



CARACTERÍSTICAS DA DOR EM UTENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, AVALIADOS PELO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Patrícia Filipa Salazar Alves

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora Científica:

Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

Bragança, 2023

Alves, PFS. (2023) Características da dor em utentes atendidos no serviço de urgência, avaliados pelo Sistema de Triagem de Manchester. Relatório de estagio com investigação. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

DEDICATORIA

Chego ao fim de mais uma etapa academia, profissional e pessoal. Não podia deixar de dedicar esta conquista aos meus pais pelo belo exemplo que me transmitem todos os dias e por sempre acreditarem em mim. À minha irmã por todo o companheirismo, atenção e incentivo. Obrigada pelo vossa confiança, que me motiva a nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Expresso desta forma o meu agradecimento a todas as pessoas que tornaram possível a concretização deste estudo. Uma vez que um trabalho de investigação requer uma forte motivação que atenuar todas as incertezas, inseguranças e desmotivações. Com a finalização deste fica a sensação de objetivo cumprido e vitória alcançada, não poderia deixar de expressar com muita satisfação e consideração o meu sentimento de agradecimento a todos aqueles que me acompanharam ao longo dos últimos meses.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família pelo apoio e incentivo nas minhas conquistas, tolerância e compreensão nas minhas ausências. Por se sentirem presentes todos os dias, mesmo que longe fisicamente, e me ajudarem a alcançar todos os meus objetivos, sem que eu necessite de pedir, a vossa atenção, o vosso apoio, o vosso carinho e a vossa força.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Doutora Gorete Baptista, pela forma como me recebeu, pela motivação e coragem que sempre me transmitiu, no momento que mais necessitava. Obrigada por todas as aprendizagens, por me ter ensinado a evoluir no mundo rigoroso da investigação e por ter acreditado que chegaria ao fim.

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

A todos, o meu sincero agradecimento!

RESUMO

Introdução: A dor é o 5º sinal vital e o seu controlo eficaz é um dever dos profissionais, um direito dos doentes e um avanço para efetiva humanização das Unidades de Saúde. A experiência e gestão da dor constituem elementos centrais na prestação de cuidados de saúde, especialmente em contextos de urgência. A dor é o motivo mais comum que leva os doentes a deslocarem-se ao Serviço de Urgência. **Objetivos:** O objetivo geral do presente estudo foi descrever características da dor dos utentes avaliados pelo sistema de triagem de Manchester em serviços de urgência básica e de urgência geral médico-cirúrgica, de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, no ano de 2022. **Metodologia:** A metodologia adotada consistiu num estudo epidemiológico descritivo transversal correlacional de natureza quantitativa. **Resultados:** Foram analisados dados pseudo anonimizados de uma população de 139149 admissões nos Serviços de Urgência de um Centro Hospitalar no centro dos pais. Sendo selecionada a amostra segundo os critérios de inclusão e exclusão definidos. A recolha de dados foi solicitada ao gabinete de controlo e gestão da mesma instituição. Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva. Constatou-se que 60,59% dos doentes que recorreram aos serviços de urgência foram avaliados pelo sistema de triagem de Manchester com dor. Verificou-se uma predominância do sexo feminino 54,7%, em termos de faixa etária observa-se que o maior número de registos ocorre entre os 45 e 54 anos. Observou-se que os problemas nos membros foi o motivo mais referido. E a intensidade da dor mais sentida foi a moderada, correspondendo ao intervalo entre 5 e 7 na escala numérica. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo revelam aspetos importantes acerca da experiência e gestão da dor no Serviço de Urgência. Sendo o enfermeiro o primeiro profissional de saúde a obter contacto com o doente que se desloca ao SU, é o qualificado responsável para avaliar e priorizar a pessoa no momento da sua chegada ao serviço, tendo um papel preponderante na avaliação da sua dor, necessitando para isso de estar sensibilizado para esta problemática, para a promoção de boas práticas na gestão da dor.

Palavras-chave: Enfermagem; Dor; Gestão da Dor; Serviço de Urgência; Triagem de Manchester.

ABSTRACT

Introduction: Pain is the 5th vital sign and its effective control is a duty of professionals, a right of patients and an advance for the effective humanization of Health Units. Pain experience and management are central elements in the provision of health care, especially in emergency settings. Pain is the most common reason that leads patients to go to the Emergency Department. **Objectives:** The general objective of the present study was to describe pain characteristics of patients evaluated by the Manchester triage system in basic emergency and general medical-surgical emergency services, of a Hospital Center in the central region of Portugal, in the year 2022.

Methodology: The methodology adopted consisted of a cross-sectional descriptive epidemiological study of a quantitative nature. **Results:** Pseudo-anonymized data from a population of 139149 admissions to the Emergency Department of a Hospital Center in the parents' center were analyzed. The sample was selected according to the defined inclusion and exclusion criteria. Data collection was requested from the control and management office of the same institution. Data were analyzed using descriptive statistics. It was found that 60.59% of the patients who went to the emergency department were evaluated by the Manchester triage system for pain. There was a predominance of females (54.7%), in terms of age group, the highest number of registrations occurs between 45 and 54 years old. It was observed that limb problems were the most frequently reported reason. And the intensity of the most felt pain was moderate, corresponding to the interval between 5 and 7 on the numerical scale.

