

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR EM DOENTES NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA BÁSICA

Cátia Filipa Parente Ferreira

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 – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Bragança, Março 2023

Ferreira, C. F. P. & Veiga-Branco M. A. R. (2023) Intervenções de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes nos Serviços de Urgência Básica. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança 2023, Portugal.

“Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado.”

Roberto Shinyashiki

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, por toda a orientação científica do percurso metodológico, desenvolvimento de trabalho de investigação, disponibilidade, colaboração durante todo o percurso académico.

Aos meus pais Elizabete Ferreira e Fernando Ferreira, ao Pedro Silva e às duas estrelas do Céu por todo o amor, compreensão, força e coragem e por tudo que me permitiram alcançar, nunca me deixaram desistir.

A todos, que de alguma forma cruzaram o meu caminho nesta etapa da minha vida, e que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos, o meu sincero **OBRIGADO**.

RESUMO

As intervenções de enfermagem (IE) para a Gestão da Dor (GD), assumem particular pertinência em contexto de Serviço de Urgência Básica (SUB), embora, a literatura atual revele que nem sempre a GD seja prioritária pelos enfermeiros, no primeiro momento de atendimento em SUB.

Como objetivos deste trabalho foram selecionados os seguintes: identificar as Intervenções de enfermagem (IE) em Gestão de Dor (GD), em SUB; analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas e de formação e as IE na GD, em SUB;

Como metodologia, foi desenvolvido um estudo transversal, quantitativo, descritivo e correlacional, a partir dos resultados da aplicação da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor, (António, 2017), numa amostra tipo bola de neve, de 157 enfermeiros a exercerem funções em SUB de Portugal Continental.

A análise de resultados, foram identificadas as IE em GD, em SUB, donde se verificou que as mais aplicadas são de carácter independente, tal como: a avaliação inicial ($X=38,94$; $\delta=5,78$) e o planeamento ($X=19,67$; $\delta=4,28$), seguidas das interdependentes, relativas à execução de intervenções farmacológicas ($X=10,83$; $\delta=1,39$), e finalmente aparece o registo ($X=8,96$; $\delta=2,31$), que pese embora independente, é o menos executado.

Da análise das relações entre as IE na GD e as variáveis sociodemográficas, de formação e profissionais, verifica-se que, à exceção das variáveis profissionais que não geram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), a formação é variável determinantemente diferenciadora ($p<0,05$): os enfermeiros pós-graduados aplicam intervenções mais frequentemente: ensino à pessoa com dor e registo. Além disto, os enfermeiros com mais longa (>50 horas) formação e que a consideram adequada, são os que aplicam mais execuções.

Concluimos, que a formação como variável determinante na aplicação de IE revela que deve ser o grande e emergente campo de intervenção para os enfermeiros, a nível pessoal, institucional profissional e formativo.

Palavras-Chave: Dor; Serviço de Urgência Básica; Enfermagem; Gestão da dor.

ABSTRACT

Nursing interventions (ND) for Pain Management (DM) are particularly relevant in the Basic Emergency Department (BED), although the current literature shows that nurses do not always prioritize DM at the first moment of care in the BED.

The objective of this work is identify Nursing Interventions (ND) in Pain Management (DM) in an ED; and analyze the relationships between the sociodemographic and training variables and ND in ND in an ED;

As a methodology, cross-sectional, quantitative, descriptive and correlational study based on the results of the application of the Pain Management Nursing Practice Scale, validated for the Portuguese population by António (2019), in a snowball sample of 157 nurses working in MBUs in Mainland Portugal.

The analysis of the results we identified the RUs in GD in SW, and found that the most commonly applied RUs were of an independent nature, such as: initial assessment (M=38.94 δ = 5.78) and planning (M=19.67 δ =4.28), followed by the interdependent ones, related to the implementation of pharmacological interventions (M=10.83 δ =1.39), and, finally, registration (M=8.96 δ =2.31), which, although independent, is the least implemented.

From the analysis of the relationships between GD EI and the sociodemographic, training and professional variables, we found that, except for the professional variables that do not generate statistically significant differences ($p>0.05$), training is a determining differentiating variable ($p<0.05$): postgraduate nurses implement interventions more often: they plan their executions more often, teach the person more and record pain more often, and reassess and perform pharmacological interventions. In addition, nurses with longer (>50 hours) training and who consider it adequate are those who apply more interventions.

In conclusion, Training as a determinant variable in the application of EI reveals that it should be the major and emerging field of intervention for nurses, at a personal, institutional, professional and training level.

Key words: Pain; Basic Emergency Department; Nursing; Pain Management.

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APA- American Psychological Association

CVC – Cateter Venoso Central

DGS- Direção Geral da Saúde

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FAV – Fistula Artério-Venosa

GD- Gestão da Dor

IBM-SPSS - International Business Machines Corporation-Statistical Package for the Sciences

IASP – International Association for the Study of Pain

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IE- Intervenções de Enfermagem

IR – Insuficiência Renal

IRD - Instrumento de Recolha de Dados

IRC – Insuficiência Renal Crónica

MI – Medicina Intensiva

n - Frequência absoluta

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

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

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

SUB- Serviço de Urgência Básica

TOT – Tubo Oro-traqueal

ULSE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

ULSG- Unidade Local de Saúde Guarda

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

x – Média

σ - Desvio Padrão

Índice

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – Estágio no Serviço de Hemodiálise, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência	15
1. Contextualização dos Ensinos Clínicos.....	16
1.1. Serviço de Hemodiálise.....	17
1.2. Serviço de Medicina Intensiva	18
1.3. Serviço de Urgência	22
2. Análise e Reflexão Crítica sobre o Desenvolvimento de Competências	24
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	25
2.2. Domínio da Gestão da Qualidade.....	26
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	28
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	29
3. Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica	29
4. CONCLUSÃO.....	35
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO.....	37
Nota Prévia	38
Intervenções de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes nos Serviços de Urgência Básica.....	40
RESUMO.....	41
Palavras-Chave:	41
ABSTRACT.....	41
RESUMEN	42
INTRODUÇÃO	43
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	45
2. MÉTODOS	46

2.1 Amostra	46
2.2 Instrumento de Recolha de Dados	47
2.3. Procedimentos	47
RESULTADOS.....	48
3.1 Caracterização sociodemográfica, profissional e de formação da amostra.....	48
3.2 Intervenções de enfermagem em GD em Serviço de Urgência Básica.....	50
3.3 Relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e as intervenções de enfermagem na GD	51
3.4. Relação entre as variáveis formações em dor e as e as intervenções de enfermagem na GD, da amostra em SUB	52
DISCUSSÃO	53
CONCLUSÕES	55
Conflito de Interesses.....	55
Agradecimentos e Financiamento.....	55
Referências bibliográficas.....	56
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS.....	63
Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados	64
Anexo II- Autorização da Autora para Utilização do IRD	69
Anexo III- Parecer da Comissão de Ética	70
Anexo IV- Parecer favorável da Orientadora Científica.....	71
Anexo V – Comprovativo da Submissão do Artigo	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação.....	48
Tabela 2: Apresentação dos valores absolutos relativamente à relação entre abordagem de avaliação do estado / percepção da dor e do sexo.....	50
Tabela 3: Apresentação dos Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre variáveis sociodemográficas profissionais e formação com as Intervenções de Enfermagem.....	51
Tabela 4: Apresentação dos Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre variáveis de formação em Dor com as Intervenções de Enfermagem	53

INTRODUÇÃO

No âmbito, do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, foi proposto a realização de um relatório final. Este, engloba uma síntese reflexiva e crítica sobre as competências desenvolvidas nos três ensinos clínicos, e uma componente de investigação de um estudo empírico, cujos resultados constituam evidências científicas para a prática de enfermagem especializada em EMC.

O Curso de Mestrado em EMC diz respeito especificamente, ao desenvolvimento de competências para a assistência ao doente adulto e idoso com doença grave, sendo especialmente dirigido para a assistência à pessoa em estado crítico. Para desenvolver estas competências foi necessário adquirir saberes, fazer a ligação entre a teoria e a prática, desenvolver um espírito crítico-reflexivo para assim, ajudar a mobilizar, aprofundar e adquirir conhecimentos para a adaptação de novas situações e consequente resposta aos constantes desafios de Enfermagem.

Segundo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, Reg. 124/2011).

O presente relatório está estruturado e constituído por dois capítulos, sendo eles:

-Capítulo I- Análise e Reflexão crítica do desenvolvimento de competências, nos diferentes Ensinos Clínicos. Estes, foram realizados na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE)– Unidade Hospitalar de Bragança (Serviço Hemodiálise e Serviço de Urgência) e na Unidade Local de Saúde de Guarda (ULSG) (Medicina Intensiva), com uma carga horária total de 540 horas, sendo estas divididas pelos três campos de estágio cada um composto por 168 horas de contato, distribuídas por 7 semanas. A metodologia utilizada foi descritiva, analítica e crítico-refletiva e, estruturalmente este capítulo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, é exposta uma contextualização dos três ensinos clínicos. Na segunda parte, encontra-se análise crítico-reflexiva das

atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados, e a adquirir as competências comuns dos enfermeiros e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros.

- Capítulo II – Estudo Empírico “Intervenções de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes nos Serviços de Urgência Básica” este tema resultou, a partir da necessidade e interesse a nível da Gestão de Dor (GD) e por a minha prática diária enquanto enfermeira de Serviço de Urgência Básica (SUB).

O desenvolvimento da sua pesquisa, foi baseado na seguinte questão de investigação: “Será que os enfermeiros de Serviço de Urgência Básica, aplicam intervenções – e de que tipologia - de enfermagem nos doentes com dor?”

Os resultados obtidos servirão de contributo para uma maior consciencialização dos enfermeiros sobre a GD. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008, p. 7), as intervenções dos enfermeiros na avaliação e no controlo da dor “podem ter carácter autónomo ou interdependente”, com destaque para as intervenções “autónomas, prescritas pelo enfermeiro” e as “interdependentes”, com a “existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro”. A OE clarifica que as intervenções autónomas de Enfermagem dizem respeito às “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, (...)” (OE, Reg. 752/2021, p. 156), determinando, que os enfermeiros “organizam, coordenam, executam, supervisão e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção. (OE, Reg. n.º 4, artigo 9.º) e decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, (...) os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade” (OE, Reg. 752/2021, p. 156).

Tendo por base estes pressupostos, o presente estudo tem como objetivo geral: Analisar as intervenções de enfermagem (IE) identificadas na GD, em SUB, e como objetivos específicos, para orientar as ações de pesquisa: Caracterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação; Identificar as intervenções de enfermagem na GD, da amostra em SUB; Analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas, e as IE na GD, da amostra em SUB; Analisar as relações entre os contextos de formação e as IE, na GD, da amostra em SUB.

Para dar consecução a estes objetivos, a metodologia adotada para esta investigação, foi quantitativa de carácter transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra de 157 enfermeiros a exercer funções em Serviço de Urgência Básica. O instrumento de recolha de dados a utilizar é o questionário que inclui a Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor, validada para a população portuguesa por António (2017). Consiste num formulário de autopreenchimento com 68 itens que correspondem às variáveis relativas às práticas de enfermagem implementadas na GD.

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

Este documento encontra-se redigido de acordo com as normas APA e segundo as regras existentes no guia de elaboração de trabalhos do Instituto Politécnico de Bragança.

**CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – Estágio no Serviço
de Hemodiálise, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência**

1. Contextualização dos Ensinos Clínicos

A unidade curricular de estágio desenvolve-se em dois serviços obrigatórios: Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e, um campo de estágio opcional: Serviço de Hemodiálise.

Os estágios foram realizados na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE)– Unidade Hospitalar de Bragança (Serviço Hemodiálise e Serviço de Urgência) e na Unidade Local de Saúde de Guarda (ULSG) (Medicina Intensiva), com uma carga horária total de 540 horas, sendo estas divididas pelos três campos de estágio cada um composto por 168 horas de contato, distribuídas por 7 semanas.

Estes estágios contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Segundo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Regulamento, nº 124/2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009) o enfermeiro especialista é um profissional de enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente.

Neste capítulo serão apresentados os objetivos gerais e os específicos para cada campo de estágio, bem como uma breve caracterização de cada serviço, das atividades e das oportunidades de aprendizagem realizadas e conseguidas.

Objetivo geral:

Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em estado crítico e/ou com falência multiorgânica e sua família.

