de Emergencia (SBE).

**Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo, correlacional, realizado a partir de los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Prácticas de Enfermería en el Manejo del Dolor, (António, 2019), en una muestra de 157 enfermeros en SBE, aplicada a partir de Google Docs.

**Resultados:** La promoción del confort, la adecuación del posicionamiento, el conocimiento del InF y la aplicación de calor y frío fueron reconocidos como InF de MD. No existen diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre las variables sociodemográficas y las InF de MD. Los enfermeros, mayores de 55 años, posgraduados, con menor tiempo de ejercicio profesional, así como los enfermeros que actuaron en SBE durante 21-30 años, puntuaron más, mostrando que son los participantes que más saben sobre las InF para MD y los que más realizaron. El estudio reveló un predominio de enfermeros sin formación en dolor y, en el análisis por género, donde predomina el sexo masculino.

**Conclusión:** Se considera relevante la propuesta de promover la formación, como variable fundamental para el desarrollo de competencias en MD a través de InF para los pacientes que utilizan el SBE.

**Palabras llave:** Dolor; Servicio Básico de Urgencias; Enfermería; Intervenciones no farmacológicas.

## Introdução

As Intervenções não Farmacológicas (InF) de enfermagem em Gestão da Dor (GD) referem-se a intervenções que não envolvem o uso de medicamentos e fazem parte das intervenções autónomas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2008). Ao decidir sobre a técnica não farmacológica mais eficaz, tem de se ter em consideração a idade do doente, o nível de desenvolvimento, a história clínica e experiências anteriores, grau e intensidade atual de dor e/ou dor antecipada. A vantagem destas intervenções é que são relativamente baratas e seguras. Diminuem o medo, a angústia, a ansiedade e proporcionam aos doentes uma sensação de controlo (Komann et al., 2019).

Em Portugal mais de 30% das pessoas adultas relata dor crónica e mais de 14% classifica a dor como moderada ou forte, no entanto, a dor aguda é o principal motivo de admissão hospitalar (Mota et al., 2020).

A dor é uma sensação comum e desagradável entre as pessoas que recorrem aos Serviços de Urgência (SU). Por conseguinte, a utilização de métodos adequados de GD, tais como InF de Enfermagem, é uma prioridade. Embora o alívio apropriado desta experiência seja um direito humano, há casos em que a sua gestão e monitorização nestas unidades ainda é subestimado (Oliveira et al., 2016), sendo esta uma das principais queixas dos doentes que recorrem aos Serviços de Urgência Básica (SUB).

Os SUB estão caracterizados no artigo 3º do despacho 10319/2014 publicado em Diário da República, 2a série - Nº153 - 11 de agosto de 2014, como sendo “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência (...) constituem-se como um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade nas situações que exijam um nível de cuidados mais diferenciado” (Ministério da Saúde, 2014). Ainda segundo o mesmo despacho, o SUB “deve existir onde se considere justificado para garantir o acesso, a serviços de urgência, quando a população de uma determinada área territorial não tenha assegurado um nível de SU superior num tempo máximo de acesso de 60 minutos” (Ministério da Saúde, 2014).

Tendo como ponto de partida o trabalho desenvolvido por António (2017), acerca das práticas dos enfermeiros em GD no serviço de urgência e o seu instrumento de recolha dados “Escala de Práticas de Enfermagem em Gestão da Dor”, validada para a população portuguesa (António, 2019), delineou-se como objetivo geral para este estudo reconhecer as Intervenções não Farmacológicas (InF) de enfermagem implementadas em Gestão de Dor (GD) no doente nos Serviços de Urgência Básica (SUB), para uma reflexão, possível mudança de atitudes e melhoria da prática profissional neste domínio, uma vez que a maioria dos estudos incidem em Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e/ou Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Os objetivos específicos são os seguintes: conhecer a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra; analisar a relação estatística entre a variável dependente (InF) e as variáveis sociodemográficas e profissionais; analisar a relação entre o nível de formação e a variável sociodemográfica género.

### 1. Enquadramento Teórico

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) e redefinida pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2020) como “uma experiência sensorial e

emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”. A dor tem sido referida como uma experiência individual subjetiva e multidimensional, sendo que os “fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A dor é um fenómeno fisiológico protetivo que permite ao corpo humano localizar um estímulo nocivo ou potencialmente lesivo, através de uma resposta reflexiva e cognitiva rápida para evitar ou reduzir lesões físicas. É identificada como um dos problemas importantes que precisam ser controlados, uma vez que, quando não tratada, causa distúrbio do sono, ansiedade, medo e declínio da funcionalidade (Uysal & Yilmazer, 2021).

Com a perpetuação da experiência da dor, o sofrimento físico e emocional poderá traduzir-se na diminuição da qualidade de vida de quem a experiencia continuamente (Rodrigues, 2022).

Foram identificados seis pontos-chave relativos à definição de dor: é uma sensação pessoal, influenciada por diversos fatores; não se resume apenas a uma atividade neuronal; a sua definição é aprendida pelos sujeitos ao longo da sua experiência de vida; deve-se respeitar o relato da dor do indivíduo; a dor tem uma função adaptativa, mas pode ter efeitos adversos na qualidade de vida; a incapacidade de comunicar não invalida a possibilidade de um indivíduo sentir dor. A dor pode ser considerada aguda ou crónica (IASP, 2020).

Reforçando a sua multidimensionalidade e a perceção da sua elevada prevalência na população portuguesa, a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), através do seu Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, reconhece a importância fulcral dos enfermeiros investirem em formação aprofundada e especializada para que estes mesmos sejam capazes de gerir e tratar estes doentes através de cuidados baseados na evidência científica mais atual.

Suportados em evidências científicas Zeleke et al. (2021), referem que entre 55% a 78,6% dos doentes internados experimentam dor moderada a grave. Ainda existem problemas relativos à GD, apesar de as formações na área, particularmente no que se refere às InF e presença de equipas multidisciplinares de dor. De acordo com a *American Nurses Association* (ANA), como referenciam Zeleke et al. (2021), o papel dos enfermeiros na GD inclui todo o processo de enfermagem, avaliação da dor, plano de intervenções farmacológicas e não farmacológicas em GD, implementação e avaliação da resposta do doente às intervenções. A dor é o principal sintoma que leva os doentes ao serviço de urgência, sendo que aproximadamente 79% dos doentes hospitalizados sofrem dela (Zeleke et al., 2021).

As práticas de GD são definidas como um conjunto de atividades que devem ser fornecidas pelos enfermeiros para gerir eficazmente a dor dos doentes, o que inclui a avaliação da dor, o fornecimento de intervenções adequadas para aliviar a dor e a reavaliação da dor dos doentes após a intervenção (Liyew et al., 2020). De acordo com os mesmos autores, um dos papéis dos enfermeiros é gerir a dor dos doentes com base em InF em GD, tais como apoio psicológico, massagem, toque terapêutico, mudança de posicionamentos, aplicação de calor/frio, técnicas de distração, entre outras. Mesmo que a gestão não farmacológica da dor não substitua o tratamento farmacológico, estas intervenções de GD devem ser utilizadas como complemento para reduzir os sintomas, ajudar ao relaxamento e melhorar o padrão de sono (Zeleke et al., 2021).

O enfermeiro tem um papel fulcral no que a InF diz respeito, uma vez que, está em contacto direto com a pessoa, tendo a oportunidade de ensiná-la e esclarecê-la quanto aos benefícios

ou não destas técnicas. Este, deve atuar junto do doente, procurando solucionar o “desconforto da melhor forma possível, pois as InF caracterizam-se por intervenções que visam a assistência à saúde da pessoa, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-a como corpo, mente e espírito” (Cunha, 2018).

As intervenções não farmacológicas são consideradas mais seguras e convenientes uma vez que, podem reduzir os efeitos secundários do uso excessivo de medicação analgésica. Além disso, a sua aplicação reduz a probabilidade de dependência de intervenções farmacológicas. As InF também trazem outros benefícios, como menores custos médicos, diversificação e facilidade de uso e maior satisfação do doente (Kia et al., 2021).