Conclusion: The results of the present study reveal important aspects about the experience and management of pain in the Emergency Department. As the nurse is the first health professional to have contact with the patient who goes to the ED, he is the qualified person responsible for evaluating and prioritizing the person at the time of their arrival at the service, having a preponderant role in the evaluation of their pain, and for this they need to be sensitized to this problem, for the promotion of good practices in pain management.

Keywords: Nursing; Pain; Pain Management; Emergency Department; Manchester Screening.

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

ATS - Australasian Triage Scale

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

CTAS - Canadian Triage and Acuity Scale

DGS - Direção- Geral de Saúde

EAN - Escala de Avaliação Numérica

EF - Escala de Faces

EQ - Escala Qualitativa

ESI - Emergency Severity Index

EVA - Escala Visual Analógica

GPT - Grupo Português de Triagem

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

MTS - Manchester Triage System

NSE - Nível Socioeconómico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO	16
1. A DOR: SUA CONCEPÇÃO E IMPORTÂNCIA NA SAÚDE	17
1.1 Classificação da dor	20
2. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR	24
2.1 Medidas para Avaliação da Dor	26
2.2 Fatores que influenciam a sensação de dor	32
3. AVALIAÇÃO DA DOR EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA: TRIAGEM DE MANCHESTER	35
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	43
1. METODOLOGIA	44
1.1. Tipo de estudo	44
1.2. População e amostra	45
1.3. Instrumento de recolha de dados e variáveis do estudo	46
1.4. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	46
1.5. Procedimentos de análise dos dados	47
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
2.1 Prevalência da dor dos utentes que acorreram aos serviços de urgência referidos no ano de 2022	49
2.2. Características sociodemográficas dos utentes que referiram dor	50
2.3. Método utilizado pelos enfermeiros para a avaliação e registo da dor	52
2.4. Principais motivos da dor referida pelos utentes	53
2.5. Intensidade da dor verbalizada pelos utentes	55
2.6. Comportamento da amostra relativamente ao sexo e idade	62
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	78
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estudo	79
Anexo II – Comprovativo da submissão do artigo na Revista Referencia	81
APÊNDICES	82
APÊNDICE I - Guião para recolha de dados	83

APÊNDICE II - Relatório de estágio..... 84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos registos de entradas nas urgências no ano 2022	49
Tabela 2. Distribuição dos registos de entradas nas urgências Básica e Geral por idade.	50
Tabela 3. Distribuição dos registos de urgência por existência de dor.....	50
Tabela 4. Caracterização da distribuição dos doentes por sexo e idade.....	51
Tabela 5. Distribuição dos registos de urgência por intensidade da dor (escala numérica)	52
Tabela 6. Distribuição dos registos de urgência por nível de urgência (cor da pulseira)	53
Tabela 7. <i>Caracterização dos motivos da ida à urgência</i>	
Tabela 8. Distribuição dos registos da intensidade da dor por motivo da ida à urgência.....	58
Tabela 9. Distribuição dos registos da intensidade da dor por discriminador utilizado.....	59
Tabela 10. Resumo dos registos da intensidade da dor por tipo de dor mais determinante na ida à urgência.....	61
Tabela 11. Caracterização da distribuição dos doentes por sexo e intensidade da dor.....	62
Tabela 12. Caracterização da distribuição dos doentes por faixa etária e intensidade da dor.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Escala EVA da dor.....	28
Figura 2. Escala numérica da dor	28
Figura 3. Escala descritiva ou qualitativa da dor.....	28
Figura 4. Representação da pirâmide populacional dos doentes em estudo por sexo	51

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Vantagens e desvantagens do uso das escalas de avaliação da dor	29
Quadro 2. Fatores que influenciam o comportamento da pessoa com dor	33
Quadro 3. Protocolo na Triagem para atribuição de prioridades de atendimento no serviço de urgência.....	39

INTRODUÇÃO

Com a finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem Médico-Cirúrgica que permite o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho, no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: pessoa em situação crítica, está prevista, na competência de aprendizagem e avaliação, a realização de investigação, tendo optado pessoalmente pelo relatório de estágio com investigação.

Uma situação que seja considerada problemática é o ponto de partida em qualquer investigação. Assim sendo, a área de investigação deste trabalho recai sobre um tema que consideramos de extrema importância: a avaliação da dor no Serviço de urgência, durante a realização da Triagem de Manchester.

A Dor define-se, no geral, como uma experiência subjetiva multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial, mas também a componente emocional da pessoa que a sofre.

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, definindo-se como “manifestação relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento no serviço de urgência (SU) e unidade de cuidados intensivos (UCI), quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita” (Teixeira & Durão 2016, p. 136).

A experiência vivenciada pelo doente é ainda agravada pela dificuldade na comunicação, pelo medo e ansiedade, repercutindo-se no seu estado geral, manifestando-se através de alterações a vários níveis, nomeadamente ao nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas. Assim, o controlo da dor na pessoa em situação crítica pode levar à diminuição do risco de complicações, o que justifica a prioridade na sua avaliação e tratamento.

Pela subjetividade que apresenta, a dor torna-se um dos maiores desafios que persiste nos cuidados de saúde, no entanto o desenvolvimento e a constante busca pelo aperfeiçoamento do conhecimento permitem-nos combater a dor de forma mais diferenciada.

O desafio do estudo da dor num doente crítico ou em ambiente de atendimento de urgência, passa por entender muito mais acerca do que se faz para perceber e ajudar de facto os doentes que vivenciam este fenómeno subjetivo e multidimensional.