1.1.Serviço de Hemodiálise

Este ensino clínico é de caráter opcional, a escolha foi motivada pela curiosidade e pelo interesse em obter conhecimentos mais aprofundados nesta área. Enquanto profissional de enfermagem, várias vezes convidada para trabalhar em centros de diálise, como era um mundo do desconhecido, nunca aceitei, por ser uma realidade com a qual nunca tive oportunidade de contatar, tendo em vista a aquisição de novas competências profissionais e quem sabe no futuro existir uma oportunidade de trabalho nessa área.

O estágio decorreu no período de 13 de Setembro de 2021 a 27 de Outubro de 2021, na Unidade de Hemodiálise da Unidade Hospitalar de Bragança, sob a orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com a duração de 168 horas.

Objetivos específicos:

- Compreender a dinâmica de uma Unidade de Hemodiálise;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de hemodiálise;
- Contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados ao doente.

A Unidade de Hemodiálise situa-se no 1º piso do edifício localizado do lado esquerdo do departamento de psiquiatria, dá cobertura a toda a área de influência da ULS do Nordeste, tendo as seguintes linhas de atividade (consulta externa, sessões de hospital dia e urgência).

Estruturalmente organiza-se do seguinte modo, ala direita, estão situados os gabinetes da direção do serviço, da chefia de enfermagem e gabinetes de consulta médica e de enfermagem. No corredor central situa-se a sala AU+, sala de espera, áreas de apoio, WC. Na ala da esquerda situa-se as salas de realização dos tratamentos de hemodiálise com as respetivas salas de apoio. Existem duas salas de tratamento A e B, com capacidade para a realização de 12 sessões/ tratamentos por turno. São realizados 3 turnos diários. Existe uma sala específica para utentes com necessidade de isolamento. A unidade funciona de segunda-feira a sábado, das 8:00 às 24:00 horas. Os grupos são organizados de acordo as possibilidades do serviço, tendo em conta as pretensões dos doentes.

A integração na unidade não se torna fácil devido à grande exigência técnica, diversidade de material e multiplicidade de procedimentos.

Neste estágio tive a oportunidade de manipular máquinas de diálise na sua globalidade, realizei a montagem e desmontagem dos circuitos do equipamento de hemodiálise, introdução e alteração de parâmetros, compreensão e resolução de alarmes e conexão e desconexão ao doente no início e fim de cada sessão, administração de medicação, bem como a oportunidade de puncionar fístulas artério-venosas (FAVs), e manipular cateteres centrais. Cuidados de assepsia, e realização de ensinamentos aos doentes sobre os cuidados com o cateter central e os cuidados com a fístula.

Com a cooperação da enfermeira orientadora e restante equipa, com a discussão e partilha de ideias fundamentadas com recurso à pesquisa bibliográfica, desempenhei as ações supracitadas com elevada reflexão crítica proporcionando-me adquirir competências importantes no domínio do doente em hemodiálise.

Durante o estágio foi proposto pela Sra. Enf^a. Chefe, a realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem subordinada ao tema Suporte Imediato de Vida. O tema foi pertinente, por ser a minha prática diária, devido à minha experiência profissional e do meu colega de estágio, justificando a escolha pela presença de medos e receios da equipa à cerca deste tema. Esta proposta foi aceite, por mim e por os colegas de estágio. Foi elaborada uma sessão com duração de 2 horas onde foram abordados temas como noções de Suporte Básico de Vida (SBV), Paragem Cárdio-Respiratória (PCR), identificar o algoritmo de SBV e Suporte Avançado de Vida (SAV), Desfibrilhador Automático Externo (DAE), Carro de Emergência.

A sessão de formação superou as expectativas inicialmente sentidas, pois houve mais de 10 enfermeiras presentes na sala, que foram participativas e demonstraram interesse na mesma, fazendo perguntas, esclarecendo dúvidas.

1.2.Serviço de Medicina Intensiva

O estágio no SMI é de caráter obrigatório e foi realizado, na ULSG – Unidade Local de Saúde Guarda, decorreu de 2 de Novembro de 2021 a 16 de Novembro de 2021, sob a orientação de dois enfermeiros, ambos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, com uma duração de 168 horas.

O SMI da ULS Guarda engloba 2 serviços dentro deste, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e a Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina Intensiva

(UCIMI). Estes aspetos estão referenciados na Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (2017). Esta designação de SMI foi efetuada em 2015 com o objetivo de aumentar o número de camas do serviço, aumentar a capacidade formativa médica e o concentrar de doentes que necessitam de mais vigilância num só local.

A UCIP contempla 8 camas nível III e a UCIMI 3 camas nível II. Ao longo do estágio verifiquei que muitas são as vezes em que se tem mais camas do que as vagas existentes, quero dizer, o serviço pode-se adaptar tendo, como exemplo, 9 camas de UCIP e apenas 2 de UCIMI, bem como o contrário também acontece. A sala central é composta por 6 camas em OpenSpace + 6 quartos individuais (2 deste com possibilidade de isolamento respiratório e/ou proteção e 1 deles desativado – serve de arrumos para máquinas de diálise). Há duas centrais de monitorização de doentes, uma em cada secção da sala, 3 lavatórios de mãos e braços mais os lavatórios na antecâmara dos dois quartos de isolamento. Uma sala de preparação de medicação e uma de stock. A dar apoio à sala central, uma sala de sujos, uma copa, um gabinete médico e uma sala de equipamentos. Fora desta área central encontram-se os vestiários, gabinete de enfermeiro chefe, diretor clínico do serviço, sala de reuniões, sala de visitas, sala de stock extra e uma casa de banho de deficientes que neste momento está transformada em mais uma sala para stock.

Os horários praticados pela equipa de enfermagem são turno da manhã das 8-16 horas; turno da tarde 15:30-23:30 horas; turno da noite 23:30-8:30 horas. A meia hora que se sobrepõem em todos os turnos é propositada para contabilizar a passagem de turno. Estão sempre distribuídos 5 enfermeiros de prestação direta de cuidados ao doente em cada turno. Cada um destes é alocada a responsabilidade sobre 1, 2 ou 3 doentes. Doentes de UCIP cada enfermeiro fica com 1 ou 2 doentes no máximo a seu cargo. Algumas manhãs está ainda distribuído um enfermeiro especialista em reabilitação, exclusivamente para desempenhar as suas funções diferenciadas. Esta distribuição é realizada tendo em conta dotações seguras emanadas pela Ordem dos Enfermeiros. Um dos instrumentos que o SMI usa, que ajuda o responsável de enfermagem de cada turno a realizar a distribuição é o *Nursing Activities Score* (NAS). O NAS é um instrumento para contabilização de carga de trabalho do enfermeiro de cuidados intensivos, são avaliados 23 itens que nos dão um valor, valor este que se refere às 24 horas prévias e se for superior a 100, indica que este doente necessitará mais do que um enfermeiro para a prestação de cuidados de enfermagem.

O método de trabalho usado no SMI é o método individual, método este que permite que se tenha mais segurança e continuidade de cuidados para com o doente. Melhora a relação doente-enfermeiro.

Os registos de enfermagem são efetuados em folha de papel tamanho A3, situação que na minha opinião já não se devia utilizar porque já existe um programa informático no serviço. É tido pelos enfermeiros muito cuidado com a confirmação da medicação, registo de todos os valores da monitorização hemodinâmica, mas que mantém a possibilidade de erro e/ou interpretação. Nesta folha são registados: tabela terapêutica, monitorização da ventilação, todos os dados da monitorização hemodinâmica, seja ela invasiva ou não invasiva, drenagens, alimentação, escalas de avaliação (Braden, Richmond, Behaviour Pain Scale BPS, Glasgow, Dor, entre outras), registo de acessos vasculares, tubos traqueias, sondas de alimentação e sondas vesicais, e um quadro sumário que é preenchido 1x/turno em que é avaliada sumariamente padrão neurológico, respiratório, cardiovascular, urinário, gastrointestinal, pele e mucosas e outros.

Em relação a protocolos instituídos no SMI, saliento o da insulina intensiva que consiste numa aplicação nos computadores em que são inseridos valores de glicémia capilar antes e agora e automaticamente é dado novo valor para a perfusão de insulina e a hora de nova avaliação de glicémia para novo ajuste. Há outros protocolos como o da alimentação entérica, parentérica e da anticoagulação durante a prática dialítica (neste último foi sempre optado por anticoagulação com citrato em detrimento da anticoagulação com heparina).

A medicação é fornecida pela farmácia hospitalar em unidose, forma esta que manifestamente diminui o risco da administração da terapêutica.

A adaptação a este serviço foi mais facilitada do que inicialmente pensava, por o fato de ser uma área que me fascina a nível pessoal. Toda a equipa multidisciplinar, que me recebeu de braços abertos, foi um ponto que diminui as dificuldades inerentes à chegada de um serviço tão complexo como é o SMI. As rotinas do serviço foram aprendidas de uma forma rápida, alcançando a autonomia possível enquanto aluna. Os cuidados de enfermagem prestados neste serviço, são cuidados especializados, que com a prática do dia a dia são melhorados constantemente.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente de cuidados intensivos;
- Contribuir para a manutenção da segurança do doente através da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e/ou em falência multiorgânica, que se encontre submetido a ventilação mecânica.

No SMI estão doentes em estado crítico que necessitam de ventilação mecânica ou de vigilância hemodinâmica contínua, neste sentido tive a oportunidade de adquirir competências através de intervenções e atividades realizadas como: colaboração na manutenção da via aérea em doentes em falência respiratória (prestação de cuidados a doentes com traqueostomia e TOT), montagem e teste do ventilador, preparação do material e apoio em técnicas invasivas como a colocação de cateter central e linhas arteriais, realizar colheitas de sangue para gasometria, efetuar registos dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, preparação e administração de medicação.

Com vista a assegurar a prestação de cuidados de qualidade ao doente ventilado, aprofundei conhecimentos acerca dos equipamentos, dos diferentes modos ventilatórios e dos procedimentos envolvidos. Desta experiência, a aspiração traqueobrônquica do doente com TOT foi um dos procedimentos que mais valorizei desempenhando-o sempre de forma asséptica e cuidadosa. Sendo esta técnica um procedimento estéril, que só deve ser realizado quando o doente necessita e não por rotina, é necessário saber interpretar os sinais para que não se torne numa atitude rotineira, evitando assim o aumento do risco de infeção (pela desconexão do ventilador), as complicações respiratórias e cardíacas (arritmias) que poderão advir da sua realização.

Tive ainda a oportunidade de efetuar o desmame do ventilador e proceder à extubação do doente, explicando-lhe todo o procedimento e solicitando a sua colaboração por forma a diminuir a ansiedade que este momento provoca, promovendo a interação enfermeiro/utente.

Cada uma das 11 unidades/camas disponíveis do SMI requer uma preparação cuidadosa antes da chegada do doente. Começo por referir a limpeza e desinfeção desta que é efetuada pelos assistentes operacionais sobe vigilância do enfermeiro responsável de turno e que no fim da mesma, deve sempre verificar se a unidade ficou conforme. Faz

parte de todas as unidades monitor de cuidados intensivos, bombas e seringas infusoras, material de colheita de espécimes para análises (tubos de colheita de sangue, frasco para colheita assética de urina e/ou expetoração, frascos hemocultura), seringas, bionectores, agulhas, bisturis, agulhas, rampa de aspiração de secreções montada e testada, sondas variadas de aspiração flexíveis e rígidas, compressas, nastro, espaço morto para traqueias de ventilador, o ventilador deve estar montado e testado nas unidades pertencentes à UCIP, candeeiro, urimeter, entre outros. Deverá haver sempre também um frasco de solução alcoólica, Clorexidina a 2%, solução antissética de base alcoólica (SABA). A cama deverá estar ligada à corrente elétrica e deve ser efetuado o zero à balança para quando o doente for transferido à unidade ser pesado de imediato, também é medido em cm à entrada do serviço.

1.3. Serviço de Urgência

O estágio no serviço de urgência é de caráter obrigatório, foi realizado no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da ULSNE – Unidade Hospitalar de Bragança, decorreu no período de 14 de Janeiro de 2022 a 7 de Março de 2022 sob a orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com uma duração de 168 horas.

É no serviço de urgência que se efetua a primeira abordagem ao doente em estado crítico, adulto e idoso. Estes doentes requerem dos profissionais de saúde um conjunto de conhecimento técnico, científico e comportamental que se enquadram nos critérios do doente em estado crítico, permitindo-me assim desenvolver competências de enfermeira especialista, prestando cuidados inovadores e abrangentes, facilitando a integração de novos saberes, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados.

Objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco e sua família em contexto de urgência/emergência;
- Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados ao doente crítico.

Este serviço encontra-se localizado no piso 0, recebe doentes de todo o distrito de Bragança, com as patologias mais diversas: traumatismos, hemorragias, politraumatizados, insuficiências cardíacas e respiratórias, acidentes vasculares cerebrais, intoxicações medicamentosas, descompensações metabólicas entre outros.

No SU está implementado o Sistema de Triagem de Manchester, que consiste em estabelecer uma triagem de prioridades clínicas de atendimento, através da identificação objetiva e sistemática dos critérios de gravidade, dando a conhecer a prioridade clínica e o tempo recomendado até à observação médica. Esta identificação é realizada por um enfermeiro e compreende cinco categorias diferenciadas por cores, por ordem crescente de gravidade: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.

No que respeita aos recursos humanos, o SU conta com uma vasta equipa multidisciplinar constituída por médicos de várias especialidades, enfermeiros e assistentes operacionais. Os enfermeiros são distribuídos por áreas: 1 enfermeiro na triagem, 1 responsável pela urgência pediátrica, 1 na sala de emergência e sala laranja, 1 que dá apoio à zona de macas e cadeirões. Estão ainda distribuídos 2 enfermeiros na sala de observações com capacidade para 8 doentes, todas as unidades são dotadas de equipamento de urgência/emergência. Apesar dos enfermeiros estarem distribuídos por áreas devo realçar a existência de um grande espírito de equipa e de entre ajuda.

Sendo um SUMC tem em funcionamento três vias verdes: Via Verde de Trauma, Via Verde de Sepsis, Via Verde de AVC, as quais permitem que doentes com determinadas patologias possam ser logo atendidos e tratados. As Vias Verdes são sistemas de resposta rápida, com algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos em que a relação entre o tempo para a realização de um conjunto de atitudes clínicas é absolutamente determinante no resultado terapêutico. Visam reduzir a morbilidade e a mortalidade.

De forma a alcançar o objetivo delineado, centralizei a minha prática na sala de emergência, estando esta vocacionada para um atempado atendimento e reconhecimento de situações críticas, seguido de uma abordagem diagnóstica e terapêutica, que culminam na correta estratificação do doente.

A adaptação a este serviço foi muito facilitada uma vez que a minha experiência profissional é nessa realidade, e o meu dia a dia é vivido com situações críticas por trabalhar num Serviço de Urgência Básica e SIV (Suporte Imediato de Vida).

A triagem dos doentes é realizada pelos enfermeiros, sendo posteriormente encaminhados para os diferentes setores de atendimento consoante o seu grau de prioridade. A Triagem de Manchester surge como um método de triagem que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Assim, para facilitar a identificação de problemas foram elaborados 50 fluxogramas baseados nas queixas dos doentes. Dois fluxogramas foram desenvolvidos para lidar com uma situação de catástrofe. Os fluxogramas têm informação cruzada entre si, e por isso nunca existe a atribuição de uma prioridade clínica inferior para a mesma queixa. Após a sua escolha surgem os discriminadores que são apresentados como forma de pergunta para facilitar o processo (Grupo Português de Triagem, 2009).

Ainda segundo o Grupo Português de Triagem (2009) a análise do doente deve ser executada de uma forma rápida e segura, para permitir a atribuição de uma prioridade clínica apropriada para guiar a tomada de decisão.

Através desta triagem e de acordo com protocolos instituídos, são ativadas as diferentes Vias Verdes, sendo elas: a Via Verde da Sepsis, Trauma, Coronária e Acidente Vascular Cerebral (AVC), e encaminhados os doentes para a SE.

É neste serviço que se encontra ainda a sede da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) com a capacidade de resposta à emergência pré-hospitalar, sendo que alguns dos elementos da equipa de enfermagem do SU são, também, elementos integrantes desta equipa. A VMER em gestão integrada com o instituto nacional de emergência médica (INEM) é constituída por um médico e um enfermeiro.

Relativamente à SE, esta tem como objetivo disponibilizar, em tempo útil, uma abordagem sistematizada e multidisciplinar, em situações clínicas ameaçadoras de vida ou função orgânica. Por isso, nesta sala são recebidos doentes urgentes ou emergentes que necessitam de cuidados imediatos.

2. Análise e Reflexão Crítica sobre o Desenvolvimento de Competências

Ao longo dos estágios realizados, foram desenvolvidas atividades, relacionadas com as competências a atingir no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

Cada estágio pelas características que lhes são próprias tornam-se locais de eleição no cuidar do doente em situação crítica. Durante o decurso dos vários ensinamentos clínicos, foi meu propósito prestar cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença em situação crítica, tendo em conta o que emana da Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, este é um enfermeiro que reúne um conjunto de conhecimentos e habilidades aprofundadas, um julgamento crítico e tomadas de decisão fundamentadas (Regulamento nº 122/2011).

Assim, o enfermeiro especialista detém as competências do enfermeiro de cuidados gerais aprofundadas, pelo que, existem quatro domínios comuns às diferentes especialidades, nomeadamente:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
- Domínio da gestão da qualidade
- Domínio da gestão dos cuidados
- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Assim, apresentarei a análise descritiva e reflexões pertinentes das competências comuns do enfermeiro especialista por mim desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal conduz-nos para as competências de uma prática especializada num exercício seguro, ético e profissional, na tomada de decisão e respeito dos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

A noção de responsabilidade também é um aspeto-chave na prática de enfermagem e a minha prestação durante os períodos de estágio foi marcada pela assiduidade, pontualidade e pela assertividade.

Durante a prestação de cuidados ao doente em todos os ensinamentos clínicos, encarei a pessoa como um ser único, individual, inserido numa cultura com valores e crenças próprias, com direitos e deveres, respeitando e não fazendo juízos de valor.

Os dilemas ético-legais e a tomada de decisão são uma constante na prática dos cuidados de enfermagem.

Relativamente à tomada de decisão, daquilo que pude verificar ao longo dos ensinamentos clínicos, é geralmente feita pela equipa multidisciplinar em que médicos e enfermeiros se reúnem para decidir questões relativas ao doente sustentadas em valores éticos e deontológicos.

Sempre procurei estabelecer uma relação empática com o utente/família, atendendo ao utente com um ser bio-psico-socio-cultural e espiritual, prestando cuidados com qualidade respeitando os seus direitos e as diferentes dimensões do ser humano.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, este vê-se obrigado a respeitar e a salvaguardar a intimidade do doente (Artigo nº 86 – Do Respeito pela Intimidade).

No SU a privacidade do utente é difícil de ser assegurada, devido à organização e estrutura física do próprio serviço e afluência de doentes, no entanto, sempre que era necessário realizar algum procedimento invasivo tive o cuidado de colocar o utente num gabinete, ou proceder à utilização de cortinas de modo a promover a privacidade do utente.

O sigilo profissional é outro aspeto difícil de gerir no SU. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro é obrigado a guardar a informação do doente e partilhá-la apenas com aqueles que se encontram implicados no processo (Artigo nº 85 – Dever do Sigilo).

Para minimizar a fuga de informação evitei falar nos corredores e adotei um tom de voz baixo ao comunicar com o doente/família. No SU a passagem de turno era realizada na sala de enfermagem, pelo que o sigilo da informação estava devidamente assegurado e permanecia no seio da equipa.

De acordo com o exposto, as atividades por mim realizadas permitiram-me desenvolver uma prática profissional, ética e legal de modo a promover e a respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais conforme as competências do enfermeiro especialista.

2.2. Domínio da Gestão da Qualidade

A criação da OE veio trazer a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo a melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar à população e uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

A exigência pela qualidade tem vindo a aumentar o que obriga às organizações a adequar estratégias mais eficientes. Uma das missões principais de cada organização passa pela qualidade dos serviços que fornece, isto é, uma organização é assumida como sendo de qualidade quando dá resposta às necessidades e expectativas do doente (Frederico e Leitão, 1999).

Em todos os ensinos clínicos, tomei conhecimento de normas e protocolos instituídos atuando em conformidade com os mesmos. Todos são de fácil acesso, estando disponíveis em suporte de papel ou na Intranet, acessível em qualquer computador de cada instituição. Penso que são uma ferramenta fundamental na homogeneidade e uniformização dos procedimentos e na responsabilização dos profissionais de saúde por forma a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados.

Sempre que possível, tentei envolver a família na prestação de cuidados. Sempre mostrei responsabilidade na preparação de terapêutica cumprindo os princípios da boa prática, executando com o objetivo de garantir a segurança da prestação de cuidados.

Promovi sempre o respeito pela identidade de cada ser humano independentemente das suas opções de vida. Procurei o envolvimento do utente/família com o propósito de que as suas necessidades físicas e psicológicas fossem satisfeitas, e que os mesmos não tivessem receio em esclarecer as dúvidas surgidas na prestação de cuidados.

Incentivei a utilização de equipamentos de proteção individual tentando contribuir para uma adesão e segurança aquando da realização das práticas.

Expressei competências relacionais com a equipa de saúde estabelecendo uma relação de empatia, demonstrei interesse e disponibilidade para as atividades a realizar e solicitei apoio de forma oportuna.

A realização de registos é fundamental para a prestação, individualização e continuidade dos cuidados, bem como para o desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar. São eles que nos facultam proteção legal e é através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçam a sua autonomia e responsabilidade profissional. (Pereira, 2005).

No que diz respeito à elaboração dos registos de enfermagem, tive oportunidade de realizar registos a nível informático através do programa SClínico Hospitalar no SU e NEFRUS- SI Unidade de diálise na Hemodialise.

No SMI os registos de enfermagem eram feitos em papel, em folha própria. Registos completos e atualizados garantem a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao utente.

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Compete ao enfermeiro especialista a gestão dos cuidados, segundo a (OE, 2010) “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, pude verificar que a gestão dos cuidados ficava a cargo do Enfermeiro Chefe, na sua ausência era o enfermeiro especialista o responsável pela gestão dos recursos e dos cuidados. Assim, em colaboração com os enfermeiros orientadores tive oportunidade de proceder a vários pedidos: reposição de stock de medicamentos, reparação de material e equipamento, pedidos à farmácia de medicamentos sujeitos a justificação médica e mobilização de recursos humanos conforme as necessidades do serviço.

Outro parâmetro associado à qualidade dos cuidados de enfermagem e gestão dos cuidados, são as dotações seguras. Pude constatar que as dotações seguras são asseguradas nos três serviços, porém, a dotação pode tornar-se insuficiente no SU, dependendo da afluência de doentes e da gravidade dos casos tratados. A inter-ajuda da equipa multidisciplinar permite colmatar possíveis falhas de dotações seguras, garantindo a excelência da prestação dos cuidados.

Neste âmbito, procurei manter atualizados os meus conhecimentos, definir prioridades de atuação no cuidado ao doente crítico, fundamentando sempre a minha prática baseada na evidência científica, com ganhos efetivos para o doente.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro especialista deve sentir a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, consolidando a sua prática numa base científica sólida, devendo, sempre que possível transmitir conhecimentos, através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2009).

Do presente domínio é esperado que o enfermeiro desenvolva autoconhecimento e a assertividade. A capacidade de autoconhecimento assume-se como central na prática de enfermagem, considerando que este profissional inicia a sua intervenção com base na relação com o outro. O enfermeiro através de si interfere nas relações terapêuticas e multiprofissionais.

A consciencialização de mim, enquanto pessoa, que se relaciona com outros em determinados contextos é essencial para perceber quais os meus limites e quais as minhas potencialidades. A enfermagem é, por conseguinte, uma profissão que se baseia na relação com a pessoa a quem se destinam as intervenções, com os profissionais que constituem a equipa multiprofissional envolvida no processo de cuidados à pessoa, e com o contexto e especificidades onde se desenvolve esse mesmo processo.

Durante os ensinamentos clínicos foi minha preocupação desenvolver o autoconhecimento, compreendendo os meus limites pessoais e profissionais, e até que ponto estes podem interferir no meu desempenho. É essencial a gestão destes fatores, bem como das emoções e sentimentos para que se consiga atuar de forma eficaz, mesmo sob pressão.

Os diferentes ensinamentos clínicos, revelaram-se fontes importantes de situações promotoras ao desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, ou seja, promotoras de experiências e momentos de aprendizagem que influenciam a minha identidade no agir profissional.

3. Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

As competências específicas do enfermeiro especialista são decorrentes das competências comuns, num campo de atuação definido por cada especialidade, através de um elevado

nível de adequação às necessidades de saúde das pessoas. Neste ponto de vista, o enfermeiro especialista deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico da enfermagem, de forma a obter uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde e doença dessa área de atuação.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica a avaliação diagnóstica e monitorização são constantes e revelam uma importância máxima. Portanto, cuidar da pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. São igualmente competências específicas a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011).

A pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011).

As competências específicas na área de médico-cirúrgica são:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

- 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 resposta em tempo útil e adequadas.

Assim, apresentarei a análise descritiva e reflexões pertinentes das competências específicas do enfermeiro especialista por mim desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios.

Cuida da pessoa, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Cuidar da pessoa em situação crítica é algo que nos enriquece profissionalmente, que nos traz mais confiança no dia a dia de trabalho, fazendo com que o nosso pensamento em situação de stress seja mais fluído e mais dirigido, que as dúvidas sejam cada vez menores.

Na minha vida profissional atual (enfermeira SUB/SIV) lido frequentemente com doentes críticos, como enfermeira aluna, cresci, aprendi muito e cimentei conhecimentos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Durante o decorrer dos estágios tive múltiplas oportunidades de prestar cuidados à pessoa em situação crítica e falência orgânica. A prestação de cuidados a doentes instáveis hemodinamicamente, com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, bem como a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos complexos. Estes cuidados requerem conhecimentos e competências específicas, na monitorização, avaliação, implementação e adequação de respostas por parte do enfermeiro.

Procurei sempre o conhecimento sobre os medicamentos usados nos serviços, suas formas de apresentação, modos de administração, sua farmacocinética, farmacodinâmica, reações adversas mais frequentes e vigilância na sua administração.

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

O enfermeiro prestador de cuidados ao doente crítico deve possuir uma capacidade de vigilância constante, perceção da subjetividade das queixas e comportamentos do doente, antecipando problemas e definindo prioridades de intervenção de forma a prevenir complicações e o agravamento da situação clínica. No SU, estas competências foram desenvolvidas essencialmente na sala de emergência. Aqui tive oportunidade de contactar, desenvolver e ampliar competências no doente crítico, como doentes com AVC, politraumatizados, doentes sob VMI, VMNI, enfarte agudo do miocárdio, taquidissritmias/bradissritmias, prestando cuidados, em colaboração com a equipa, de elevada complexidade técnica e científica, também tive a oportunidade de acompanhar doentes na realização de exames complementares e colaborei na transferência de doentes para outros serviços.

No SMI, de entre as várias técnicas que pude desenvolver, devo destacar as relacionadas com a pressão arterial invasiva (através do Cateter Arterial) e a pressão venosa central (através do Cateter Venoso Central), o registo rigoroso do débito urinário, a realização e interpretação frequente de gasimetria arterial, a ventilação mecânica invasiva e os cuidados inerentes ao doente com entubação endotraqueal (EOT) e traqueostomia, e ainda a familiarização com técnicas dialíticas, a técnica dialítica mais utilizada é a hemodiafiltração venosa contínua.

Todos os métodos de monitorização não invasiva foram instituídos de forma autónoma, de acordo com as normas preconizadas. Afirmando ter cimentado os conhecimentos técnico-científicos relativos à monitorização do doente crítico em contexto de urgência, sendo conhecedores das potenciais complicações e dos cuidados de enfermagem a implementar no sentido de as evitar.

As atividades que realizei permitiram-me solidificar os conhecimentos e práticas, identificando situações de risco de desenvolvimento de potenciais complicações e intervindo de forma a evitá-las. Desta forma, mostrei capacidade de intervenção junto do doente vítima de falência respiratória, atuando de acordo com o necessário de forma a suplantar esta função vital até que o doente possuísse capacidade para a reassumir.

Foi para mim uma excelente forma de adquirir experiência no cuidado ao doente entubado e ventilado sendo essencial o trabalho de pesquisa bibliográfica para aquisição de competências acerca dos diferentes modos ventilatórios e parâmetros do ventilador.

Neste sentido, a diversidade e complexidade de métodos de avaliação de parâmetros num doente com falência multiorgânica, aliada à existência de elevada complexidade tecnológica, permitiu o desenvolvimento de competências adequadas do enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação crítica.

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

O Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS recomenda todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaborarem um plano de emergência e sua análise periódica, já que se torna uma ferramenta essencial na avaliação dos meios de reação da unidade de saúde face a uma situação de emergência multivítimas, definindo regras ou normas gerais

de atuação. Descreve os quatro principais pilares para este planeamento e preparação, a organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e recursos gerais, para que os procedimentos sejam simples e eficazes. Todos os profissionais devem se identificar como elemento fundamental neste processo e conhecer a sua missão, papel e ação no domínio das suas competências (DGS, 2010).

Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas. Perante a complexidade decorrente da existência de multivítimas em situações críticas e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta assistencial.

Qualquer situação de emergência e catástrofe é considerado uma exceção à realidade, conduzindo a incertezas pois existe um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo por parte dos profissionais de saúde, um planeamento e gestão orientada para responder de forma célere a um acontecimento inesperado.

No SU, pude conhecer o plano de emergência interno do serviço e os princípios de atuação em situação de catástrofe, uma vez que a minha orientadora de estágio fazia parte da equipe responsável por esse plano. Durante a minha passagem por este serviço não ocorreu nenhuma situação de crise.

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

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. À medida que a esperança de vida aumenta e com acesso à tecnologia cada vez mais avançada e invasiva, o uso de terapêutica agressiva, aumenta o risco de infeção associada. A IACS dificulta o tratamento adequado, são causa importante de morbilidade e mortalidade, traduzindo-se num aumento do consumo de recursos hospitalares e da comunidade (DGS, 2007).

A minha atuação como futura enfermeira especialista foi o de maximizar a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, sabendo que estes doentes, pela sua condição de saúde são expostos a procedimentos invasivos, a terapêutica imunossupressora encontrando-se mais vulneráveis e com um risco acrescido de infeção.

Neste sentido, segui os protocolos de assepsia nos procedimentos utilizando sempre as precauções básicas do controlo de infeção, a higienização das mãos, a colocação e remoção do equipamento de proteção individual, contribuindo estas ações para o adquirir de competências neste âmbito.

Verifiquei que a prevenção e controlo de infeção é uma preocupação dos enfermeiros nos vários ensinamentos clínicos, mas assume maior relevância na hemodiálise e no SMI. Foi nestes locais que aprofundei conhecimentos, atualizei procedimentos e coloquei em prática os programas de controlo de infeção cumprindo as recomendações emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção.

4. CONCLUSÃO

Na elaboração deste relatório, procurei refletir sobre as vivências do estágio desenvolvido, sob o ponto de vista do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, efetuando um paralelismo entre os objetivos a que me tinha proposto e a realidade encontrada nos campos de estágio. Para tal, baseei-me de um espírito crítico, pelo que, chegado este momento, cabe-me enaltecer os aspetos mais marcantes e relevantes.

A sua realização permitiu-me meditar sobre os importantes conhecimentos adquiridos em três contextos de atuação, que embora diferentes encontram-se, estreitamente ligados pelo seu objetivo funcional, a prestação de cuidados adequados ao doente crítico. Nesse sentido, refleti sobre os cuidados técnico-científicos que necessitamos de desenvolver com o intuito de suplantarmos as reais necessidades do doente a vivenciar complexos processos de transição, que levam a todo um conjunto de alterações ao nível das várias dimensões da pessoa humana. Considero, portanto, que o ser humano a vivenciar estes fenómenos necessita de cuidados de enfermagem capazes de aliar o que de melhor existe na técnica com o que de mais humano o prestador de cuidados pode fornecer.

Fazendo uma retrospectiva dos cuidados vivenciados, facilmente entendo que o campo da EMC é vasto e complexo, exigindo, portanto, toda uma panóplia de conhecimentos teórico-práticos dos profissionais que dela fazem o seu palco de atuação. O doente alvo da sua intervenção, necessita de cuidados especializados que permitam suportar as suas funções vitais, prevenindo complicações, e permitindo a perspetiva de recuperação com o mínimo de sequelas possível.

Considero que enquanto futura enfermeira especialista é minha função a deteção de situações de problemas relacionados com as práticas técnico-científicas, a deteção de necessidades formativas, bem como a comunicação de informação científica sobre matéria pertinente.

De facto, posso afirmar que as expetativas iniciais foram amplamente ultrapassadas, contudo também houve dificuldades que tive que ultrapassar, recorrendo a estratégias adquiridas pessoalmente, na minha prática profissional e através de pesquisa bibliográfica. Ressalvo a disponibilidade que toda a equipa multidisciplinar demonstrou no acolhimento e, em particular, os meus orientadores, permitindo que o meu

desenvolvimento fosse de encontro aos objetivos previamente delineados. Foi uma experiência extremamente enriquecedora com partilha de conhecimentos e experiências que com certeza se revelarão fundamentais no exercício da minha profissão.

Saliento que todos os locais de estágio pelos quais passei, estavam dotados de profissionais competentes e humanos que tentavam prestar tanto quanto possível, os cuidados holísticos de que os doentes necessitam. Foram eles em parte, os responsáveis pela cimentação dos conhecimentos, na medida em que revelaram a sua experiência profissional.

Com o final deste ciclo, estou expectante relativamente ao futuro. Ambiciono continuar a aprofundar conhecimentos no âmbito da enfermagem, por entender que é ela a minha paixão e acredito que fui concebida para o seu exercício.

Considero que estarei agora apta a melhorar os cuidados prestados no local onde trabalho. Tudo farei para obter um maior envolvimento na gestão dos cuidados, dotando os demais elementos de conhecimentos científicos, e implementando projetos que visem a melhoria dos cuidados assistenciais.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

Nota Prévia

Neste capítulo, é apresentado o estudo efetuado, em formato de proposta para publicação. Assim, apresenta-se um breve construto teórico do tema a investigar – Intervenções de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes nos Serviços de Urgência Básica.

O enquadramento teórico deste estudo, partiu de uma revisão da literatura acerca deste tema e que sustentou o percurso empírico do presente trabalho.

A reflexão sobre as Intervenções de Enfermagem (IE) é algo que deve acompanhar o exercício profissional do enfermeiro, sempre com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e o desenvolvimento e concretização pessoal e profissional.

A gestão de dor (GD) e a execução de boas práticas em cuidados dos enfermeiros, indo ao encontro do princípio básico que a gestão adequada da dor nos serviços de saúde é um padrão de qualidade e um direito dos utentes, o que implica, como preconiza a DGS (2003), a sua avaliação e registo sistemático, uma vez que o sucesso da estratégia terapêutica parte e, portanto, passa também a depender do controlo regular da dor em todas as suas vertentes.

A dor passou a ser considerado o “5º sinal vital”, e a sua gestão, é um direito da pessoa, - doente ou não -, um dever profissional fundamental, de efetiva humanização dos cuidados de saúde. (DGS, CN nº9, 2003). A dor, como sintoma, está presente em quase todas as doenças e é considerada, presentemente, como um dos grandes problemas em saúde pública. “É difícil de ser avaliada, relaciona-se com as experiências individuais e sujeita a uma infinidade de variáveis. A dor percebida, deve ser acreditada, avaliada e tratada com o devido zelo, respeito e conhecimento sob a visão holística” (Rodrigues, 2022), não devendo os enfermeiros que exercem no Serviço de Urgência Básica (SUB) subestimar a sua gestão, nomeadamente, no primeiro nível de acolhimento a situações de urgência.

A metodologia utilizada foi de 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).

A concretização do estudo contou com o parecer positivo da Comissão de Ética da Instituição do Norte, onde se iniciou o estudo (Anexo III), com o parecer favorável de autorização à autoral para utilização do Instrumento de Recolha de Dados (Anexo III) e

com o parecer favorável da Orientadora Científica – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga- Branco (Anexo IV).

Para efeitos de divulgação dos resultados da investigação, no campo científico da enfermagem, foi proposto para publicação (Anexo V) a uma revista científica, de reconhecimento nacional e internacional. A revista científica selecionada foi a *Millenium*, como editor o Centro de Estudos de Educação, Tecnologia e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu e Presidente a Dra. Madalena Cunha, parte integrante do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.