As intervenções não farmacológicas em GD que podem ser utilizadas pelos enfermeiros em SUB para aliviar a dor incluem: musicoterapia, aplicação de frio/quente, exercícios adaptados, terapia de posicionamento, massagem terapêutica, apoio social, apoio espiritual e religioso, terapia de relaxamento, exercício respiratório profundo e lento e terapia de distração. Por conseguinte, os enfermeiros devem possuir competências adequadas para a execução de métodos não farmacológicos e farmacológicos em GD (Liyew et al., 2020; Zeleke et al., 2021).

As intervenções não farmacológicas mais utilizadas na prática clínica para a GD em adultos e idosos, foram identificadas no estudo de Santos et al. (2022) como sendo a aplicação de gelo, musicoterapia e a reflexologia.

Para além da GD, estas práticas contribuíram também para promover pensamentos de distração da pessoa com dor, a aproximação entre os doentes e os enfermeiros, o alívio do *stress*, melhoria da condição fisiológica, regulação da tensão arterial, equilíbrio energético, promoção do bem-estar do corpo e da mente, melhoria da ansiedade, humor, relaxamento, conforto, reforço do sistema imunitário e diminuição do uso de analgesia. De igual modo, Sakalli e Kara (2022) denotam que os enfermeiros recorrem à utilização de métodos complementares e integrativos, como a massagem, musicoterapia, Neuroestimulação Elétrica Transcutânea (TENS), acupressão e aromaterapia na GD pós-operatória, resultando na diminuição da necessidade de analgésicos, incluindo a diminuição da quantidade e frequência de opiáceos administrados, o que se traduziu no aumento da qualidade de vida.

A dor é uma queixa comum no SUB e a sua gestão está mais frequentemente dependente do tratamento farmacológico, mas as evidências sugerem que InF podem ser benéficas (Sakamoto et al., 2018). Tendo em conta esta premissa, os mesmos autores realizaram uma revisão sistemática e meta-análise para avaliar a eficácia da GD através de InF num Serviço de Urgência (SU). As intervenções mais utilizadas foram a aplicação de calor/frio, técnicas de distração, massagem, posicionamento e, toque terapêutico.

Os doentes quando recorrem a um SUB geralmente esperam que a sua dor seja tratada, no entanto, apesar das suas expectativas, há muitas vezes um controlo inadequado da dor (Abdolrazaghnejad et al., 2018). Os mesmos autores referem que a GD é usada como indicador de qualidade e que pode ser utilizada como marcador para avaliar o atendimento no SUB.

A dor aguda pode ter efeitos fisiológicos e psicológicos adversos, que podem agravar-se com um tratamento inadequado da dor em doentes nos SU. A dor está sempre presente nos SUB, mas é frequentemente subestimada e os estudos incidem mais na dor no serviço de urgência geral. Acredita-se que a existência de mais formação específica na área e a implementação de protocolos de InF de enfermagem para a sua gestão pode capacitar os enfermeiros a gerir a dor dos doentes que recorrem a um SUB de forma mais eficaz e atempada. A necessidade de uma mudança cultural no comportamento dos enfermeiros em

relação à GD deve plasmar o que está promulgado pela DGS (2003), como 5º sinal vital, que exige uma constante e rigorosa avaliação, gestão e mensuração da sua intensidade, independentemente do serviço de saúde.

As InF compreendem a utilização de técnicas que podem ser usadas antes e/ou durante a administração de fármacos. O plano de tratamento deve ser “individualizado e dirigido, sempre que possível, à causa desencadeante da dor. Este plano deve englobar atitudes terapêuticas de diferentes tipos, articuladas entre si de forma harmoniosa” (Prata, 2015).

As intervenções não farmacológicas de enfermagem consistem em terapias complementares para a GD, cabendo ao enfermeiro demonstrar a eficácia destas técnicas no seu local de trabalho. As intervenções físicas podem ser usadas isoladamente ou em complementaridade com outras medidas ou técnicas, entendidas no âmbito da estimulação cutânea: técnica usada para o “relaxamento fisiológico, a ativação de mecanismos inibitórios da dor, atuando principalmente no bloqueio ou diminuição da transmissão de impulsos dolorosos”, sendo exemplos, “a massagem, a aplicação de calor ou frio, a alternância de decúbitos/posicionamentos” (Cunha, 2018). A mesma autora salienta ainda as intervenções comportamentais que estão associadas ao “foro intelectual e psicossocial”, nomeadamente “o relaxamento, a musicoterapia e a imaginação guiada”. No que se refere às intervenções de suporte emocional, as mesmas atuam ao nível do “foro emocional”, sendo exemplos “o toque terapêutico, a escuta ativa e a promoção do conforto” (Cunha, 2018).

Evidências científicas documentam que as InF em GD podem ser agrupadas em três níveis: cognitivo, físico e emocional. Por exemplo, as técnicas de relaxamento e de respiração funcionam ao nível da mente; a massagem na mudança de posição e a TENS a nível cutâneo. O tato e a tranquilidade são agrupados a nível emocional. A dor é uma experiência subjetiva que envolve uma interação complexa de influências fisiológicas, psicossociais, culturais e ambientais (Geltore & Angelo, 2021; Motov et al., 2021; Komann et al., 2019).

No estudo de Sampson et al. (2020) ficou demonstrado que os enfermeiros em contexto de serviço de urgência recorrem com frequência, quando adequado para controlo da dor, à aplicação de calor e frio, executam a técnica de distração, a técnica de imaginação guiada, a técnica de massagem, bem como adequam o posicionamento da pessoa e, promovem o conforto e o toque terapêutico. Sobressaiu também, o facto de os enfermeiros planearem as intervenções para o controlo da dor, procedendo à sua reavaliação, comparando com o valor anterior e que comunicam os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, para garantirem a continuidade dos cuidados, bem como, transmitem esta informação aquando da transferência do doente para outra unidade. Neste âmbito, António et al. (2017) referem que o “papel dos enfermeiros na gestão da dor é fulcral e compreende a sua avaliação, o recurso a intervenções farmacológicas e não farmacológicas adequadas a cada caso”, podendo, assim, recorrer à “aplicação do calor e frio, técnica de distração, técnica de massagem, técnica de relaxamento, promoção do conforto, toque terapêutico, entre outras”.

No estudo português de Teixeira e Durão (2016) é reforçada a ideia de que a GD na pessoa em situação crítica, envolve não só implementação de intervenções interdependentes (intervenções farmacológicas) mas também as autónomas (intervenções não farmacológicas). Neste seguimento, o enfermeiro é um profissional multifacetado e, como formação de base, distingue-se pelas suas componentes holísticas, éticas e deontológicas, com um meio de atuação em contexto multiprofissional na prestação de cuidados.

A conjugação das dimensões científica, técnica e humana são essenciais para a excelência das práticas de enfermagem para dar resposta às necessidades de uma pessoa ou grupo

concreto para a melhoria da experiência destes, mesmo quando recorrem aos serviços de saúde (Nunes, 2018, citado por Rodrigues, 2022). Mais especificamente no SUB, o papel do enfermeiro é fundamental na prescrição e prestação de intervenções autónomas não farmacológicas para a GD, que são concomitantemente um contributo para a investigação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Sendo o SUB um serviço de suporte à pessoa em situação crítica e indo de encontro ao regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, reforça-se que os enfermeiros especialistas de médico-cirúrgica a trabalhar nesta área possuem a capacidade de fazer e ter uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica”, destacando-se como critério de avaliação “demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, artigo 9º, anexo II, Regulamento nº429/2018)

## **2. Métodos**

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em coorte transversal. Aplicou-se a “Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor”, (António, 2019), a uma amostra de enfermeiros a exercerem atividade em serviço de urgência básica (SUB) em Portugal Continental.

### **2.1 População/Amostra**

A população em estudo é constituída por enfermeiros a exercer funções em SUB de Portugal Continental, distribuídos por um total de 39 SUB a nível nacional.