Assim sendo, a dor é o foco da presente pesquisa, sendo uma das queixas mais comuns de pacientes que procuram atendimento em serviços de urgência, tal como corrobora a DGS, 2008a; Souza, Chianca, Diniz & Chianca, 2012 e grupo português de triagem (2010). Nestes serviços, o sistema de triagem de Manchester é amplamente utilizado pelos enfermeiros para avaliar e classificar a gravidade dos pacientes que os procuram. No entanto, há poucos estudos epidemiológicos sobre a dor dos pacientes avaliados pelo sistema de triagem de Manchester.

Face ao exposto, surgiu como questão de investigação: Quais as características da dor nos utentes avaliados pelo sistema de triagem de Manchester, em serviços de urgência básica e de urgência geral médico-cirúrgica de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal? Estabeleceu-se como objetivo geral do estudo:

Descrever características da dor dos utentes avaliados pelo sistema de triagem de Manchester em serviços de urgência básica e de urgência geral médico-cirúrgica, de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, no ano de 2022.

Daqui derivam objetivos mais específicos, sendo eles:

- (1) Avaliar a prevalência da dor dos utentes que acorreram aos serviços de urgência referidos no ano de 2022;
- (2) Avaliar características sociodemográficas dos utentes que referiram dor;
- (3) Identificar o método utilizado pelo enfermeiro para a avaliação e registo da dor.
- (4) Identificar os principais motivos da dor referida pelos utentes;
- (5) Descrever a intensidade da dor verbalizada pelos doentes;
- (6) Comparar o comportamento da amostra relativamente ao sexo e idade

Para a realização deste estudo procedemos numa fase inicial à revisão da literatura disponível em base de dados científicas tais como B-on, Scielo, RCAPP, PubMed, e em diversos livros relevantes para a temática, recorrendo aos seguintes descritores: “Enfermagem”, “avaliação da dor”, “registos”, “serviço de urgência”, “triagem de Manchester”.

Foi então desenvolvido um estudo epidemiológico descritivo transversal, com abordagem quantitativa, tendo como fonte de dados a informação obtida pelos profissionais de enfermagem durante a triagem de Manchester, no âmbito da avaliação e registo da dor,

em pessoas admitidas nos serviços de urgência básica e de urgência geral médico-cirúrgica de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, constantes dos seus processos informatizados.

De forma a dar resposta ao exposto, usamos como instrumento de recolha de dados, um Formulário/ guião que permitiu a extração da informação necessária, da plataforma informática, num horizonte temporal e com critérios definidos.

O presente documento escrito, está estruturado em duas partes. A parte I apresenta o enquadramento teórico do tema em estudo, baseado na revisão da literatura para definição de alguns conceitos considerados relevantes para a compreensão da temática, A parte II, aborda o estudo empírico realizado: a metodologia, a apresentação, análise e discussão dos resultados, as conclusões do estudo e apresentamos, em anexo, uma proposta de intervenção, voltada para a resolução de problemas identificados.

A dor é um problema de grande expressão em utentes que recorrem aos serviços de urgência, devendo ser devidamente efetuada a sua avaliação pelo enfermeiro durante a triagem de Manchester, para que haja uma abordagem multidisciplinar adequada na sua gestão. Este estudo fornecerá informações importantes sobre as características da dor dos pacientes que procuram atendimento em serviços de urgência e são avaliados pelo sistema de triagem de Manchester, sendo que os resultados poderão ser utilizados para melhorar o atendimento aos pacientes com dor aguda ou crónica agudizada e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do atendimento em serviços de urgência.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1. A DOR: SUA CONCETUALIZAÇÃO E IMPORTÂNCIA NA SAÚDE

Neste capítulo começamos por fazer algumas considerações gerais sobre o fenómeno da dor e sua importância na saúde do indivíduo bem como para os profissionais de saúde cuidadores, abordando depois, em subcapítulos, diversas variáveis de extrema importância e mais específicas para melhor compreender tal fenómeno.

A Direção Geral de Saúde (DGS), desde 2003 definiu a dor como o 5º sinal vital e afirma “O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, p.1)

Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor. O sucesso da estratégia de analgesia depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes. Desta forma a avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. Sendo que este é um sintoma que acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde e pela subjetividade que apresenta, a avaliação da dor torna-se um dos maiores desafios profissionais dos enfermeiros.

No Guia Orientador de Boa Prática acerca da Dor (2008, p. 7), desenvolvido pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, Nunes afirma que “(...) cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados.” Desta forma, a dor e todo o fenómeno doloroso é um complexo em que o doente se encontra no seu centro e o enfermeiro detém capacidades e competências capazes de atuar determinadamente nesse fenómeno. Ainda no mesmo documento (p. 7), se inclui 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”. Desta forma a temática da dor surge tão incisivamente neste relatório de intervenção, não só pela sua extrema importância, mas acima de tudo pela determinação na constante afirmação da sua importância, no relembrar que o enfermeiro é determinante no combate à dor e que, dentro das instituições de saúde, a dor é uma das sensações nocivas mais experienciadas.