Intervenções de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes nos Serviços de Urgência Básica

Nursing Interventions in Pain Management for Patients in Basic Emergency Services

Intervenciones de Enfermería en el Tratamiento del Dolor en pacientes de los Servicios Básicos de Urgencias

RESUMO

Introdução: A literatura atual revela que as intervenções de enfermagem (IE) em Gestão de Dor (GD) em Serviços de Urgência Básica (SUB), nem sempre são consideradas prioritárias pelos enfermeiros, no primeiro momento de atendimento em SUB.

Objetivos: Identificar as IE em Gestão de Dor (GD), em SUB e analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas e as IE na GD, em SUB;

Métodos: Estudo transversal, descritivo e correlacional, a partir dos resultados emergentes da aplicação da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor, (António, 2017), numa amostra de 157 enfermeiros em funções em SUB.

Resultados: As IE mais aplicadas na GD, em SUB, são de carácter autónomo: a Avaliação Inicial ($X=38,94$; $\delta=5,78$), as Intervenções Não Farmacológicas ($X=24,76$; $\delta=4,76$), a Reavaliação ($X=20,13$; $\delta=3,89$), o Planeamento ($X=19,67$; $\delta=4,28$), e o Registo ($X=8,96$; $\delta=2,31$), que apesar de autónomo, é o menos executado. Das interdependentes, só executam as Intervenções farmacológicas ($X=10,83$; $\delta=1,39$).

Da análise da relação entre variáveis sociodemográficas e IE, verifica-se que ($p>0,05$), a formação é diferenciadora ($p<0,05$): os enfermeiros pós-graduados fazem mais ensinios e registos da dor, e, quanto mais longa é a formação (>50 horas) e mais adequada, mais elevados são os valores de execuções.

Conclusão: A formação como variável determinante na aplicação de IE revela que deve ser o campo emergente de intervenção para os enfermeiros.

Palavras-Chave: Dor; Serviço de Urgência Básica; Enfermagem; Gestão da dor;

ABSTRACT

Introduction: The current literature shows that nursing interventions (ND) in Pain Management (PM) in Basic Emergency Services (BES) are not always considered a priority by nurses at the first moment of care in the BES.

Objectives: To identify the AEs in Pain Management (DRM) in BES and analyze the relationships between sociodemographic variables and AEs in DRM in BES;

Methods: Cross-sectional, descriptive and correlational study, based on the results emerging from the application of the Scale of Nursing Practices in Pain Management, (António, 2017), in a sample of 157 nurses working in SUB.

Results: The most applied RUs in GD, in BES, are of autonomous character: the Initial Assessment ($X=38.94$; $\delta=5.78$), Non-Pharmacological Interventions ($X=24.76$; $\delta=4.76$), Reassessment ($X=20.13$; $\delta=3.89$), Planning ($X=19.67$; $\delta=4.28$), and Registration ($X=8.96$; $\delta=2.31$), which despite being autonomous, is the least performed. Of the interdependent ones, they only perform Pharmacological Interventions ($X=10.83$; $\delta=1.39$).

From the analysis of the relationship between sociodemographic and EI variables, we found that ($p>0.05$), training is differentiating ($p<0.05$): postgraduate nurses perform more teaching and pain records, and the longer the training (>50 hours) and the more adequate, the higher the values of executions.

Conclusion: Training as a determinant variable in the application of IE reveals that it should be the emerging field of intervention for nurses.

Key words: Pain; Basic Emergency Department; Nursing; Pain Management;

RESUMEN

Introducción: La literatura actual revela que las intervenciones de enfermería (IE) en la Gestión del Dolor (GD) en los Servicios de Urgencia Básica (SUB), no siempre son consideradas prioritarias por los enfermeros, en el primer momento de la atención en SUB.

Objetivos: Identificar las EI en la gestión del dolor (GD), en SUB y analizar las relaciones entre las variables sociodemográficas y las EI en GD, en SUB;

Método: Estudio transversal, descriptivo y correlacional, basado en los resultados emergentes de la aplicación de la Escala de Prácticas de Enfermería en el Manejo del Dolor, (António, 2017), en una muestra de 157 enfermeras que trabajan en SUB.

Resultados: Las IE más aplicadas en GD, en SUB, son de carácter autónomo: la Valoración Inicial ($X=38,94$; $\delta=5,78$), las Intervenciones No Farmacológicas ($X=24,76$; $\delta=4,76$), la Reevaluación ($X=20,13$; $\delta=3,89$), la Planificación ($X=19,67$; $\delta=4,28$), y el Registro ($X=8,96$; $\delta=2,31$), que, a pesar de ser autónomo, es el menos realizado. De las interdependientes, sólo realizan intervenciones Farmacológicas ($X=10,83$; $\delta=1,39$).

Del análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y de IE, encontramos que ($p>0,05$), la formación es diferenciadora ($p<0,05$): las enfermeras postgraduadas realizan más enseñanza y registro del dolor, y, cuanto más larga es la formación (>50 horas) y más adecuada, mayores son los valores de ejecuciones.

Conclusión: La formación como variable determinante en la aplicación de la IE revela que debe ser el campo emergente de intervención de las enfermeras.

Palabras clave: Dolor; Servicio Básico de Urgencias; Enfermería; Tratamiento del Dolor;

INTRODUÇÃO

A Gestão da Dor (GD) é antes de mais a expressão do mais profundo respeito pela condição da dignidade humana e o mais elementar sinal de empatia pelo sofrimento sentido ou expresso. Os cuidados que têm como finalidade a GD são de importância vital em qualquer unidade de saúde, uma vez que a dor não tratada tem impactos prejudiciais na pessoa, impedindo a resposta ao tratamento e afeta negativamente a sua qualidade de vida.

Esta pesquisa, emerge da necessidade sentida, durante as práticas clínicas, de analisar a sensibilidade dos enfermeiros para os aspetos cuidados à dor, e de refletir como é que a atual conceção de cuidar, considera a dor, no campo formativo e empírico dos contextos de enfermagem. O facto é que, a dor, seja por condição química ou neurológica modifica o meio interior e altera significativamente e profundamente a qualidade vascular e hemodinâmica, como consequência, desencadeia alteração da metabólica endócrina e imunológica. Ignorar ou subavaliar a dor, é antiético e não deontológico. O conhecimento limitado e as atitudes omissas, de interpretação minoritária, relativamente à gestão da dor, têm sido relatados como obstáculos à gestão eficaz da dor entre os enfermeiros (Samarkandi, 2018). A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008, p. 7) preconiza que a “relação da dor com o sofrimento merece uma referência particular”, uma vez que “a negação ou a desvalorização da dor do outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional”. Como é percebida em sintoma subjetivo, “a dor corre o risco de estar colocada num quadro de análise que a considera «necessária» ou «inevitável» – sofrimento é o consentimento humano à finitude, a dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigada”. (OE, 2008, p. 7)

A primeira definição sugerida pelo Subcomité de Taxonomia e adotada pelo Conselho da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu a dor, como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (Raja et al., 2020). Uma definição mundialmente aceite por profissionais da saúde e investigadores da área de dor, adotada por várias organizações profissionais, governamentais e não-governamentais, inclusive, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS argumenta que, nos últimos anos, os avanços na compreensão da dor justificavam uma reavaliação da definição. Assim, a *Task Force* propõe que as atuações para profissionais de saúde respeitem estes seis itens conceptuais, relativos à etimologia da Dor:

“1. A dor é sempre uma experiência pessoal influenciada, em graus variáveis, por fatores biopsicológicos e sociais, culturais, espirituais e emocionais. 2. Dor e nociceção são fenómenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurónios sensitivos. 3. Através das experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor. 4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor, deve ser respeitado. 5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico. 6. A descrição verbal é apenas um, dos vários

comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor” (IASP, 2018, in Raja et al., 2020).

Corroborando estas concepções, a dor passou a ser considerado o “5º sinal vital”, e a sua gestão, é um direito da pessoa, - doente ou não -, um dever profissional fundamental, de efetiva humanização dos cuidados de saúde. (DGS, CN nº9, 2003). A dor, como sintoma, “É difícil de ser avaliada, relaciona-se com as experiências individuais e sujeita a uma infinidade de variáveis. A dor percebida, deve ser acreditada, avaliada e tratada com o devido zelo, respeito e conhecimento sob a visão holística” (Rodrigues, 2022, p. 44), não devendo os enfermeiros que exercem no Serviço de Urgência Básica (SUB) subestimar a sua gestão, nomeadamente, no primeiro nível de acolhimento a situações de urgência.

Em Portugal mais de 30% das pessoas adultas relata dor crónica e mais de 14% classifica a dor como moderada ou forte, sendo a dor aguda o principal motivo de admissão hospitalar (Mota et al., 2020).

A dor, seja súbita, aguda ou crónica, é definida, como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou potenciais nos tecidos. A ocorrência de dor é uma das principais razões para os doentes irem ao Serviço de Urgência (SU), e Giusti et al., (2018). referem que 70% dos casos que recorrem ao SU é por dor. Apesar destas estatísticas, a dor nem sempre é devidamente gerida, e é por vezes subestimada em contexto de SU.

Para desenvolvimento da pesquisa foi elaborada a seguinte Questão à Investigação:

“Será que os enfermeiros de Serviço de Urgência Básica, aplicam intervenções – e de que tipologia - de enfermagem nos doentes com dor?”

Os resultados obtidos servirão de contributo para uma maior consciencialização dos enfermeiros sobre a GD. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008, p. 7), as intervenções dos enfermeiros na avaliação e no controlo da dor “podem ter carácter autónomo ou interdependente”, com destaque para as intervenções “autónomas, prescritas pelo enfermeiro” e as “interdependentes”, com a “existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro”. A OE clarifica que as intervenções autónomas de Enfermagem dizem respeito às “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, (...)” (OE, Reg. 752/2021, p. 156). determinando, que os enfermeiros “organizam, coordenam, executam, supervisão e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção. (OE, Reg. n.º 4, artigo 9.º) e decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, (...) os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade” (OE, Reg. 752/2021, p. 156). Tendo por base estes pressupostos, o presente estudo tem como objetivo geral: Analisar as intervenções de enfermagem (IE) identificadas na GD, em SUB, e como objetivos específicos, para orientar as ações de pesquisa: Caracterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação; Identificar as intervenções de enfermagem na GD, da

amostra em SUB; Analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas, e as IE na GD, da amostra em SUB; Analisar as relações entre os contextos de formação e as IE, na GD, da amostra em SUB;

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O sentido e significado de Cuidar perante a Dor é essencial ao Ser humano, segundo a OE (2008), a GD é muito pertinente, e implica a sua avaliação, controlo, ensino à pessoa/cuidador principal/família, documentação e existência de políticas organizacionais.

A dor é classificada em nociceptiva, neuropática e psicogénica (DGS, 2003). A primeira, emerge de uma lesão tecidual contínua, estando o Sistema Nervoso Central íntegro” (Baranoski & Ayello, 2006, p. 24), e resulta de uma excitação anormal dos nociceptores periféricos somáticos ou viscerais sem que ocorra uma lesão das estruturas nervosas, sendo descrita como latejante ou sensação de pressão. Contudo, a mesma causa, pode prejudicar a espinal medula ou os centros superiores e causar dores neuropáticas centrais pelo que Sampson et al., (2020), defendem, que é credível a relação entre a gestão de dor e a execução de boas práticas em cuidados dos enfermeiros, indo ao encontro do princípio básico que a gestão adequada da dor nos serviços de saúde é um padrão de qualidade e um direito dos utentes. Isto implica, como preconiza a DGS (2003), a sua avaliação e registo sistemático, uma vez que o sucesso da estratégia terapêutica, passa também a depender do controlo regular da dor em todas as suas vertentes.

Deste modo, a avaliação e a “a aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade das instituições de formação, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente” (OE, 2008, p.19).

Partindo destes pressupostos e da pertinência que há em reconhecer a avaliação da dor, no sentido de concretizar esta análise, são sugeridas pela OE (2008) algumas escalas para avaliação da dor, as mais utilizadas: Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Avaliação Numérica (EAN), Escala Qualitativa (para autoavaliação), conforme recomendam autores atuais como Sampson et al., (2020) e Varndell et al., (2020). Estes autores, defendem que a gestão inadequada da dor nos SU, é um desafio mundial, mas constataam que existem escassos estudos neste tema.