A amostra é constituída por 157 enfermeiros a exercerem funções em SUB, maioritariamente do género feminino (72,6%), com idades compreendidas entre os 24 e os 62 anos.

#### **2.1.1. Critérios de inclusão**

Consideraram-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro a exercer funções em SUB em Portugal Continental e aceitar participar no estudo.

### **2.2. Instrumentos de recolha de dados**

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) aqui selecionado emergiu da pesquisa bibliográfica selecionada, para mensurar a variável dependente aqui em estudo. Assim assumiu-se a Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor criada e validada para a população portuguesa por António (2019), sob parecer favorável do autor. Este IRD, de autopreenchimento, apresenta 68 itens, que configuram duas componentes para dar consecução aos objetivos da pesquisa: a primeira, insere as variáveis de caracterização socioprofissional; a segunda, insere as variáveis relativas à análise e avaliação das intervenções de enfermagem emergentes a partir do que se considerou a componente legal, a profissional e a evidência científica para a prática de intervenções ao nível da GD. Esta componente apresenta 7 domínios de intervenção: (1) avaliação inicial (itens 1-28), (2) planeamento (itens 31-37), (3) execução de intervenções farmacológicas (itens 38-40), (4) execução de intervenções não farmacológicas (itens 41-51), (5) reavaliação (itens 53-54; 57-60), (6) registo (itens 29-30; 55-56), e finalmente, (7) o domínio de ensino à pessoa com dor (itens 61-68). Todavia, e considerando o objetivo de estudo salvaguarda-se que, na presente pesquisa, apenas foi considerado o domínio de execução de intervenções não farmacológicas.

Cada um destes domínios, como variável independente da variável dependente, é por sua vez operacionalizado através de respetivos itens, que por sua vez se encontram operacionalizados através uma escala de *likert* que quantifica o valor de frequência de ocorrência, entre 0 e 4: (0) não sei/sem opinião; (1) nunca; (2) raramente; (3) frequentemente; (4) sempre (António, 2019). Quanto maior a pontuação final, melhores são as intervenções de enfermagem.

### 2.3 Procedimentos

O procedimento para implementação e aplicação do IRD, foi desencadeado após análise do projeto de investigação, a partir do parecer favorável da Comissão de Ética de uma instituição hospitalar do Norte de Portugal. Procedeu-se à aplicação e divulgação do IRD via online, a partir do *Google Docs*, no período entre 1 de Abril a 31 de Julho de 2022. Foi concedido o esclarecimento livre dos participantes e garantida a sua confidencialidade.

O procedimento para análise de variáveis, foi desencadeado a partir do tratamento estatístico em programa IBM - *Statiscal Package Social Science* (SPSS) 26.

Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%). Foram usados os cálculos de médias (x), desvio padrão (δ) e coeficiente de variação (CV%).

No que respeita à estatística indutiva ou inferencial, utilizou-se testes não paramétricos, pelo motivo de não se cumprir o pressuposto da normalidade em vários fatores da variável dependente: teste *U de Mann-Whitney* (UMW), Teste *Kruskal-Wallis* (KW). Em todos os testes, o valor de significância considerado foi 5%,  $p < 0.05$ .

## 3. Resultados

Considerando o primeiro objetivo específico, apresenta-se o estudo da amostra do ponto de vista sociodemográfico (cf. Tabela 1). A amostra é constituída por 157 enfermeiros a exercerem funções em SUB de Portugal Continental, sendo 72,6% do género feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 62 anos. Prevalecem, neste estudo, os participantes com idade entre os 36-45 anos (40,1%), com grau académico de licenciatura (50,3%), com tempo de serviço profissional entre os 11-20 anos (47,1%) e tempo de exercício profissional em SUB  $\leq 10$  anos (66,9%).

**Tabela 1:** Apresentação dos valores absolutos e relativos da distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (43)	% (27.4)	N (114)	% (72.6)	N (157)	% (100.0)	1	2		
Idade										
≤35 anos	17	39,5	38	33,3	55	35,0	,7	-,7	0,957	0,812
36-45 anos	16	37,2	47	41,2	63	40,1	-,5	,5		
46-55 anos	8	18,6	20	17,5	28	17,8	,2	-,2		
>56 anos	2	4,7	9	7,9	11	7,0	-,7	,7		
Habilitações literárias										
Bacharelato	0	0,0	1	0,9	1	0,6	-,6	,6	3,100	0,541
Licenciatura	24	55,8	55	48,2	79	50,3	,8	-,8		
Pós-graduação	8	18,6	17	14,9	25	15,9	,6	-,6		
Pós-licenciatura/Especialização	3	7,0	19	16,7	22	14,0	-1,6	1,6		
Mestrado	8	18,6	22	19,3	30	19,1	-,1	,1		

Tempo de exercício profissional										
≤10 anos	14	32,6	35	30,7	49	31,2	,2	-,2	0,414	0,937
11-20 anos	21	48,8	53	46,5	74	47,1	,3	-,3		
21-30 anos	6	14,0	18	15,8	24	15,3	-,3	,3		
>30 anos	2	4,7	8	7,0	10	6,4	-,5	,5		
Tempo de exercício profissional em SUB										
≤10 anos	32	74,4	73	64,0	105	66,9	1,2	-1,2	3,333	0,189
11-20 anos	9	20,9	39	34,2	48	30,6	-1,6	1,6		
21-30 anos	2	4,7	2	1,8	4	2,5	1,0	-1,0		

O estudo da variável sociodemográfica idade, permite verificar que a média de idades é de 40 anos ( $\delta= 8,77$  anos), sendo as mulheres, em média ( $X=40,31$  anos,  $\delta= 8,61$  anos), mais velhas que os seus congêneres do sexo oposto. Quanto ao tempo de exercício da profissão de Enfermagem, para o total da amostra, regista-se um mínimo e um máximo a oscilar entre 1 a 39 anos, correspondendo-lhe uma média de 15,47 anos ( $\delta= 8,53$  anos). Nos homens, há uma variação de 1 a 38 anos e, nas mulheres de 1 a 39 anos de tempo de exercício da profissão de Enfermagem, sendo as mulheres as que apresentam mais tempo de exercício profissional ( $X=15,84$  anos,  $\delta= 8,43$  anos). Em relação ao tempo de exercício profissional em SUB, verifica-se um mínimo e um máximo a oscilar entre 1 a 27 anos, correspondendo-lhe uma média de 9,11 anos ( $\delta= 5,44$  anos). Numa análise por género, as mulheres têm mais tempo de serviço em SUB ( $X=9,22$  anos,  $\delta= 5,30$  anos) (cf. Tabela 2).

**Tabela 2:** Apresentação da distribuição dos valores médios das variáveis idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em SUB em função do género

Variáveis	Género	N	Min	Max	X	DP ( $\delta=$ )
Idade	Masculino	43	25	62	39,19	9,23
	Feminino	114	24	62	40,31	8,61
	Total	157	24	62	40,00	8,77
Tempo de exercício profissional	Masculino	43	1	38	14,49	8,80
	Feminino	114	1	39	15,84	8,43
	Total	157	1	39	15,47	8,53
Tempo de exercício profissional em serviço de urgência básica	Masculino	43	1	26	8,81	5,83
	Feminino	114	1	27	9,22	5,30
	Total	157	1	27	9,11	5,44

### Execução de Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem em Gestão de Dor em Serviço de Urgência Básica

No que ao objetivo geral diz respeito, foram reconhecidas as InF de Enfermagem na GD executadas pelos enfermeiros em SUB, bem como o contraste entre as aplicadas com mais e menos frequência. Constata-se que nas mais altas frequências encontra-se a promoção do conforto (sempre=55,4%;  $X=3,51$ ;  $\delta= 0,59$ ), a adequação do posicionamento (sempre=52,2%;  $X=3,46$ ;  $\delta= 0,62$ ), o conhecimento das InF (frequentemente=48,4%;  $X=3,21$ ;  $\delta= 0,76$ ) e, a aplicação de calor e frio (frequentemente=47,1%;  $X=3,10$ ;  $\delta= 0,84$ ). Por outro lado, nas mais baixas frequências destaca-se a execução de técnica de relaxamento, quando adequada, para GD (nunca=18,5%;  $X=2,33$ ;  $\delta= 1,06$ ) (cf. Tabela 3).