A International Association for the Study of Pain – IASP (2020), definiu a dor como sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante aquela associada a dano real ou potencial do tecido” (Raja et al., 2020, p. 2), reforçando ainda para melhor entendimento, a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais; é com as vivências e experiências de vida que os indivíduos aprendem o conceito de dor; o relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado; a adaptação a pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico; a descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar dor, pelo que a incapacidade de se comunicar não nega a possibilidade de haver dor. Esta definição de dor tornou-se amplamente aceita pelos profissionais de saúde e por investigadores da área da dor, tendo sido igualmente adotada por diversas organizações profissionais, governamentais e não-governamentais (Raja et al., 2020).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermagem, 2016), a dor corresponde a: percepção comprometida, aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento distração, inquietação e perda de apetite (CIE, 2016, p. 53).

Na conceção de Malik (2020), a dor é algo que não pode ser medido fisicamente, no sentido em que só pode ser experienciada pela própria pessoa, sendo considerada ou tratada com o clínico que a trata em função da forma como este a interpreta e compreende o que o paciente reportou/expressou. Além disso, a dor é um construto multidimensional que deve ser abordada de forma correta, concentrando-se nos seus fatores individuais, bem como nos fatores ambientais, sociais, etc. (Malik, 2020).

A dor é considerada como um fenómeno complexo e multidimensional, detendo uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que a pessoa percebe como presente ou inerente às descrições das experiências de dor ou da sua própria vivência. Assim, pode-se aferir que cada pessoa tem o seu próprio significado de dor em função da singularidade e unicidade do seu ser e, por conseguinte, não existe dor sem significação afetiva, isto é, sem sofrimento atribuído. Não obstante, a diversidade de experiências de dor, a singularidade da dor e os múltiplos fatores que a podem condicionar fazem com que seja difícil criar uma definição consensual e única. Contudo,

parece haver um consenso de que a dor é uma experiência única, pessoal, influenciada por experiência individuais prévias e moldada por modelos e valores culturais (Batalha, 2016). A DGS também salienta a subjetividade inerente ao conceito de dor: "A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a sua existência quando se passa conosco e acreditamos na que os outros nos comunicam" (DGS, 2001, p. 5). Isto é, a dor é subjetiva e depende da pessoa que a sente, como é descrita e avaliada e é também multidimensional, pois trata-se de um fenómeno complexo, resultante de várias vertentes bio fisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais de cada indivíduo. Tal como mencionado por Watson (2022), a perceção que o paciente tem da dor, bem como outros fatores, podem influenciar as manifestações clínicas. Como tal, é importante que seja avaliado o significado de dor para o paciente, incidindo-se em aspetos psicológicos e emocionais. Além disso, o conceito de dor e o de sofrimento devem ser diferenciados, sobretudo em pacientes com determinadas patologias tais como o cancro (Watson, 2022).

A dor desempenha um procedimento importante para a integridade física da pessoa, uma vez que funciona como um sinal de alerta, que desencadeia respostas reflexas e/ou cognitivas, que têm por objetivo evitar ou prevenir o agravamento de lesões. No entanto, cumprida essa função, a dor não tem qualquer benefício para o organismo, trazendo um aumento do sofrimento e consequências fisiológicas e psicológicas nefastas. Embora a pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas suas relações sociais e familiares e no desempenho da sua atividade laboral, influenciando assim a sua qualidade de vida (DGS, 2003). A dor quando não é controlada pode provocar o aumento da tensão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória, contração muscular reflexa, o que pode resultar em Hipo ventilação, aumento o esforço cardíaco e diminuindo da perfusão sanguínea (Calil & Pimenta, 2005).

Em 2008 foi criado o Programa Nacional de Controlo da Dor, tendo como objetivo a uniformização a abordagem aos doentes com dor, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento (DGS, 2008).

Ferreira (2009) verificou que, apesar de existirem várias definições e conceitos de dor, existe um conjunto de fatores físicos, psicológicos, emocionais, sociais e culturais que são reconhecidos e comuns à generalidade das definições.

Dada a subjetividade da definição de dor, o relato feito pela própria pessoa é considerado o método mais fiável para a sua avaliação, sempre que possível, deve ser o próprio doente a autoavaliar e a caracterizar a sua dor.

1.1 Classificação da dor

A classificação da dor é importante para direcionar a avaliação do provedor de cuidados de saúde e para escolher a classificação adequada de medicação analgésica para o tratamento da dor. Para se estabelecer um plano de cuidados adequado e baseado em dados concretos antes do início do tratamento, é necessária a utilização dos sistemas de classificação da dor. Não obstante, a gestão da dor pode constituir-se como uma tarefa dinamicamente complexa, sendo que os profissionais de saúde devem estar munidos de práticas e recursos baseados em evidências para efetuar um bom diagnóstico ou planeamento clínico. Assim, é importante reconhecer e compreender o valor dos sistemas de classificação da dor na prática clínica (Orr et al., 2017).

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

De acordo com Santos-Longhurst (2018), a sensação de dor é um processo que envolve a comunicação entre os nervos, a medula espinhal e o cérebro. Dependendo da causa subjacente, existem diversos tipos de dor. A pessoa pode sentir dor de formas diferentes, então pode achar difícil descrever para os outros o tipo de dor que está a sentir. Além disso, ela pode sentir mais do que um tipo de dor em simultâneo, o que só aumenta a dificuldade. Por conseguinte, compreender os diferentes tipos de dor acaba por ser muito importante, tanto para o profissional que a está a tratar como para o próprio paciente.

No que diz respeito à duração da dor, esta pode classificar-se em aguda ou crónica. A dor aguda é definida como “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (OE, 2008, p.25).