Importa referir que os resultados do estudo de Sampson et al. (2020) com 37 enfermeiros e 19 doentes de um SU de Inglaterra entre 2014 e 2016, permitiram verificar que: 1. A gestão da dor (GD) não estava bem alinhada, com o núcleo de prioridades do serviço e foi muitas vezes negligenciada;2. A GD não é observada como, uma prioridade chave para a organização, 3. Os enfermeiros referiram a necessidade de mais formação e reconheceram muitas barreiras ao nível das práticas, implementadas na GD no doente que recorre ao SU

Na mesma linha, os resultados de Shoqirat et al. (2019) revelaram que, embora a dor seja uma queixa comum entre os doentes que recorrem aos SU, existe uma escassez de literatura de enfermagem, sobre

barreiras à GD. Neste sentido, estes autores, realizaram um estudo posterior, qualitativo, num Focus a 12 enfermeiros, cujos resultados sugerem duas grandes categorias com respetivas subcategorias emergentes:

A primeira categoria - descreve a ideia de tipos de doentes, com 3 grupos: doentes violentos, familiares agressivos e por último, doentes com expectativas de cuidados considerados irrealistas pelos enfermeiros.

A segunda categoria - descreve o ambiente físico do SU, com duas subcategorias: escassez de recursos humanos e uma realidade contextual de gestão da dor pelo domínio médico. Da perceção da amostra, resultou: -sentir-se como se fossem vítimas de fatores externos, e perceberam que o trabalho de equipa, era bloqueado pelas barreiras (já apresentadas) pelo que os afetavam e levavam à angústia, que em seu entender, prejudicando a seleção de ações, e a respetiva aplicação na GD. Os autores, concluíram, que a função dos enfermeiros na GD no SU é multifacetada, pelo que, a implementação de políticas para ultrapassar essas barreiras – bloqueadoras às práticas – eram essenciais.

Em continuidade com estes percursos de pesquisa, Santos et al. (2021) avaliaram a implementação de um protocolo de GD iniciado por enfermeiros, para doentes triados como urgentes, e o seu impacto na intensidade da dor no SU. Os doentes que receberam a intervenção: Protocolo de Gestão da Dor com Administração de Analgésicos foram comparados aos que foram sujeitos a uma abordagem convencional (avaliação médica antes da administração de analgésico). Do total de 185 doentes, 30% foram submetidos à intervenção do Protocolo GDAA, e 70%, viveram o seu percurso normal, conforme a receção de doentes no SU de forma convencional.

Posteriormente, verificaram, que os doentes do grupo de intervenção do Protocolo GDAA, apresentaram: maior probabilidade de tomar medicação para a dor nas 4 horas anteriores ao internamento, e níveis de dor mais elevados no internamento, e reduções mais significativas no nível de dor. Apesar da baixa adesão ao protocolo GDAA, a intervenção resultou em evidências de maior alívio da dor. A dor, continua a ser a queixa mais comum no SUB, e é a principal razão pela qual, muitos doentes procuram este serviço (Sturesson et al., 2017; Thornton et al., 2018). Por este motivo, a melhoria da GD é um objetivo real em cuidados de enfermagem no SUB.

2. MÉTODOS

Estudo transversal, quantitativo, descritivo e correlacional.

2.1 Amostra

A amostra, do tipo “bola de neve”, com base primária no contato com os enfermeiros de um SUB do Norte, para divulgação a outros enfermeiros, foi constituída por 157 profissionais de enfermagem,

maioritariamente do sexo feminino (72.6%) com idades entre 36-45 anos (41,2%), a exercerem funções em SUB de Portugal Continental.

2.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, estiveram presentes o exercício funcional SUB, aceitação espontânea na participação do estudo, e como critérios de exclusão os enfermeiros que não trabalhem em SUB.

2.2 Instrumento de Recolha de Dados

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) aplicado e divulgado entre 1 de Abril a 31 de julho de 2022, a partir do Google Docs, após o parecer positivo da Comissão de Ética da Instituição do Norte onde se iniciou o estudo, e do parecer favorável de autorização autoral para utilização do IRD – constituísse por duas partes:

- A primeira, inclui as variáveis de caracterização socioprofissional em estudo (Idade, Sexo, Habilitações Académicas, Tempo de Exercício Profissional, Tempo de Exercício Profissional em SUB, e Formação em Dor);

- A segunda, inclui a Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor, validada para a população portuguesa por António (2017). Consiste num formulário de autopreenchimento com 68 itens que correspondem às variáveis relativas às práticas de enfermagem implementadas na GD nos seguintes domínios: (1). Avaliação inicial (itens 1-28); (2.) Planeamento (itens 31- 37); Execução de intervenções farmacológicas (itens 38-40); Execução de intervenções não farmacológicas (itens 41- 51); Reavaliação (itens 53-54; 57-60); Registo (itens 29-30; 55-56); Ensino à Pessoa com Dor (itens 61-68).

Cada domínio, é operacionalizado através de conjuntos de variáveis comportamentais (entre 7 a 27 itens), que por sua vez, cada item/intervenção é operacionalizado – e mantendo o respeito pela terminologia autoral - através de uma Escala de Likert que quantifica o valor de frequência de ocorrência: (0) não sei/sem opinião; (1) nunca; (2) raramente; (3) frequentemente; (4) sempre, conforme apresentação autoral. (António, 2017).

2.3. Procedimentos

No tratamento estatístico, utilizou-se o programa IBM – *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26. As variáveis categóricas foram estudadas através de estatística descritiva, pelo que se apresentam através frequências absolutas (n) e relativas (%), algumas medidas de tendência central: Média (\bar{X}); medidas de dispersão: Desvio padrão (δ) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento. Para estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação e as intervenções de enfermagem na GD, foram utilizados testes não paramétricos, por não se verificar o cumprimento do pressuposto da normalidade em vários fatores da variável dependente: teste *U de Mann-Whitney* (UMW),), um teste não paramétrico alternativo ao Teste t-Student para amostras independentes, particularmente, quando os pressupostos deste teste não são válidos, isto é, quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes ou as variâncias muito heterogéneas, permitindo

verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2014); Teste *Kruskal-Wallis* (KW), utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, designadamente quando as variâncias são muito heterogéneas. O *Teste de Kruskal-Wallis* aqui usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Pestana & Gageiro, 2014). Em todos os testes, o valor de significância considerado foi 5%, ou seja, as diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância for inferior a 0.05 ($p < 0.05$).

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização sociodemográfica, profissional e de formação da amostra

A amostra de enfermeiros em estudo, a exercer funções em SUB, (Tabela 1) constitui-se por 157 enfermeiros, maioritariamente (72,6%) do sexo feminino, e no global, 40,1% apresentam idades entre 36-45 anos, e só 11 (7,0%) apresentam idade acima de 56 anos, o que representa uma amostra relativamente jovem.

No que respeita às Habilitações Literárias, o grau académico de licenciatura aglutina a maioria, com 50,3% da amostra, e há 47 enfermeiros (29,9%) com Pós-graduação e Pós-licenciatura/Especialização e 30 (19,1%) com mestrado. No global, 47,1% que apresenta um tempo de exercício profissional entre 11 e 20 anos, e 66,9% da amostra apresenta Tempo de Exercício Profissional em SUB ≤ 10 anos.

No total da amostra, 52,2% referiu não ter Formação em Dor, mas há 75 enfermeiros, (47,8%), que têm Formação em Dor. Em geral, os enfermeiros do sexo masculino (62,8%), - por oposição a 51,8% do feminino - não fizeram Formação em Dor. Entre os (47,8%) de enfermeiros que fizeram Formação em Dor, a grande maioria (64,0%) referiu que essa formação ocorreu há mais de 3 anos, o que é comum a ambos os sexos.

Em relação ao Tempo (horas) de Formação, verificamos que 42% dos enfermeiros, assumiram ter vivido um tempo de formação ≤ 10 horas. Maioritariamente, os enfermeiros (70,1%) admitiram que, na prática diária, no SUB, essa formação é completamente adequada e 19 (12,1%) consideraram-na adequada. Todavia há 6 enfermeiros (3,8%) que a consideram inadequada, e há 22 enfermeiros (14,0%) que não têm opinião a este respeito. Em nenhuma das variáveis se registaram diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito à aplicação de intervenções para a GD.

Tabela 1: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%		
Sexo	(43)	(27.4)	(114)	(72.6)	(157)	(100.0)		

Idade								
≤35 anos	17	39,5	38	33,3	55	35,0		
36-45 anos	16	37,2	47	41,2	63	40,1		
46-55 anos	8	18,6	20	17,5	28	17,8	0,957	0,812
>56 anos	2	4,7	9	7,9	11	7,0		
Habilitações Literárias								
Bacharelato	0	0,0	1	0,9	1	0,6		
Licenciatura	24	55,8	55	48,2	79	50,3		
Pós-graduação	8	18,6	17	14,9	25	15,9	3,100	0,541
Pós-lic./Especialização	3	7,0	19	16,7	22	14,0		
Mestrado	8	18,6	22	19,3	30	19,1		
Tempo de exercício profissional								
≤10 anos	14	32,6	35	30,7	49	31,2		
11-20 anos	21	48,8	53	46,5	74	47,1		
21-30 anos	6	14,0	18	15,8	24	15,3	0,414	0,937
>30 anos	2	4,7	8	7,0	10	6,4		
Tempo de exercício profissional em Serviço de Urgência Básica								
≤10 anos	32	74,4	73	64,0	105	66,9		
11-20 anos	9	20,9	39	34,2	48	30,6	3,333	0,189
21-30 anos	2	4,7	2	1,8	4	2,5		
Ter feito Formação acerca da Dor								
Sim	16	37,2	59	51,8	75	47,8	2,647	0,104
Não	27	62,8	55	48,2	82	52,2		
Tempo que decorreu a Formação em Dor								
<1 anos			7	11,9	7	9,3		
1-3 anos	3	18,8	17	28,8	20	26,7	3,322	0,190
>3 anos	13	81,3	35	59,3	48	64,0		
Horas de Formação								
≤10 horas	3	30,0	18	45,0	21	42,0		
11-50 horas	4	40,0	16	40,0	20	40,0	1,429	0,409
>50 horas	3	30,0	6	15,0	9	18,0		
Na Prática diária no SUB, considera essa Formação								
Inadequada	0	0,0	6	5,3	6	3,8		
Sem opinião	10	23,3	12	10,5	22	14,0	6,315	0,097
Adequada	4	9,3	15	13,2	19	12,1		
Completamente adequado	29	67,4	81	71,1	110	70,1		

Legenda: n- Número/frequência absoluta; % - Percentagem/ Frequência relativa; χ^2 - Qui-quadrado; p - p-value, valor de significância

3.2 Intervenções de enfermagem em GD em Serviço de Urgência Básica

No que respeita às IE, - em Tabela 2, coluna M Total, - verifica-se que o sexo feminino aplica em média mais frequentemente, este tipo de intervenções do que o masculino: na Avaliação Inicial ($X=39,16$; $\delta=4,94$ vs $X=38,35$), na Execução de Intervenções não Farmacológicas ($X=25,03$ vs $X=24,05$), no Registo ($X=9,00$ vs $X=8,86$), na Reavaliação ($X=20,32$ vs $X=19,63$) e por último, a execução de Intervenções Farmacológicas ($X=10,87$ vs $X=10,72$), em geral, é mais elevado, pese embora sem diferença significativa, o valor relativo às enfermeiras do que aos enfermeiros. No que respeita ao Planeamento, verifica-se que 19 a 20, ($X=19,86$ $\delta= 4,65$) enfermeiros apresentam estas intervenções, e em relação ao Ensino à Pessoa com Dor, no global da amostra, a média global é de ($X=17,26$; $\delta= 4,74$), e apresenta-se mais elevada para os enfermeiros do sexo masculino ($X=17,56$ $\delta= 5,66$).

Tabela 2: Apresentação dos valores absolutos relativamente à relação entre abordagem de avaliação do estado / percepção da dor e do sexo

Sexo	N	Min	Max	M Total	$\delta=DP$ Total
Avaliação Inicial					
Masculino	43	21	48	38,35	7,60
Feminino	114	27	48	39,16	4,94
Total	157	21	48	38,94	5,78
Planeamento					
Masculino	43	10	24	19,86	4,65
Feminino	114	6	24	19,60	4,16
Total	157	6	24	19,67	4,28
Execução de intervenções não farmacológicas					
Masculino	43	8	32	24,05	6,18
Feminino	114	11	32	25,03	4,11
Total	157	8	32	24,76	4,76
Ensino à Pessoa com Dor					
Masculino	43	6	24	17,56	5,66
Feminino	114	6	24	17,15	4,37
Total	157	6	24	17,26	4,74
Registo					
Masculino	43	3	12	8,86	2,84
Feminino	114	3	12	9,00	2,09
Total	157	3	12	8,96	2,31
Reavaliação					
Masculino	43	7	24	19,63	4,91
Feminino	114	6	24	20,32	3,43

Total	157	6	24	20,13	3,89
Execução de intervenções farmacológicas					
Masculino	43	6	12	10,72	1,70
Feminino	114	6	12	10,87	1,25
Total	157	6	12	10,83	1,39

Legenda: N- Número/frequência; Min - Mínimo; Max - Máximo; M - Média; δ =DP – Desvio padrão.