**Tabela 3: Apresentação dos valores absolutos, percentuais e médios da execução da variável Intervenções não Farmacológicas em Gestão da Dor**

Intervenções não farmacológicas		0	1	2	3	4	X	DP ( $\delta$ )
Conheço as intervenções (...)	N	0	6	15	76	60		
	%	0	3,8	9,6	<u>48,4</u>	38,2	<u>3,21</u>	0,76
Utilizo as intervenções (...)	N	1	9	16	81	50		
	%	,6	5,7	10,2	<u>51,6</u>	31,8	3,08	0,83
Aplico calor e frio (...)	N	1	7	21	74	54		
	%	,6	4,5	13,4	<u>47,1</u>	34,4	<u>3,10</u>	0,84
Executo técnica de relaxamento (...)	N	6	29	53	45	24		
	%	3,8	18,5	<u>33,8</u>	28,7	15,3	2,33	1,06
Promovo ambiente físico adequado (...)	N	1	7	22	89	38		
	%	,6	4,5	14,0	<u>56,7</u>	24,2	2,99	0,78
Adequo posicionamento (...)	N	0	1	8	66	82		
	%	0	,6	5,1	42,0	<u>52,2</u>	<u>3,46</u>	0,62
Promovo conforto (...)	N	0	1	5	64	87		
	%	0	,6	3,2	40,8	<u>55,4</u>	<u>3,51</u>	0,59
Promovo toque terapêutico (...)	N	1	10	18	76	52		
	%	,6	6,4	11,5	<u>48,4</u>	33,1	3,07	0,87

### Execução de intervenções não farmacológicas em gestão da dor versus variáveis sociodemográficas

Pela análise dos resultados encontrados e apresentados na Tabela 4, pode afirmar-se que nenhuma variável sociodemográfica interferiu na utilização de InF de GD pelos enfermeiros pois o valor de  $p > 0,05$ . Quanto às variáveis profissionais, verifica-se que o tempo de exercício profissional em SUB interferiu na utilização das InF uma vez que o valor de  $p < 0,05$ . Em termos de valores de ordenação média, constata-se que são os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menor tempo de exercício profissional, bem como os que exercem funções em SUB há 21-30 anos, os que pontuaram mais, sugerindo que são estes os participantes que mais conhecem as InF para GD (indicações, contra-indicações, efeitos colaterais), monitorizam a eficácia das InF implementadas e registam mais sistematicamente as InF, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico.

**Tabela 4. Apresentação dos Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as intervenções não farmacológicas em gestão da dor**

Variáveis	intervenções não farmacológicas	Teste
	Ordenação média	
Género		Mann-Whitney
	Masculino	<u>79,71</u>
	Feminino	78,73
	(p)	0,904
Idade		Kruskal-Wallis
	≤35 anos	80,46
	36-45 anos	78,37
	46-55 anos	75,30
	>55 anos	<u>84,68</u>
	(p)	0,934
Habilitações literárias		Kruskal-Wallis
	Bacharelato	3,00
	Licenciatura	74,40
	Pós-graduação	<u>97,44</u>
	Pós-licenciatura/Especialização	82,17
	Mestrado	
	(p)	0,101
Tempo de exercício profissional		Kruskal-Wallis
	≤10 anos	<u>85,98</u>
	11-20 anos	74,32
	21-30 anos	82,19
	>30 anos	71,75
	(p)	0,508

Tempo de exercício profissional no SUB			
<=10 anos		82,48	Kruskal-Wallis
11-20 anos		69,58	
21-30 anos		<u>100,63</u>	
(p)		0,002	

### Formação em dor

No que ao terceiro objetivo específico diz respeito, constatou-se que, no total da amostra, 52,2% dos enfermeiros referiu não ter formação em dor. Numa análise por género, prevalecem os enfermeiros do género masculino que não fizeram formação na área (62,8%), contrariamente, nos seus congéneres do género feminino a percentagem mais elevada recaiu nos que fizeram formação em dor (51,8%). Entre os 47,8% de enfermeiros que fizeram formação em dor, 64% referiu que essa formação ocorreu há mais de 3 anos, o que é comum a ambos os géneros (masculino 81,3% vs. feminino 59,3%), secundados pelos que a fizeram entre 1-3 anos (26,7%). Verificou-se que 42% dos enfermeiros relatou que teve tempo de formação ≤10 horas, seguidos pelos que o tempo de formação foi entre as 11-50 horas (40%). No género masculino, sobressaem os que tiveram formação entre 11-50 horas (40%) enquanto no feminino 45% refere ter formação ≤10 horas. A formação é considerada completamente adequada, na prática diária em SUB, para 70,1% da amostra. Em nenhuma das variáveis se registaram diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 5).

**Tabela 5: Apresentação dos valores absolutos e percentuais da variável formação em dor em função do género**

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (43)	% (27.4)	N (114)	% (72.6)	N (157)	% (100.0)	1	2		
Ter feito formação acerca da dor										
Sim	16	37,2	59	51,8	75	47,8	-1,6	1,6	2,647	0,104
Não	27	62,8	55	48,2	82	52,2	1,6	-1,6		
Tempo em que ocorreu a formação em dor										
<1 anos			7	11,9	7	9,3	-1,4	1,4	3,322	0,190
1-3 anos	3	18,8	17	28,8	20	26,7	-,8	,8		
>3 anos	13	81,3	35	59,3	48	64,0	1,6	-1,6		
Horas de formação										
≤10 horas	3	30,0	18	45,0	21	42,0	-,9	,9	1,429	0,409
11-50 horas	4	40,0	16	40,0	20	40,0	,0	,0		
>50 horas	3	30,0	6	15,0	9	18,0	1,1	-1,1		
Na prática diária no SUB considera essa formação:										
Inadequada	0	0,0	6	5,3	6	3,8	-1,5	1,5	6,315	0,097
Sem opinião	10	23,3	12	10,5	22	14,0	2,0	-2,0		
Adequada	4	9,3	15	13,2	19	12,1	-,7	,7		
Completamente adequado	29	67,4	81	71,1	110	70,1	-,4	,4		

## 4. Discussão

A seguir serão apresentados os aspetos relevantes, de carácter corroborante, ou não, entre os resultados encontrados neste estudo e os já apresentados por autores em estudos anteriores.

Foram reconhecidas as InF de Enfermagem em GD executadas pelos enfermeiros em SUB, e constata-se, que nas frequências mais altas, - o que significa que corresponde à maior aplicabilidade pelos enfermeiros - se encontram, por ordem decrescente: a promoção do conforto (sempre=55,4%; X=5,51; δ=0,59), a adequação do posicionamento (sempre=52,2%; X=3,46; δ= 0,62), o conhecimento das InF (frequentemente=48,4%; X=3,21; δ= 0,76) e a aplicação de calor e frio (frequentemente=51,6%; X=3,10; δ= 0,84). Estes resultados, corroboram os já apresentados recentemente, por Zeleke et al. (2021), e

Liyew et al. (2020), bem como por António et al. (2017), sendo que nesta pesquisa, as intervenções no SU mais executadas pelos enfermeiros, inserem também a dimensão da promoção do conforto para GD. De forma diversa, mas com relevante interesse, importa conhecer, que outros estudos, desde os mais recentes, como o de Santos et. al, (2022), Rodrigues (2022), e Geltore & Angelo (2021), ou o anterior de Cunha (2018), identificaram, a massagem, a musicoterapia, a reflexologia, e o toque terapêutico.