Na opinião de Duarte et al. (2022), os profissionais devem ser capazes de administrar a classificação da dor de modo eficaz, com o intuito de que a dor sentida seja tratada através da melhor estratégia, com base em provas e, consequentemente, melhorando a qualidade de vida do doente. Ainda segundo os autores, a forma mais convencional de classificar a

dor é usando o fator temporal, dividindo a dor em “aguda” ou “crónica”. (Duarte et al., 2022).

Também segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), a dor pode ser classificada em aguda e em crónica. A dor aguda é considerada uma dor que, até certa medida, pode ter efeitos positivos no organismo, constituindo-se como um sinal de alerta para a ocorrência de um determinado problema de saúde, como por exemplo um traumatismo, uma queimadura, uma úlcera gástrica, etc. A dor crónica, por sua vez, é normalmente definida como uma dor persistente ou frequente durante, pelo menos, um período de 3 a 6 meses, persistindo muitas vezes depois da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente (APED, s.d.). De acordo com Duarte et al. (2022), a dor aguda – chamada por vezes, também, de dor “boa”- é considerada nociceptiva, já que está associada com a ativação dos nociceptores quando ocorre uma lesão nos tecidos. Assim, a dor aguda tem como objetivo primordial alertar o corpo para a lesão dos tecidos e, alguns dos exemplos deste tipo de dor são a dor pós-operatória, o traumatismo e a lombalgia aguda. Por norma, a dor aguda desaparece ao fim de algum tempo, quando o tecido regenera. Não obstante, quando é mal gerida, a dor aguda pode transformar-se em dor crónica (Duarte et al., 2022).

A dor crónica, por sua vez, é considerada uma dor persistente ou intermitente, que persiste durante um longo período de tempo – na maioria das vezes, entre 3 a 6 meses. (Duarte et al., 2022).

Assim, a dor crónica é definida como uma “dor prolongada no tempo, normalmente de difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas” (OE, 2008, p. 25). A dor crónica é uma das principais fontes de sofrimento, que compromete o funcionamento diário da pessoa e vem frequentemente acompanhada de angústia. Nas síndromes de dor crónica, a dor pode ser a única ou a principal queixa e requer tratamento e cuidados especiais (Treede et al., 2019).

A dor crónica pode apresentar-se sob muitas formas distintas e manifestar-se em todo o corpo. Os tipos mais comuns de dor crónica incluem: artrite ou dor nas articulações; dores musculoesqueléticas; dores originadas por um tumor; dores de cabeça (incluindo enxaquecas); dor neurogénica, provocada por lesões nos nervos ou noutras partes do sistema nervoso (Cleveland Clinic, 2021).

A maioria dos pacientes que sofrem de dor crónica queixa-se de mais do que um tipo de dor. Por exemplo, um paciente com dor crónica nas costas pode também ter fibromialgia (Dydyk & Conermann, 2022). Num estudo efetuado por Desai et al. (2020), a dor crónica apareceu associada a condições médicas (hipertensão, diabetes *mellitus*, tuberculose, artrite e outras doenças médicas) e de saúde mental (perturbações depressivas, perturbações de ansiedade e dependência do tabaco). Foi igualmente verificado nesse estudo que a dor crónica era uma doença comum entre os utentes dos cuidados primários, associada a uma carga significativa de comorbilidade médica e de saúde mental (Desai et al., 2020). Num estudo efetuado por Foley et al. (2021), os utentes com dor crónica apresentaram percentagens significativamente elevadas de consultas médicas e de internamentos hospitalares de custo elevado, bem como de consultas de diagnóstico por imagem. Tais resultados levaram os autores a concluir que as pessoas diagnosticadas com dor crónica tinham maior prevalência de comorbilidades e utilizavam significativamente mais serviços de saúde (Foley et al., 2021).

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

É ainda de salientar o conceito de dor irruptiva, que é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2028) como uma exacerbação transitória da dor crónica controlada.

Existe uma grande variabilidade na perceção e expressão da dor, face a uma mesma estimulação dolorosa. Segundo refere a DGS “se por um lado a dor aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a dor crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, revoltosa, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes.” (DGS, 2003, p.4).

Dydyk e Conermann (2022) referem que existem diversas tipologias e classes de dor, incluindo a neuropática, a nociceptiva, a musculoesquelética, a inflamatória, a psicogénica e a mecânica. Dentro da dor neuropática inclui-se: a dor neuropática periférica, como é o caso da nevralgia herpética ou da neuropatia diabética; e a dor neuropática central – resultante de acidente vascular cerebral (AVC). A dor nociceptiva, tal como já mencionado, é aquela que resulta de lesões reais nos tecidos (p. ex.: queimaduras,

contusões, entorses). Exemplos da dor musculoesquelética incluem a dor nas costas e a dor miofascial. Exemplos da dor inflamatória incluem as dores provocadas por doenças autoimunes (p. ex.: artrite reumatoide) e a dor resultante de infecção. Dentro da dor psicogénica, isto é, da dor causada por problemas psicológicos ou de origem emocional, incluem-se as dores de cabeça e as dores abdominais. Por fim, dentro da dor mecânica incluem-se as dores de tumores malignos em expansão (Dydyk & Conermann, 2022).

2. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, uma vez que ele assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde. É o caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos. Nas intervenções autónomas, podemos destacar as intervenções não farmacológicas. Estas adquirem um papel importante no alívio da dor, conforto do doente e mesmo na redução da utilização dos opióides. Estas intervenções poderão ser utilizadas como adjuvantes ao tratamento farmacológico (Decreto-Lei n.º 161/96).