3.3 Relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e as intervenções de enfermagem na GD

Da análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as IE na GD (tabela 3) verifica-se, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e as IE, quer ao nível de cada dimensão de GD, quer na GD em geral. Na globalidade, os enfermeiros do sexo masculino, à exceção das IE na Avaliação inicial ($X_M=77,56$ vs $X_F=79,54$), apresentam mais frequência executória do que os do sexo feminino. De igual modo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as IE em GD e os respetivos intervalos de idade, todavia, pôde constatar-se que: os enfermeiros entre os 46-55 anos, apresentaram maior prevalência de ações na Avaliação Inicial da Dor, no Planeamento, na Reavaliação e na Execução de Intervenções Farmacológicas; os enfermeiros com idade superior (>55 anos) apresentam mais execuções em Intervenções não Farmacológicas, e finalmente, os de idade inferior (≤ 35 anos) apresentam maior nível de intervenções no Ensino à Pessoa e no Registo da Dor.

O nível de Habilitações Literárias, revelou-se uma variável determinante, já que se verificou, não só maior prevalência executória por parte dos enfermeiros pós-graduados, como também se obtiveram diferenças estatisticamente significativas, ao nível das suas execuções, nas dimensões no Ensino à Pessoa e no Registo da Dor ($p < 0,05$).

O Tempo de exercício profissional, também se revelou determinante: os enfermeiros com ≤ 10 anos, apresentam valores executórios mais elevados na globalidade das dimensões; e os enfermeiros com entre 21-30 anos de Tempo de Exercício Profissional, apresentam mais intervenções na Avaliação Inicial, no Planeamento e na Execução de intervenções Farmacológicas. A análise dos valores de Tempo de Exercício Profissional no SUB, revela que os enfermeiros com praxis entre 21-30 anos, apresentaram prevalência de execuções em todas as dimensões, à execução de Intervenções Farmacológica, onde, se revelaram mais executores os enfermeiros com ≤ 10 anos no SUB.

Tabela 3. Apresentação dos Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre variáveis sociodemográficas profissionais e formação com as IE

Variáveis Sociodemográficas	Intervenções de enfermagem na gestão da dor							Teste
	Avaliação inicial	Planeamento	Execução de Intervenções não farmacológicas	Ensino à Pessoa com Dor	Registo	Reavaliação	Execução de intervenções farmacológicas	

Ordenação média								
Sexo								
Masculino	77,56	84,56	79,71	82,28	79,93	79,16	81,49	Mann-Whitney
Feminino	79,54	76,90	78,73	77,76	78,65	78,94	78,06	
(p)	0,807	0,342	0,904	0,576	0,873	0,978	0,656	
Idade								
≤35 anos	77,10	74,88	80,46	84,90	82,84	74,73	73,83	Kruskal-Wallis
36-45 anos	79,40	79,39	78,37	75,56	78,46	80,26	81,81	
46-55 anos	82,70	85,18	75,30	77,96	74,04	83,13	82,59	
>55 anos	76,77	81,64	84,68	71,86	75,55	82,64	79,64	
(p)	0,957	0,794	0,934	0,660	0,845	0,838	0,738	
Habilitações literárias								
Bacharelato	10,50	2,00	3,00	4,50	5,50	1,00	7,50	Kruskal-Wallis
Licenciatura	75,53	74,79	74,40	66,75	71,31	72,42	75,14	
Pós-graduação	91,12	98,00	97,44	96,42	103,86	95,50	86,04	
Pós-lic/Especialização	83,48	86,16	78,50	89,50	74,86	87,41	84,32	
Mestrado	77,03	71,57	78,65	91,52	84,02	79,00	81,78	
(p)	0,309	0,051	0,101	0,003	0,010	0,067	0,339	
Tempo de exercício profissional								
≤10 anos	84,42	80,10	85,98	87,12	89,16	81,10	77,56	Kruskal-Wallis
11-20 anos	75,43	76,24	74,32	74,45	74,20	76,17	78,13	
21-30 anos	87,06	89,33	82,19	84,10	82,42	89,52	90,38	
>30 anos	59,55	69,20	71,75	60,60	56,55	64,40	65,20	
(p)	0,289	0,563	0,508	0,230	0,112	0,431	0,425	
Tempo de exercício profissional no SUB								
≤10 anos	80,06	80,90	82,48	83,32	82,82	81,59	79,73	Kruskal-Wallis
11-20 anos	75,96	74,24	69,58	67,92	69,00	72,81	77,56	
21-30 anos	87,75	86,25	100,63	98,63	98,63	85,25	77,13	
(p)	0,810	0,661	0,165	0,100	0,142	0,515	0,955	

Legenda: p - p-value, valor de significância

3.4. Relação entre as variáveis formações em dor e as e as intervenções de enfermagem na GD, da amostra em SUB

Os resultados da análise da relação entre as variáveis de contexto de Formação em Dor e as IE na GD, (Tabela 4), indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre possuir ou não Formação em Dor: (1). Os enfermeiros com Formação em Dor, apresentaram maior prevalência ($p < 0,05$) executória no Planejamento, no Ensino à Pessoa com Dor, no Registo, Reavaliação e na Execução de Intervenções Farmacológicas. (2). Os enfermeiros com mais horas de formação (>50 horas), apresentam

também mais execuções ($p < 0,05$) em todas as IE na GD. (3) Os enfermeiros que percebem a Formação em Dor, como um investimento completamente adequado para a prática no SUB, apresentam maior nível executório de IE em todas as dimensões de GD ($p < 0,05$). Em suma, o perfil em perspectiva para o tipo de enfermeiro “mais cumpridor, seria aquele que tem mais formação em dor, e esta, com mais de 50 horas, e considerada mais adequada para prática de SUB.

Tabela 4. Apresentação dos Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre variáveis Formação em Dor com as IE

INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM:								
VARIÁVEIS:	Avaliação inicial	Planeamento	Execução de intervenções não farmacológicas	Ensino à Pessoa com Dor	Registo	Reavaliação	Execução de intervenções farmacológicas	Teste
Ordenação média								
Possuir Formação em Dor								
Sim	82,98	86,47	82,43	87,56	86,55	87,75	89,41	Mann-Whitney
Não	75,36	72,17	75,87	71,17	72,09	70,99	69,48	
(p)	0,293	0,047	0,365	0,023	0,044	0,020	0,004	
Horas de formação								
≤10 horas	18,98	17,21	17,57	18,95	19,79	21,07	20,19	Kruskal-Wallis
11-50 horas	27,65	28,38	28,38	27,45	27,05	25,18	25,68	
>50 horas	35,94	38,44	37,61	36,44	35,39	36,56	37,50	
(p)	0,009	0,000	0,001	0,007	0,019	0,025	0,005	
Na prática diária no SUB considera essa formação								
Inadequada	64,00	51,00	73,42	86,17	71,17	60,42	86,42	Kruskal-Wallis
Sem opinião	48,32	39,57	54,55	56,77	40,02	36,30	38,16	
Adequada	49,34	49,42	53,42	69,21	66,08	56,55	51,26	
Completamente adequada	91,08	93,52	88,61	84,75	89,45	92,43	91,55	
(p)	0,000	0,000	0,001	0,043	0,000	0,000	0,000	

Legenda: p - p-value, valor de significância

4. DISCUSSÃO

Neste estudo, a análise das variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação revelou uma amostra de 157 enfermeiros em SUB, maioritariamente do sexo feminino 72,6%, com uma média de idade de ($X=40,00$; $\delta= 8,77$) anos, 40,1% dos enfermeiros com idade entre os 36-45 anos, os licenciados (50,3%), com tempo de serviço profissional entre os 11-20 anos (47,1%), e tempo de exercício profissional em SUB ≤10 anos (66,9%). Este perfil sociodemográfico e profissional, está em conformidade com a amostra no estudo de Mota et al. (2020), cuja maioria é do sexo feminino (85.4%), e com a idade média algo menor ($X=34,11$; $\delta=8,56$) prevalecendo (44.8%) todavia a idade ≤30 anos. Também corrobora o nível de habilitação: a quase totalidade da amostra (88,5%) é licenciada. Também é semelhante a média de tempo

de experiência no SU, tal como nesta, a amostra de Mota et al. (2020), correspondia a ($X=8,15$; $\delta=7,47$) anos, com (47,9%) a exercer funções no serviço há ≤ 5 anos.

As IE na GD, identificadas revelam que esta amostra, demonstrou na globalidade intervenções adequadas em GD, tendo em conta as médias obtidas nas dimensões integrantes das IE na GD:

As dimensões que apresentam maior investimento por parte da amostra são: a Avaliação Inicial, a dimensão que recruta maioritariamente as IE, já que uma média de 39 enfermeiros ($X=38,94$; $\delta= 5,78$) assume ter execuções nesta dimensão; o Planeamento, área em que 20 enfermeiros ($X=19,67$; $\delta=4,28$) assumem ter execuções; na Execução de Intervenções não Farmacológicas, assumem investir em média 25 enfermeiros ($X=24,76$; $\delta= 4,76$); no Ensino à Pessoa com Dor intervêm 18 enfermeiros em média ($X=17,26$; $\delta= 4,74$), no Registo da Dor só há 9 enfermeiros ($X=8,96$; $\delta= 2,31$) que assumem fazê-lo, e na Reavaliação investe uma média substancial de 21 enfermeiros ($X=20,13$; $\delta= 3,39$), e finalmente, 11 enfermeiros assumem fazer execuções de Intervenções Farmacológicas ($X= 10,83$; $\delta=1,39$). Estes resultados indicam a necessidade de formação contínua para os enfermeiros do SUB, no sentido de promover as suas intervenções na GD, um pressuposto reiterado na literatura (Shoqirat et al., 2019; Mota et al., 2020; Santos et al., 2021), e que de alguma forma se tornou expressivo nesta amostra.

A gestão da dor é um objetivo prioritário e a falta de formação, pode em si mesma constituir uma barreira fundamental, o que em (Shoqirat et al. 2019; Sampson et al.,2020) se verificou também, já que, apesar de a dor ser uma queixa comum entre os doentes em SU, concluíram que a função dos enfermeiros na gestão da dor no SU é multifacetada e essencial.

O estudo das relações entre as variáveis sociodemográficas, e as IE na GD, da amostra em SUB, veio revelar que apenas se obtiveram diferenças estatisticamente significativas no Ensino à Pessoa e no Registo da dor ($p<0,05$), onde se revelaram mais executores os enfermeiros pós-graduados, tendo sido também estes, os que se destacaram nas restantes dimensões, em GD. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de nesta amostra, só um pouco mais de metade dos enfermeiros (50,3%) são licenciados, sendo esta uma realidade em conformidade com os resultados de outros estudos (Giusti et al., 2018).

As relações entre os contextos de formação e as IE, na GD, da amostra em SUB. Nesta componente do estudo não foram previamente encontrados autores em oposição ou concordância, mas neste estudo, verificou-se que, no que concerne à relação entre as variáveis de contexto de Formação em Dor e as IE na GD, possuir Formação em Dor, o número de horas da formação e considerar essa formação completamente adequada na prática em SUB foram variáveis predictoras das intervenções de enfermagem na gestão da dor. Assim, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, que condizem a resultados pertinentes para a prática dos cuidados:

Os enfermeiros com Formação em Dor apresentam um nível mais elevado de intervenções aplicadas nas dimensões do Planeamento, do Ensino à Pessoa com Dor, do Registo, reavaliação e execução de intervenções farmacológica ($p<0,05$). Por exemplo e mais especificamente, verificou-se que quanto mais horas tiver a Formação em Dor, mais prevalentes são as IE em GD ($p<0,05$), com destaque para os enfermeiros com mais tempo de horas de formação (>50 horas). E nesta perspetiva, quanto maior for o nível de adequação (considerado) para a Formação em Dor na prática em SUB, mais consistente é a práxis

em todas as dimensões de GD ($p < 0,05$). Neste contexto, os enfermeiros mais cumpridores, foram os que consideram essa formação completamente adequada.