Além destas intervenções, cuja evidência é pertinente para o estado da arte do Cuidar, o conceito de Intervenções não Farmacológicas, tem vindo progressiva e interessantemente a ser estudado, com resultados promissores nesta atividade em saúde. Considerando os atuais contributos dos resultados de outros autores, em que foi verificada evidência de aplicação de reiki, TENS e acupuntura, em Sakallı e Kara, (2022), bem como em Motov et al., (2022), corroborando claramente, o que por sua vez já tinha sido verificado anos antes, por Sakamoto et et., 2018. Além destas intervenções, importa reforçar, que outras InF em GD ao doente em situação crítica, como a técnica de imaginação guiada e a distração, foram verificadas, no estudo de Sampson et al., (2020), corroborando já os resultados em Komann et al., (2019). Além destas evidências em torno da aplicabilidade de InF, no âmbito do exercício de enfermagem, já anteriormente, tinha sido apresentada a aplicação da respiração e relaxamento, na pesquisa levada a cabo por Prata, (2015).

O presente estudo, tendo em conta as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros da amostra, revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ), ou seja, nenhuma variável sociodemográfica e profissional interferiu na utilização de InF em GD pelos enfermeiros em contexto de SUB. Não obstante, constatou-se que foram os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menor tempo de exercício profissional, bem como os enfermeiros que exercem funções em SUB há 21-30 anos que pontuaram mais, indicando serem estes os participantes que mais conhecem as InF para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais), monitorizam a eficácia das InF implementadas e registam mais sistematicamente as InF, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico. Estes resultados não corroboram os apurados por Kia et al. (2021), onde foi demonstrado que os enfermeiros que aplicam InF em GD em contexto de serviço de urgência foram predominantemente os do género feminino, os que possuíam mestrado/especialização, mas, à semelhança do presente estudo, também foram os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional no serviço de urgência e com idade entre os 47 e os 57 anos, aqueles que executam mais as InF em GD. É reforçado por Pak et al. (2015) que a dor se constitui como um problema prevalente na população que recorre ao serviço de urgência, afetando o seu bem-estar biopsicossocial, sendo o seu diagnóstico e gestão fundamentais, num contexto de intervenção multidisciplinar, para se poder prestar cuidados de qualidade e aumentar a satisfação dos doentes face à assistência que lhe foi prestada.

De entre todas as intervenções em GD, os enfermeiros do serviço de urgência, executam essencialmente as intervenções farmacológicas, o que é corroborado em outros estudos, justificando o facto, por ser esta considerada, no senso comum da prática clínica, por um lado como uma intervenção multidisciplinar, e por outro, terem a perceção de eventualmente haver dificuldades na aplicação de InF em GD.(António et al., 2017; Kia et al., 2021).

Os resultados referentes à execução de InF em GD revelaram que, no total da amostra, 52,2% dos enfermeiros referiu não ter formação em dor, sendo que desses, 64% referiu que essa formação ocorreu há mais de 3 anos e 26,7% indicou que a formação ocorreu entre 1-3 anos. Verificou-se que 42% dos enfermeiros relata ter formação com tempo  $\leq 10$  horas, e 40% afirma que o tempo de formação foi entre as 11-50 horas. Estes resultados contrariam os descritos por António (2017) uma vez que, no seu estudo, 62% dos enfermeiros referiu

ter formação em dor, pese embora, 68,3% admita que essa formação ocorreu há mais de 3 anos.

No presente estudo, a formação foi identificada como completamente adequada por 70,1% dos enfermeiros, o que não é corroborado pelo estudo de Mota (2020), onde 29,2% indica a formação como adequada e 16% como completamente adequada.

A gestão da dor é um problema multidimensional e, pode ser alcançada, através de uma formação em serviço e colaboração de equipa (Uysal & Yilmazer, 2021). Tendo por base esta realidade, o mesmo autor realizou um estudo para determinar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros que trabalham em SU. Constatou que, os enfermeiros não tinham frequentado formação na área, tal como no presente estudo. Após esta primeira avaliação, promoveu uma formação em serviço, e verificou que a taxa de respostas corretas no questionário sobre o conhecimento em GD aumentou após a formação. As diferenças nas pontuações médias antes e depois da formação foram consideradas estatisticamente significativas. A formação dada aos enfermeiros para GD revelou-se eficaz para melhorar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros. Face a tais resultados, o autor sugere a implementação de um programa bem estruturado em GD para aumentar cuidados de qualidade e holísticos aos doentes que recorrem ao SU.

Como salientam António et al. (2017), ainda se constata que muitos doentes continuam a ter a sua dor gerida de forma ineficaz particularmente pelo não cumprimento das recomendações das práticas em GD e devido a défices de formação dos profissionais de saúde na área.

A dor é uma sensação particularmente comum e desagradável que os doentes do serviço de urgência experimentam e é o terceiro problema de cuidados de saúde mais comum a nível mundial. Os doentes vivenciam dor e desconforto frequentes quando permanecem no serviço de urgência, com muitos deles a apresentarem dor moderada a grave. Como tal, a gestão inadequada da dor pode resultar em condições físicas e psicológicas a curto e longo prazo, tais como disfunção hemodinâmica, hiperglicemia, infeção, delírio, ansiedade, dor crónica futura, dor nervosa, hospitalização mais prolongada e custos de saúde mais elevados (Uysal & Yilmazer, 2021). Por conseguinte, dadas as consequências potencialmente nefastas da dor descontrolada, a GD é um aspeto importante dos cuidados prestados aos doentes que recorrem ao SU.

Os enfermeiros desempenham um papel vital na avaliação, registo e tratamento da dor, sendo uma das formas o recurso a InF, que devem ser consideradas como prioridades em coadjuvação com as intervenções farmacológicas. A escolha das InF a adotar deve ter sempre em consideração as características de cada pessoa e a ambição de uma prática de cuidados humanizada, propiciando conforto à pessoa cuidada. A execução destas intervenções reduz a perceção de dor, tornando a dor mais tolerável, diminui a ansiedade e proporciona à pessoa uma sensação de controlo e aumento do conforto. A gestão da dor deve ser um foco da prática dos enfermeiros, mas para que possa constar do processo de cuidados, estes necessitam, *à priori*, conhecer as suas dimensões e as suas características definidoras, para que, no decorrer do processo de diagnóstico, saibam identificar os diversos tipos de dor e, assim, proporcionar medidas de conforto à pessoa cuidada.

## Conclusão

Este estudo, que teve como variável dependente, a aplicação de intervenções não farmacológicas de enfermagem em GD, apresenta uma amostra de 157 enfermeiros em funções em SUB, onde se constatou serem os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menos tempo de exercício profissional, bem como

os enfermeiros que exercem funções em SUB há 21-30 anos, aqueles que mais conhecem as InF em GD e as executam.

Foram reconhecidas as InF de Enfermagem em GD, como as executadas pelos enfermeiros em SUB, bem como a relação comparativa e por oposição, das aplicadas com maior e menor frequência. Nas mais altas frequências destacam-se: a promoção do conforto, a adequação do posicionamento, o conhecimento das InF, e a aplicação de calor e frio, e, por oposição, na mais baixa frequência, a execução de técnica de relaxamento. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis sociodemográficas e profissionais, na utilização de InF em GD.

Os resultados revelaram uma preocupante prevalência de enfermeiros - predominando o género masculino - que assumiram a não formação em dor. Estes resultados, tornam pertinente a apresentação de propostas de formação na área, dando destaque à execução das InF como uma forma de prestar cuidados de conforto ao doente que recorre ao SUB.

Reforça-se a natureza colaborativa, entre todos os elementos que constituem a equipa multidisciplinar, para produzir mudanças, quer para o cuidador (profissional), quer para a pessoa cuidada.

Assim, assumam-se o enfermeiro especialista, no caso concreto o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, como o profissional que tem que chamar a si a responsabilidade do conhecimento teórico, como suporte para as suas experiências profissionais. Esta fundamentação, tem que acontecer, no sentido de atingir e dar visibilidade à cultura da prática baseada na evidência, seja nas suas competências especializadas em geral, seja na perspectiva de dar visibilidade à capacidade de intervenção na GD da pessoa em situação crítica que recorre ao SUB. Este conjunto conceptual, emerge da criação de uma cultura para a sensibilidade e compreensão, segundo a qual, as pessoas diferem na sua capacidade de gerir as situações vividas, e ter em conta que a dor é um fenómeno multifatorial e subjetivo, geradora de ansiedade e desconforto e medo. Este contexto, deve ser evidente, como promotor de uma continuidade de cuidados em GD.