No contexto do SU, o enfermeiro adquire um papel de destaque, no sentido de promover e intervir no controlo da dor, com vista a melhorar a qualidade de vida do paciente e tendo em conta que um dos principais motivos que leva a pessoa a procurar o SU é a dor. Assim, o enfermeiro do SU deve promover boas práticas no âmbito da gestão da dor, desde a sua correta identificação, avaliação inicial, intervenção, documentação e reavaliação sistemática (António, 2017).

Conforme referido por Silva (2017), no âmbito do processo de cuidados de enfermagem, é importante que a dor seja sistematicamente avaliada e registada, possibilitando, assim, uma intervenção precoce e personalizada ao paciente, contribuindo para a promoção do bem-estar deste e para a qualidade dos cuidados.

Avaliar e controlar a dor torna-se uma obrigação moral e ética dos enfermeiros. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 7) “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”. Os princípios da beneficência e da não maleficência obrigam os profissionais de saúde a participar ativamente no sentido de proporcionar uma dor controlada a todas as pessoas doentes, incluindo aqueles que se encontram vulneráveis e incapazes de responder por si próprios (Herr, 2006).

Vários estudos foram efetuados no sentido de avaliar as práticas e os fatores que intervêm na gestão da dor em enfermeiros do SU. Analisa-se o estudo de Mota et al. (2020), cujos

resultados mostraram que: a escala de avaliação da dor mais usada pelos enfermeiros do SU foi a de avaliação numérica (88,5%); os enfermeiros com mais experiência de serviço no SU apresentaram maiores lacunas a nível de conhecimento de gestão da dor, sendo que aqueles que na sua maioria tinha uma experiência profissional entre 6 a 10 anos no SU apresentou bons conhecimentos nesse âmbito.

No estudo de Figueira et al. (2022) foi verificado que a avaliação da dor por enfermeiros do SU foi efetuada sobretudo na triagem e em menor grau durante os turnos e após a implementação de medidas farmacológicas. Foi observado, também, que a escala mais usada foi a numérica e que as medidas farmacológicas foram implementadas com muito maior frequência do que as medidas não farmacológicas.

Segundo Oliveira (2019), os enfermeiros que trabalham no SU deparam-se continuamente com diversas barreiras aquando da avaliação e monitorização da dor. No seu estudo foram identificadas as seguintes barreiras ou dificuldades experienciadas por os profissionais: dificuldades por parte do doente na avaliação da dor; dificuldades do doente em compreender a utilidade das escalas da dor; dificuldades comunicacionais (entre doente e profissional de saúde); dificuldades na monitorização da dor em pacientes com défice cognitivo; relutância dos doentes na adesão terapêutica; relutância dos doentes em reportar a dor (avaliação); ausência de guidelines no SU como barreira na monitorização da dor; ausência ou falta de comunicação entre médico e enfermeiro sobre a dor do doente; falta de tempo para adotar medidas não farmacológicas; desvalorização da dor como 5º sinal vital; falta de tempo para a educação em saúde; escassez de medidas não farmacológicas no SU; influência da presença de familiares na avaliação da dor; dificuldades em avaliar e monitorizar a dor em doentes sedados, ventilados ou inconscientes; estrutura e organização do SU.

Na conceção de Pires et al. (2021), a avaliação adequada da dor constituiu o passo fundamental para o desenvolvimento do tratamento eficaz da mesma. Uma vez que a dor é considerada uma experiência de carácter subjetivo, o autorrelato da pessoa continua a ser a medida mais fiável para a dor. No caso de pacientes em estado crítico, existem diversas barreiras que tornam a avaliação da dor um processo complexo. Dentro desses fatores incluem-se a administração de sedativos, o uso de ventilação mecânica, os níveis de consciência alterados, prejudicando a comunicação.

2.1 Medidas para Avaliação da Dor

A avaliação é fundamental para o controlo da dor. Existem vários instrumentos de autoavaliação que podem ser utilizados para monitorizar adequadamente a dor. A DGS, na Circular Normativa nº9, recomenda a utilização de uma escala validada internacionalmente, como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa ou a Escala de Faces. Considera como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde o registo sistemático da intensidade da dor; a utilização de uma escala para mensuração da intensidade da dor; desta forma torna-se necessário que no documento de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços onde se prestam de cuidados de saúde, um espaço próprio para registo da intensidade da dor (DGS, 2003).

Dado o seu carácter subjetivo e multifatorial, a avaliação da dor assume-se como um desafio para os profissionais de saúde. Nas pessoas em situação crítica, este desafio torna-se ainda mais complexo dado que frequentemente se encontram incapazes de comunicar, como resultado de uma alteração do estado de consciência ou dificuldade em falar devido a vários fatores já mencionados anteriormente.

As escalas contemplam indicadores fisiológicos e comportamentais, que são denominadas escalas comportamentais de dor e são um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor em cuidados críticos. O controlo e gestão da dor na pessoa em situação crítica, envolve não só a sua avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas) para o seu tratamento.

De acordo com a OE (2008), no seu Manual de Boas Práticas referentes à dor, a avaliação da dor por parte da enfermagem deve ser feita de modo regular e sistemático, desde o primeiro contacto com o paciente.