Estes resultados reforçam o referido por Mota et al., (2020), segundo os quais “a formação contínua relacionada com a dor deve ser um imperativo maior para os enfermeiros”. Esta premissa levou os mesmos autores a aconselhar “planos de formação cuidados e criteriosos no sentido de minimizar os efeitos da dor não controlada”, face ao que se manifesta total concordância para a realidade dos enfermeiros que exercem no SUB.

CONCLUSÕES

As intervenções de enfermagem na Gestão da Dor, podem assumir-se como indicadores de qualidade aos cuidados prestados, pelo que importa rever as expectativas em objetivos e respetivos resultados. A amostra apresenta características normais do ponto de vista sociodemográfico, profissional e formativo. As intervenções de enfermagem na GD, foram identificadas em cada dimensão da GD. As relações entre as variáveis sociodemográficas, e as IE na GD, fizeram emergir algumas realidades: As variáveis sociodemográficas, não apresentaram quaisquer relações significativas relevantes. Das variáveis profissionais, as habilitações literárias experiência em SUB, revelaram-se determinantes, já que os enfermeiros com pós-graduação e mais tempo de experiência em SUB apresentam um melhor nível de intervenções em GD. As relações entre os contextos de formação e as IE, na GD, permitiram verificar que os enfermeiros continuam a apresentar insuficiente Formação em Dor, o que se traduziu em intervenções moderadas, e menos conseguidas, ao nível de GD.

Os resultados, são um contributo promotor da proposta para a aposta na formação em Dor, desde a licenciatura, passando pela formação contínua e formação em serviço, reforçando assim, o empoderamento da equipa de saúde, especialmente dos enfermeiros, bem como a melhoria de qualidade da vida do doente institucionalizado. Mais se propõe a realização de outras investigações, neste contexto de gestão da dor. Todos, sobretudo os doentes, ficariam a ganhar com isso.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflitos de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os Enfermeiros participantes no estudo.

Referências bibliográficas

- António, C.A.S. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Baranoski, S., & Ayello, E.A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos*. Loures: Lusodidáctica- Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa N°9/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 Prevenção e Controlo da Dor. Ministério da Saúde. Direção-Geral Saúde. <https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.asp>
- Giusti, G.D., Reitano, B., & Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(4-S), 64–70. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7055>
- International Association for the Study of Pain (IASP) (2018). 17th IASP World Congress on Pain 2018. Acedido em <https://www.painresearchforum.org/members/meetings-events/34214-17th-world-congress-pain>
- 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>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento 752/2021, de 12 de agosto. Diário da República n.º 156/2021, Série II de 2021-08-12. Acedido em <https://dre.tretas.org/dre/4622728/regulamento-752-2021-de-12-de-agosto>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicações /Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rodrigues, L. (2022). *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo da Dor*. <http://hdl.handle.net/10400.19/7307>

- Samarkandi, O.A. (2018). Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi J Anaesth.*;12(2):220-226. doi: 10.4103/sja.SJA_587_17. PMID: 29628831; PMCID: PMC5875209.
- Sampson, F.C., O'Cathain, A., & Goodacre, S. (2020). How can pain management in the emergency department be improved? Findings from multiple case study analysis of pain management in three UK emergency departments. *Emerg Med J.*; 37(2), 85-94. doi: 10.1136/emered-2019-208994.
- Santos, M.B., Toscano, C.M., Batista, R.E.A., & Bohomol, E. (2021). Assessment of the implementation of a nurse-initiated pain management protocol in the emergency department. *Rev Bras Enferm.*; 74(3):e20201303. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1303>
- Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., AL-Sagarat, A. Y., & Habashneh, S. (2019). Barriers to nursing pain management in the emergency department: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*; 25(5):e12760. doi: 10.1111/ijn.12760.
- Sturesson, B., Kools, D., Pflugmacher, R., Prestamburgo, D., & Dengler, J. (2017) Six-month outcomes from a randomized controlled trial of minimally invasive SI joint fusion with triangular titanium implants vs conservative management. *Eur Spine J*; 26, 708–719. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4599-9>
- Thornton, H.S., Reynolds, J., & Coats, T.J. (2018). A week of pain in the emergency department. *British Journal of Pain*; 12(1), 58-63. doi:10.1177/2049463717731898.
- Varndell, W., Fry, M. & Elliott, D. Exploring how nurses assess, monitor and manage acute pain for adult critically ill patients in the emergency department: protocol for a mixed methods study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 25, 75 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0421-x>

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A realização deste relatório final, permitiu refletir sobre a atuação nos diferentes ensinos clínicos, competências adquiridas, desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e sobre a atuação enquanto enfermeira de um Serviço de Urgência Básica (SUB).

A ocorrência de dor é uma das principais razões para o utente recorrer ao SUB, assim é de extrema importância a aplicação de Intervenções de Enfermagem (IE) para Gestão da Dor (GD), podendo assumir-se como indicadores de qualidade aos cuidados prestados.

As intervenções de enfermagem na GD, foram identificadas em cada dimensão da GD. As relações entre as variáveis sociodemográficas, e as IE na GD, fizeram emergir algumas realidades: As variáveis sociodemográficas, não apresentaram quaisquer relações significativas relevantes.

Das variáveis profissionais, as habilitações literárias e a experiência em SUB, revelaram-se determinantes, já que os enfermeiros com pós-graduação e mais tempo de experiência em SUB apresentam um melhor nível de intervenções em GD. Por este motivo foi efetuada uma pesquisa sobre pós-graduação em dor, em várias instituições formativas de saúde, como por exemplo a Universidade Católica – Instituto de Ciências da Saúde, apresenta uma pós-graduação específica em dor, seja a nível de profissionais de enfermagem, médicos e outros, o facto é que a dor, tem adquirido atualmente um estatuto, cuja a atenção que deveremos ter perante a dor, faz parte da ética deontológica do que significa ser enfermeiro.

As relações entre os contextos de formação e as IE, na GD, permitiram verificar que os enfermeiros continuam a apresentar insuficiente Formação em Dor, o que se traduziu em intervenções moderadas, e menos conseguidas, ao nível de GD.

Os resultados, são um contributo promotor da proposta para a aposta na formação em Dor, desde a licenciatura, passando pela formação contínua e formação em serviço, reforçando assim, o empoderamento da equipa de saúde, especialmente dos enfermeiros, bem como a melhoria de qualidade da vida do doente institucionalizado. Mais se propõe a realização de outras investigações, neste contexto de gestão da dor. Todos, sobretudo os doentes, ficariam a ganhar com isso.

Assim, ficam várias questões para futura investigação:

Será que a formação, para se tornar profissional de enfermagem, evolui em torno do desenvolvimento de uma sensibilidade específica, para perceber a dor e os sinais da mesma? Será que esta sensibilidade faz, ou não, com que os enfermeiros apliquem as seis dimensões na compreensão da dor?

Será que, o enfermeiro tem consciência da percepção da dor no outro, sua intensidade e expressão?

Por fim, assume-se também que ao realizar este estudo, foram adquiridos mais conhecimentos a nível da importância das intervenções de enfermagem na gestão de dor em doentes que recorrem ao SUB. E a partir deste momento tudo farei para melhorar as minhas intervenções enquanto enfermeira de um Serviço de Urgência Básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, C.A.S. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Baranoski, S., & Ayello, E.A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos*. Loures: Lusodidáctica- Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa N°9/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 Prevenção e Controlo da Dor. Ministério da Saúde. Direção-Geral Saúde. <https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.asp>
- Giusti, G.D., Reitano, B., & Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(4-S), 64–70. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7055>
- International Association for the Study of Pain (IASP) (2018). 17th IASP World Congress on Pain 2018. Acedido em <https://www.painresearchforum.org/members/meetings-events/34214-17th-world-congress-pain>
- Instituto Politécnico de Bragança. (2020). <https://portal3.ipb.pt/index.php/pt/>
- 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>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento 752/2021, de 12 de agosto. Diário da República n.º 156/2021, Série II de 2021-08-12. Acedido em <https://dre.tretas.org/dre/4622728/regulamento-752-2021-de-12-de-agosto>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicações/_____/Documents/cadernosoe-dor.pdf

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rodrigues, L. (2022). *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo da Dor*. <http://hdl.handle.net/10400.19/7307>
- Samarkandi, O.A. (2018). Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi J Anaesth.*; *12*(2):220-226. doi: 10.4103/sja.SJA_587_17. PMID: 29628831; PMCID: PMC5875209.
- Sampson, F.C., O’Cathain, A., & Goodacre, S. (2020). How can pain management in the emergency department be improved? Findings from multiple case study analysis of pain management in three UK emergency departments. *Emerg Med J.*; *37*(2), 85-94. doi: 10.1136/emmermed-2019-208994.
- Santos, M.B., Toscano, C.M., Batista, R.E.A., & Bohomol, E. (2021). Assessment of the implementation of a nurse-initiated pain management protocol in the emergency department. *Rev Bras Enferm.*; *74*(3):e20201303. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1303>
- Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., AL-Sagarat, A. Y., & Habashneh, S. (2019). Barriers to nursing pain management in the emergency department: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*; *25*(5):e12760. doi: 10.1111/ijn.12760.
- Sturesson, B., Kools, D., Pflugmacher, R., Prestamburgo, D., & Dengler, J. (2017) Six-month outcomes from a randomized controlled trial of minimally invasive SI joint fusion with triangular titanium implants vs conservative management. *Eur Spine J*; *26*, 708–719. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4599-9>
- Thornton, H.S., Reynolds, J., & Coats, T.J. (2018). A week of pain in the emergency department. *British Journal of Pain*; *12*(1), 58-63. doi:10.1177/2049463717731898.

Varndell, W., Fry, M. & Elliott, D. Exploring how nurses assess, monitor and manage acute pain for adult critically ill patients in the emergency department: protocol for a mixed methods study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 25, 75 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0421-x>

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 intervenções de Enfermagem implementadas na gestão da dor, no doente que recorre aos SUB, tendo sido definidos como objetivos específicos: Caracterizar a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação; Identificar as intervenções de enfermagem na GD, da amostra em SUB; Analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas, e as IE na GD, da amostra em SUB; Analisar as relações entre os contextos de formação e as IE, na GD, da amostra em SUB. 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

catiaferreira_20@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 Acadêmicas:**

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. Envolver 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, contra-indicações, 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, contra-indicações, 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

De : Catarina André António <ca_andre@hotmail.com>

Envoyé : mercredi 1 décembre 2021 23:21

À : OLIVIA AFONSO <oliviadafonso@hotmail.com>

Objet : 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/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 de 16.02.2022

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Anexo IV- Parecer favorável da Orientadora Científica



PARECER

Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Professora Coordenadora, IPB, Orientadora Científica do Relatório Final de Estágio Profissional submetido ao tema: “Intervenções de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes nos Serviços de Urgência Básica”, desenvolvido pela mestranda Cátia Filipa Parente Ferreira, estudante nº44537, é de parecer que o trabalho se encontra em condição suficiente, para ser submetido à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, com a finalidade de ser submetido a apresentação e Discussão em Provas Públicas, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Bragança, 31 de março 2023

Assinado por : **MARIA AUGUSTA ROMÃO DA
VEIGA BRANCO**
Num. de Identificação: 07536703
Data: 2023.03.31 08:22:01+01'00'



Maria Augusta Romão da Veiga Branco,
Professora Coordenadora, IPB

Anexo V – Comprovativo da Submissão do Artigo

The screenshot shows the 'millenium' journal submission interface. The user is logged in as 'parente'. The page displays the submission details for article 30649, titled 'INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR EM DOENTES NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA BÁSICA'. The submission status is 'Publicação'. The 'Ficheiros Submissão' section shows a file named '129925-2 parente, Intervenções de Enfermagem na Gestão de Dor nos Serviços de Urgência Básica- Revista Millenium .docx (2)' submitted on March 29, 2023. The 'Pré-Revisão Discussões' section is currently empty, showing 'Sem Itens'.

MILLENIUM
[Mill] Agradecimento pela submissão
Para: Cátia Ferreira,
Responder a: MILLENIUM

Recebido - Hotmail Ontem, 19:32

Cátia Ferreira,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR EM DOENTES NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA BÁSICA" à revista Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. 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/millenium/authorDashboard/submission/30649>

Nome de utilizador: parente

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.

MILLENIUM