Relativamente aos resultados apresentados, e tendo em conta as limitações do estudo, assume-se que, pese embora a não representatividade da dimensão amostral, expressam com suficiente clareza e pertinência, o estado da arte do conhecimento e aplicação das InF em GD. Como tal, apresenta-se, numa primeira abordagem, a proposta de continuidade do estudo, e/ou replicação, em amostras mais extensas. Numa segunda abordagem, apresenta-se a formação em serviço, e a avaliação diagnóstica de conhecimentos, como aquisição deste tipo de intervenções, no sentido de se assumirem como indicadores sensíveis, à promoção da melhoria da qualidade dos cuidados.

Por fim, assume-se também que ao realizar-se o presente estudo, se adquiriram mais conhecimentos relativamente, à importância da execução de InF em GD em doentes que recorrem ao SUB, que em suma, representam o capital humano para quem a enfermagem deve posicionar e melhorar a sua capacidade de intervenção.

### **Conflito de Interesses**

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

### **Agradecimentos e Financiamento**

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os enfermeiros que colaboraram na recolha de dados.

## Referências bibliográficas

- Abdolrazaghnejad, A., Banaie, M., Tavakoli, N., Safdari, M., & Rajabpour-Sanati, A. (2018). Pain Management in the Emergency Department: a Review Article on Options and Methods. *Advanced journal of emergency medicine*, 2(4), e45. <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.93>
- Antônio, C. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência : práticas dos enfermeiros*. 1–152. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=66074&code=961>
- Antônio, C. A. S., Santos, E. J. F. dos, Cunha, M., & Duarte, J. C. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Referência, serIV*(22), 51–61. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832019000300006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000300006)
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2020). *Sobre a dor*. Consultado em: <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes> a 02/05/2021
- Cunha, H. M. P. (2018). *Intervenções não Farmacológicas no Controlo da Dor no Pós-Operatório*. <http://hdl.handle.net/10400.8/3847>
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa Nº9/DGCG*, 1(1), 1–6. <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/16/12>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor
- Geltore, T. E., & Angelo, A. T. (2021). Perceptions of Women toward Non-Pharmacological Methods for Pain Relief during Labor. *Pain Management - Practices, Novel Therapies and Bioactives*, 1–13. <https://doi.org/10.5772/intechopen.93271>
- International Association for the Study of Pain (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Consultado em: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475&navItemNumber=643> a 02/05/2021.
- Kia, Z., Allahbakhshian, M., Ilkhani, M., Nasiri, M., & Allahbakhshian, A. (2021). Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102705. doi:10.1016/j.ctim.2021.102705
- Komann, M., Weinmann, C., Schwenkglens, M., & Meissner, W. (2019). Non-Pharmacological Methods and Post-Operative Pain Relief: An Observational Study. *Anesthesiology and pain medicine*, 9(2), e84674. <https://doi.org/10.5812/aapm.84674>
- Liyew, B., Dejen Tilahun, A., Habtie Bayu, N., & Kassew, T. (2020). Knowledge and Attitude towards Pain Management among Nurses Working at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Pain research & management*, 2020, 6036575. <https://doi.org/10.1155/2020/6036575>
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho nº10319/2014. *Diário Da República*, 2.ª Série – n.º153 (11-08-2014), 20673-20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- 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>

- Motov, S. M., Vlasica, K., Middlebrook, I., & LaPietra, A. (2021). Pain management in the emergency department: a clinical review. *Clinical and experimental emergency medicine*, 8(4), 268–278. <https://doi.org/10.15441/ceem.21.161>
- Oliveira PEP, Pereira LV, Santos NR, Souza LAF. Nursing in pain management at urgency and emergency care units. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016 <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37309>.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República, 2ª Série, N.º 135*, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Pak, S. C., Micalos, P. S., Maria, S. J., & Lord, B. (2015). Nonpharmacological interventions for pain management in paramedicine and the emergency setting: a review of the literature. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2015, 873039. <https://doi.org/10.1155/2015/873039>
- Prata, A.R.P.G. (2015). *Medidas não Farmacológicas no Alívio da Dor no Trabalho de Parto* (Issue 1). <http://hdl.handle.net/10400.19/3218>
- Rodrigues, L. (2022). *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo da Dor*. <http://hdl.handle.net/10400.19/7307>
- Sakallı, D.G., & Kara, Ö. (2022). Use of complementary and integrative methods in the management of postoperative pain: A narrative literature review. *Mediterranean Nursing and Midwifery*, 2(2), 84-93.
- Sakamoto, J. T., Ward, H. B., Vissoci, J. R. N., & Eucker, S. A. (2018). *Are Nonpharmacologic Pain Interventions Effective at Reducing Pain in Adult Patients Visiting the Emergency Department? A Systematic Review and Meta-analysis*. *Academic Emergency Medicine*, 25(8), 940–957. doi:10.1111/acem.13411
- Sampson FC, et al. *Emerg Med J* 2020;37:85–94. doi:10.1136/emered-2019-208994
- Santos, K. V. G. dos, Rocha, M. A., Dantas, J. K. dos S., Araújo, S. C. M. de, Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2022). Estratégias não farmacológicas na analgesia de adultos e idosos em procedimentos endovasculares: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(suppl 4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0741pt>
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Uysal, N., & Yilmazer, T. (2021). The Effect of Pain Management Training on the Nurses' Knowledge and Practices for Pain. *International Journal of Caring Sciences*; Vol. 14, 1, 581-588. Acedido em [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/61\\_yuusal\\_original\\_14\\_1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/61_yuusal_original_14_1.pdf)
- Zelege, S., Kassaw, A., & Eshetie, Y. (2021) Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized

Hospital, Ethiopia. *PLoS ONE*; 16(6): e0253086.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253086>

## SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Em Portugal, mais de 30% das pessoas adultas relata sofrer de dor crónica, sendo a dor aguda o principal motivo de admissão hospitalar. Sendo a dor, uma sensação comum e desagradável entre as pessoas que recorrem ao SUB, é de primordial importância, a utilização de métodos adequados de gestão de dor, tais como Intervenções não Farmacológicas (InF) de Enfermagem.

Assim, é justificada a pertinência do estudo realizado, no reconhecimento das InF em Gestão da Dor (GD) aos doentes que recorrem a serviços de urgência básica.

Este estudo, que teve como variável dependente, as intervenções não farmacológicas de enfermagem em GD, apresenta uma amostra de 157 enfermeiros em funções em SUB, maioritariamente do género feminino (72,6%). Prevalendo no estudo, os participantes com idade entre os 36-45 anos (40,1%), com grau académico de licenciatura (50,35). Constatou-se serem os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menos tempo de exercício profissional, bem como os enfermeiros que exercem funções em SUB há 21-30 anos, aqueles que mais conhecem as InF em GD e as executam.

Foram reconhecidas as InF de Enfermagem em GD, como as executadas pelos enfermeiros em SUB, bem como a relação comparativa e por oposição, das aplicadas com maior e menor frequência. Nas mais altas frequências destacam-se: a promoção do conforto, a adequação do posicionamento, o conhecimento das InF, e a aplicação de calor e frio, e, por oposição, na mais baixa frequência, a execução de técnica de relaxamento. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis sociodemográficas e profissionais, na utilização de InF em GD.

Os resultados revelaram uma preocupante prevalência de enfermeiros que assumiram a não formação em dor (52,2%), sendo que, entre os enfermeiros que fizeram formação em dor, 64% referiu que essa formação ocorreu há mais de 3 anos. Estes resultados, tornam pertinente a apresentação de propostas de formação na área, dando destaque à execução das InF como uma forma de prestar cuidados de conforto ao doente que recorre ao SUB.