Devem ser recolhidos dados sobre a história da dor, tendo em conta os seguintes parâmetros:

- Exame físico;
- Descrição das características da dor, tais como localização; qualidade; intensidade; duração; frequência;
- Modos de comunicação da dor ou expressões de dor;
- Fatores de alívio e fatores intensificadores da dor;

- Estratégias para lidar com a dor;
- Conhecimento/entendimento sobre a doença;
- Impacto da dor (emocional, psicológico, socioeconómico e espiritual);
- Sintomas relacionados;
- Descrição da utilização e dos efeitos das medidas farmacológicas e não farmacológicas.

É importante que o profissional escolha os instrumentos de avaliação da dor em função dos seguintes fatores: tipo de dor; idade; condição clínica; propriedades psicométricas; normas de interpretação; facilidade e simplicidade da aplicação; experiência de utilização em outros contextos; escala de quantificação comparável (OE, 2008).

É igualmente importante garantir que a pessoa/pessoa significativa/cuidador compreende as escalas de autorrelato quando estas são aplicadas, mediante formação. No caso de pacientes com incapacidade de comunicação verbal e/ou alterações cognitivas, bem como de crianças pré-verbais, a avaliação da dor deve ser feita com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, mediante o uso de escalas de heteroavaliação (OE, 2008).

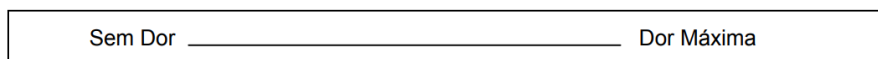
A intensidade da escala deve ser mantida em todas as avaliações, na mesma pessoa, salvo se a condição clínica justificar alterações nesse sentido. A pessoa/família/cuidador deve receber instrução acerca da utilização dos instrumentos de avaliação de dor aplicados, assim como do seu registo. Por fim, é importante garantir a comunicação dos resultados da avaliação aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo quando se verifica transferência para outras áreas de intervenção (OE, 2008).

Batalha (2016) descreveu alguns instrumentos unidimensionais da avaliação da intensidade da dor:

1. Escala Visual Analógica (EVA): trata-se de uma escala de referência na avaliação da dor, podendo ser utilizada a partir dos 6 anos de idade. Avalia a dor persistente e aguda e consiste numa régua com 10 cm com início e fim (sem ancoras). Esta escala deve ser usada da seguinte forma: i) respeitar a apresentação da régua, sendo que a vertical é para adultos e a horizontal para crianças; ii) definir as extremidades através da deslocação do cursor durante a explicação com uso de termos neutros e sem fazer menção ao passado ou à imaginação; iii) garantir a compreensão por parte do paciente; iv) questionar ao paciente sobre a dor no momento presente (Figura 1).

Figura 1.

Escala EVA da dor

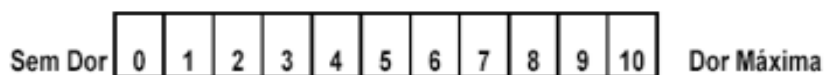


Fonte: DGS (2003)

2. Escala Numérica: existem diversos tipos desta escala, sendo normalmente usada como segunda opção (depois da EVA) para dor aguda ou crónica, dirigida a indivíduos com idade igual ou superior a 8 anos. Pode ser utilizada oralmente ou com recurso a instrumento físico. É uma escala de fácil aplicação, que utiliza números discretos (0,1,2...10). Assim, é solicitado ao paciente que classifique a sua dor de 0 a 10, sendo que 0 indica “ausência de dor” e 10 “dor extrema”. No caso de crianças e pacientes com lacunas a nível de literacia numérica ou alfabetização ou problemas de desenvolvimento, é recomendado utilizar imagens.

Figura 2.

Escala numérica da dor

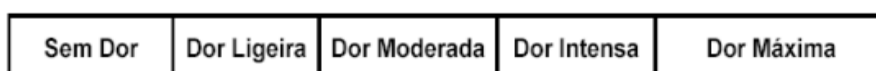


Fonte: Batalha (2016)

3. Escala descritiva ou qualitativa: pode ser utilizada a partir dos 4 anos de idade, mas a sua utilização é comum em idosos. É uma escala de fácil utilização, embora tenha como desvantagens o efeito de memória e o qualificar a dor em detrimento da sua quantificação. De referir que na sua aplicação devem ser utilizados sempre os mesmos conceitos qualificadores de dor: “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa”, e “dor máxima”.

Figura 3.

Escala descritiva ou qualitativa da dor



Fonte: Batalha (2016)

Segundo Pires et al. (2021), a avaliação da dor pode ainda ser realizada através da mnemónica PQRSTU, correspondente aos 6 itens: Precipitantes, Qualidade, Região, Severidade, Timing e Compreensão.

1- Precipitantes: refere-se aos fatores que provocam a dor e também aos agravantes, isto é, aquilo que a pessoa estava a fazer quando surgiu a dor e o que intensifica ou alivia a dor.

2- Qualidade: refere-se ao tipo de dor sentida (p. ex.: aguda, dolorosa, ardente, etc.);

3. Região: local onde a dor está concentrada, sendo normalmente fácil de identificar (exceto em determinadas situações, tais como a dor visceral), podendo ser nomeada ou apontada pela pessoa.

4. Severidade: refere-se à gravidade ou intensidade da dor, podendo ser avaliada mediante várias escalas, nomeadamente a escala numérica.