Reforça-se a natureza colaborativa, entre todos os elementos que constituem a equipa multidisciplinar, para produzir mudanças, quer para o cuidador (profissional), quer para a pessoa cuidada.

Assim, assumam-se o enfermeiro especialista, no caso concreto o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, como o profissional que tem que chamar a si a responsabilidade do conhecimento teórico, como suporte para as suas experiências profissionais. Esta fundamentação, tem que acontecer, no sentido de atingir e dar visibilidade à cultura da prática baseada na evidência, seja nas suas competências especializadas em geral, seja na perspectiva de dar visibilidade à capacidade de intervenção na GD da pessoa em situação crítica que recorre ao SUB. Este conjunto conceptual, emerge da criação de uma cultura para a sensibilidade e compreensão, segundo a qual, as pessoas diferem na sua capacidade de gerir as situações vividas, e ter em conta que a dor é um fenómeno multifatorial e subjetivo, geradora de ansiedade e desconforto e medo. Este contexto, deve ser evidente, como promotor de uma continuidade de cuidados em GD.

Por fim, assume-se também que ao realizar-se o presente estudo, se adquiriram mais conhecimentos relativamente, à importância da execução de InF em GD em doentes que recorrem ao SUB, que em suma, representam o capital humano para quem a enfermagem deve posicionar e melhorar a sua capacidade de intervenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdolrazaghnejad, A., Banaie, M., Tavakoli, N., Safdari, M., & Rajabpour-Sanati, A. (2018). Pain Management in the Emergency Department: a Review Article on Options and Methods. *Advanced journal of emergency medicine*, 2(4), e45. <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.93>
- Antônio, C. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência : práticas dos enfermeiros*. 1–152. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=66074&code=961>
- Antônio, C. A. S., Santos, E. J. F. dos, Cunha, M., & Duarte, J. C. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Referência, serIV*(22), 51–61. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832019000300006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000300006)
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2020). *Sobre a dor*. Consultado em: <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes> a 02/05/2021
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual enunciados descritivos*.
- Cunha, H. M. P. (2018). *Intervenções não Farmacológicas no Controlo da Dor no Pós-Operatório*. <http://hdl.handle.net/10400.8/3847>
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa Nº9/DGCG, I(1)*, 1–6. <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/16/12>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor
- Geltore, T. E., & Angelo, A. T. (2021). Perceptions of Women toward Non-Pharmacological Methods for Pain Relief during Labor. *Pain Management - Practices, Novel Therapies and Bioactives*, 1–13. <https://doi.org/10.5772/intechopen.93271>
- Horta, W. A. (1968). Conceito de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Da USP*, 2.

- Infonet do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (2021). <http://www.chts.min-saude.pt/>
- Instituto Politécnico de Bragança. (2020). <https://portal3.ipb.pt/index.php/pt/>
- International Association for the Study of Pain (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Consultado em: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475&navItemNumber=643> a 02/05/2021.
- Intranet do Hospital da Senhora da Oliveira, E.P.E. (2021). <https://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/>
- Kia, Z., Allahbakhshian, M., Ilkhani, M., Nasiri, M., & Allahbakhshian, A. (2021). *Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study*. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102705. doi:10.1016/j.ctim.2021.102705
- Komann, M., Weinmann, C., Schwenkglens, M., & Meissner, W. (2019). Non-Pharmacological Methods and Post-Operative Pain Relief: An Observational Study. *Anesthesiology and pain medicine*, 9(2), e84674. <https://doi.org/10.5812/aapm.84674>
- Liyew, B., Dejen Tilahun, A., Habtie Bayu, N., & Kassew, T. (2020). Knowledge and Attitude towards Pain Management among Nurses Working at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Pain research & management*, 2020, 6036575. <https://doi.org/10.1155/2020/6036575>
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei n.º161/96 - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário Da República - I Série-A, N.º205*, 2959–2962. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html%0Ahttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html%0Ahttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- 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>

- Motov, S. M., Vlasica, K., Middlebrook, I., & LaPietra, A. (2021). Pain management in the emergency department: a clinical review. *Clinical and experimental emergency medicine*, 8(4), 268–278. <https://doi.org/10.15441/ceem.21.161>
- Oliveira PEP, Pereira LV, Santos NR, Souza LAF. Nursing in pain management at urgency and emergency care units. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016 <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37309>.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República, 2ª Série, N.º 135*, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Pak, S. C., Micalos, P. S., Maria, S. J., & Lord, B. (2015). Nonpharmacological interventions for pain management in paramedicine and the emergency setting: a review of the literature. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2015, 873039. <https://doi.org/10.1155/2015/873039>
- Prata, A.R.P.G. (2015). *Medidas não Farmacológicas no Alívio da Dor no Trabalho de Parto* (Issue 1). <http://hdl.handle.net/10400.19/3218>
- Rodrigues, L. (2022). *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo da Dor*. <http://hdl.handle.net/10400.19/7307>
- Sakallı, D.G., & Kara, Ö. (2022). Use of complementary and integrative methods in the management of postoperative pain: A narrative literature review. *Mediterranean Nursing and Midwifery*, 2(2), 84-93.

- Sakamoto, J. T., Ward, H. B., Vissoci, J. R. N., & Eucker, S. A. (2018). *Are Nonpharmacologic Pain Interventions Effective at Reducing Pain in Adult Patients Visiting the Emergency Department? A Systematic Review and Meta-analysis.* *Academic Emergency Medicine*, 25(8), 940–957. doi:10.1111/acem.13411
- Sampson FC, et al. *Emerg Med J* 2020;37:85–94. doi:10.1136/emered-2019-208994
- Santos, K. V. G. dos, Rocha, M. A., Dantas, J. K. dos S., Araújo, S. C. M. de, Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2022). Estratégias não farmacológicas na analgesia de adultos e idosos em procedimentos endovasculares: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(suppl 4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0741pt>
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Uysal, N., & Yilmazer, T. (2021). The Effect of Pain Management Training on the Nurses' Knowledge and Practices for Pain. *International Journal of Caring Sciences*; Vol. 14, 1, 581-588. Acedido em [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/61\\_yuysal\\_original\\_14\\_1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/61_yuysal_original_14_1.pdf)
- Zelege, S., Kassaw, A., & Eshetie, Y. (2021) Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *PLoS ONE*; 16(6): e0253086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253086>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados**

### Consentimento Informado

Exmo.(a) Enfermeiro, o seguinte questionário faz parte de um estudo de investigação a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde, referente ao tema: “Intervenções de Enfermagem Implementadas na Gestão da Dor no doente nos Serviços de Urgência Básica, sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco.

O presente trabalho tem como objetivo geral, analisar as práticas de Enfermagem implementadas na gestão da dor, no doente que recorre aos SUB, tendo sido definidos como objetivos específicos: conhecer a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra; analisar a relação estatística entre a variável dependente (InF) e as variáveis sociodemográficas e profissionais; analisar a relação entre o nível de formação e a variável sociodemográfica género. Trata-se de um questionário unicamente para fins de investigação académica. É garantido o anonimato, bem como a confidencialidade dos dados, não sendo guardada informação que permita identificar uma pessoa singular. A sua participação é de carácter voluntário, podendo inclusive, retirar-se a qualquer momento, se assim o desejar.

Ao responder, assinale por favor a resposta que julgar ser a mais apropriada em relação a cada uma das perguntas e/ou preencha os espaços em branco. Procure responder com a máxima sinceridade e, a todas as perguntas, não deixando nenhuma sem resposta, pois só assim este questionário e estudo terão validade.

Em caso de dúvida pode contactar a autora do estudo através de [silviapatricia.sa@hotmail.com](mailto:silviapatricia.sa@hotmail.com)

Obrigada pela sua participação!

1. Declaro ter lido e compreendido todas as informações que me foram fornecidas e aceito participar no estudo, de forma livre e voluntária, autorizando a recolha, armazenamento e tratamento dos dados fornecidos.

Sim: \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_

## **PARTE I**

### Dados socioprofissionais

1. **Idade :** \_\_\_\_\_ (anos)

2. **Sexo:**

Masculino

Feminino

3. **Habilitações Académicas:**

Bacharelato

Licenciatura

Pós-graduação

Pós-licenciatura Especialização

Mestrado

Doutoramento

4. **Tempo de exercício profissional:** \_\_\_\_\_ (anos)

5. **Tempo de exercício profissional em serviço de urgência básica:** \_\_\_\_\_ (anos)

6. **Fez formação acerca da dor:** Sim  Não

6.1 **Se sim, há quanto tempo?** < 1 ano  1 – 3 anos  > 3  
anos

6.2 **Se sim, durante quantas horas?** \_\_\_\_\_ (horas)

6.2 **Na prática diária no SUB considera essa formação:**

Completamente inadequada  Inadequada  Não sei/Sem opinião

Adequada  Completamente adequada

## **PARTE II**

### Gestão da dor

Reportando-se à sua prática diária no Serviço de Urgência Básica, assinale com uma cruz (X) as opções que melhor correspondem à opinião, sendo que:

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

	0	1	2	3	4
1. Reconheço a pessoa como melhor avaliador da sua dor.					
2. Acredito sempre na pessoa que sente dor.					
3. Realizo o exame físico na colheita da história da dor					
4. Caracterizo a dor segundo a duração					
5. Caracterizo a dor segundo a frequência					
6. Caracterizo a dor segundo a localização					
7. Caracterizo a dor segundo a intensidade					
8. Caracterizo a dor segundo a qualidade					
9. Pesquiso formas habituais da pessoa comunicar/expressar a dor					
10. Considero os fatores de alívio e/ou de agravamento da dor					
11. Questiono sobre as estratégias de coping no controlo da dor					
12. Interrogo a pessoa sobre as implicações da dor nas atividades de vida diária					
13. Exploro o conhecimento da pessoa sobre a dor					
14. Avalio o impacto emocional da dor					
15. Avalio o impacto socioeconómico da dor					
16. Avalio o impacto espiritual da dor					
17. Identifico os sintomas associados à dor					
18. Adequo o instrumento de avaliação da dor atendendo às características da pessoa					
19. Monitorizo a dor através de escalas da dor					
20. Avalio a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação					
21. Avalio a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação					
22. Avalio a intensidade da dor de forma regular e sistemática, à semelhança de outros sinais vitais.					
23. A par da avaliação da dor, avalio a frequência cardíaca					
24. A par da avaliação da dor, avalio a frequência respiratória					
25. A par da avaliação da dor, avalio a tensão arterial					
26. Mantenho a mesma escala de avaliação da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança					
27. Adapto a frequência da avaliação da dor ao estado clínico da pessoa					
28. Avalio a dor no mínimo uma vez por turno					
29. Registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático					

30. Registo as características e história da dor em Notas de Enfermagem					
31. Identifico diagnósticos de dor					
32. Planeio intervenções para o controlo de dor					
33. Considero o fluxograma (ex. cefaleias; dor abdominal, torácica) no planeamento de intervenções para controlo da dor					
34. Considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor					
35. Colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor					
36. Envolve a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico					
37. Ajusto o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis					
38. Conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas)					
39. Vigio a segurança da terapêutica analgésica					
40. Previno e controlo a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos					
41. Conheço as intervenções não farmacológicas para controlo da dor (indicações, contraindicações, efeitos colaterais)					
42. Utilizo intervenções não farmacológicas em complementaridade da terapêutica farmacológica					
43. Aplico calor e frio, quando adequado, para controlo da dor					
44. Executo a técnica de distração, quando adequado, para controlo da dor					
45. Executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor					
46. Executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor					
47. Executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor					
48. Promovo um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade) para controlo da dor					
49. Adequo o posicionamento da pessoa para controlo da dor					
50. Promovo o conforto para controlo da dor					
51. Promovo o toque terapêutico para controlo da dor					
52. Realizo ou mantenho a imobilização física para preservar alinhamento em situações de traumatismo					
53. Monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas					
54. Monitorizo a eficácia das intervenções não farmacológicas implementadas					
55. Registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico					
56. Registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico					
57. Programo no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor					
58. Na reavaliação da dor, comparo com o valor anterior					
59. Comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado					
60. Comunico os resultados da avaliação/intervenção da dor a outras equipas aquando da transferência do doente para outra unidade					
61. Avalio o conhecimento da pessoa sobre autocontrolo da dor					
62. Ensino a pessoa sobre autocontrolo da dor					
63. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias farmacológicas para controlo da dor					
64. Avalio conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor					
65. Ensino a pessoa sobre estratégias farmacológicas e para controlo da dor					

66. Ensino a pessoa sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor					
67. Ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica					
68. . Instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)					

## Anexo II – Autorização da autora para utilização do IRD

**Fw.: Autorização Questionário sobre Práticas de Gestão da Dor**

OLIVIA AFONSO <oliviadafonso@hotmail.com>

qua, 01/12/2021 22:25

Para: catiaferreira\_20@hotmail.com

<catiaferreira\_20@hotmail.com>;silviapatricia.sa@hotmail.com <silviapatricia.sa@hotmail.com>

Enviado do meu telemóvel Huawei.

----- Mensagem original -----

De: Catarina André António <ca\_andre@hotmail.com>

Data: quarta-feira, 1 de dezembro de 2021, 22:22

Para: OLIVIA AFONSO <oliviadafonso@hotmail.com>

Assunto: Re: Autorização Questionário sobre Práticas de Gestão da Dor

Boa tarde excelentíssimas enfermeiras,

Antes de mais obrigado pelo interesse na área e é com muito agrado que

autorizo a utilização da escala Práticas de Enfermagem na gestão da dor.

O questionário inicial que usei na dissertação de mestrado, posteriormente foi realizado o estudo psicométrico e validado como escala, fazendo cair 24 itens, o que até torna a escala mais fácil de aplicar. Em anexo envio link de acesso aos 2 documentos.

Aguardo posteriormente resultados do vosso estudo.

Obrigado e bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina António

[https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=66074&codigo=961](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=66074&codigo=961)

[https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=2335&codigo=](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=2335&codigo=)

## Anexo III – Parecer da Comissão de Ética



IdeN.º 43/2022

### Parecer da Comissão de Ética

#### Identificação do estudo:

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADAS NA GESTÃO DA DOR NO DOENTE NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA BÁSICA

#### Parecer da Comissão de Ética:

Em reunião de 09 de fevereiro de 2022, foi deliberado dar parecer favorável ao presente estudo atendendo ao interesse do mesmo para a ULS Nordeste e para a comunidade científica em geral.

(A título de mera apreciação entende-se que o questionário é demasiado exaustivo.)

Solicita-se o compromisso de entrega (preferencialmente em suporte digital) a esta CE de um exemplar do resultado final do estudo.

#### Presidente da Comissão de Ética

Dra. Maria de Jesus Machado Lopes

Maria de Jesus Machado Lopes  
Jurista  
Serviço de Formação e Desenvolvimento  
Encarregada de Dados da ULSNE

#### Despacho do P.C.A.:

Reunião 16.02.2022

Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

## Anexo IV – Parecer favorável da Orientadora Científica



### 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 Não Farmacológicas de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes em Urgência Básica”, desenvolvido pela mestranda Sílvia Patrícia Silva Alves (nº44680), 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: 07536703  
Data: 2023.03.22 20:08:55+00'00'

Orientação Científica

## Anexo V – Comprovativo da submissão do artigo

[Servir] Agradecimento pela submissão  

 Servir <noreply@rcaap.pt>  
Para: Você sex, 17/03/2023 21:50

[← Responder](#) [← Responder a todos](#) [→ Reencaminhar](#) [...](#)

Sílvia Alves,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes em Urgência Básica" à revista Servir. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/servir/authorDashboard/submission/30277>  
Nome de utilizador: silvialves

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

Servir

---

[Servir](#)