5. Timing (Tempo): refere-se ao começo, duração e frequência da dor. A sua identificação possibilita averiguar se a origem da dor é aguda ou crónica, bem como a gravidade da situação.

6. Compreensão: perceção ou entendimento do problema por parte da própria pessoa ou experiência cognitiva da dor.

Mackway-Jones et al. (2013) descreveram as vantagens e desvantagens da utilização das escalas de avaliação da dor (Quadro 1).

Quadro 1.

Vantagens e desvantagens do uso das escalas de avaliação da dor

Escalas	Vantagens	Desvantagens
Escalas verbais (numéricas ou qualitativas)	<ul style="list-style-type: none">- Permite obter uma pontuação que é facilmente analisada pelo enfermeiro;- É provável que produza dados fiáveis;- Pode ser adaptada a crianças.	<ul style="list-style-type: none">- A utilização de uma única palavra de uma lista limitada pode não refletir a dor que o paciente está a sentir;- Não é adequada para pacientes que não falam o idioma local;

		- É a avaliação subjetiva do paciente.
Escalas visuais analógicas	- Fácil e rápida de utilizar e pontuar; - Podem ser mais sensíveis do que descritores verbais; - Se utilizadas corretamente, são reprodutíveis e fiáveis.	- Alguns doentes consideram a EVA demasiado abstrata para utilizar, nomeadamente os que sofrem de dores fortes, os que têm menos habilitações literárias ou os que têm uma coordenação motora comprometida. - Os idosos têm alguma dificuldade na utilização destas escalas.

Fonte: Mackway-Jones et al. (2013)

Além das escalas acima mencionadas, Mackway-Jones et al. (2013) referem as *Pain Behaviour Tools* (Escalas de Comportamento perante a Dor), que dizem respeito a ferramentas desenvolvidas com base no princípio de que os pacientes que sofrem de dor, apresentam determinados comportamentos e alterações fisiológicas. Estes instrumentos permitem avaliar: (1) a resposta verbal; (2) a linguagem corporal; (3) a expressão facial; (4) as alterações de comportamento; (5) o nível de consciência; (6) alterações fisiológicas. Existem várias ferramentas diferentes que se baseiam na combinação destes fatores. As *Pain Behaviour Tools* têm como vantagem poderem ser usadas por pacientes com problemas de comunicação. Em termos de desvantagens, são escalas complexas e, por conseguinte, a comparação e a pontuação podem ser mais difíceis. Além disso, a avaliação subjetiva do paciente não é incluída na sua avaliação, sendo que é difícil garantir que só a dor está na base das alterações observadas. Por fim, estas escalas demoram mais tempo a ser aplicadas relativamente às outras, podendo o processo demorar até 15 minutos (Mackway-Jones et al., 2013).

Entre os instrumentos utilizados para a avaliação e gestão da dor no SU por enfermeiros mais utilizados em Portugal, Mota et al. (2020) referiram os seguintes: a Escala de Avaliação Numérica (EAN); a Escala de Faces (EF); a Escala Visual Analógica (EVA); a Régua da Dor; a Escala Qualitativa (EQ); a *Behavioral Pain Scale* (BPS); e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) (Mota et al., 2020).

No estudo de Baptista e Ferreira (2021) os enfermeiros relataram como estratégias de avaliação de dor dos doentes o uso de escalas como a EAN e a EF (com maior incidência nas crianças) e a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e o *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT Scale). No estudo de Figueira et al. (2022), a EAN foi o instrumento mais utilizado pela equipa de enfermagem no SU. Nesse estudo, a dor foi registada no momento da triagem em 39,05% dos episódios. No momento da triagem 26,66 % das pessoas referiram dor ligeira, 3,80 % dor moderada e 0,95 % dor severa. Dos restantes 60,95 % dos episódios em que não foi registada dor, 11,43 % referiram-se a pessoas triadas pelo fluxograma branco, em que por definição não é possível registar na queixa a avaliação de dor (Figueira et al., 2022).

Segundo Karcioğlu et al. (2018), a EAN permite obter dados facilmente registáveis e intuitivamente interpretáveis, que cumprem os critérios normativos para a avaliação e registo da dor. Mesmo na fase caótica pré-hospitalar, esta escala numérica permite uma avaliação fiável, respeitando os níveis de dor dos doentes. Além disso, as dificuldades mínimas de tradução linguística apoiam a utilização da EAN em várias culturas e línguas (Karcioğlu et al., 2018).

A EVA, um dos instrumentos mais usados para avaliar a gravidade da dor e o grau do alívio da dor no SU, é fácil de utilizar, dispensando a utilização de aparelhos sofisticados. É, igualmente, um instrumento muito sensível na identificação dos resultados do tratamento e os seus resultados podem ser analisados através de testes paramétricos. Apesar de este instrumento ser adequado para utilização em crianças mais velhas e adultos, a necessidade de uma marcação e de se poder visualizar e marcar a linha, pode tornar a utilização da EVA pouco prática em situações de emergência. Por outro lado, a maioria dos especialistas acredita que a EVA oferece poucas vantagens práticas em relação aos relatórios verbais na prática clínica (Karcioğlu et al., 2018).

De acordo com Mackway-Jones et al. (2013), a ferramenta ideal para se utilizar num serviço de urgência deve ser simples e rápida de utilizar, deve ter sido validada e permitir obter resultados fiáveis e reproduzíveis, os quais devem ter em conta quer os dados do

paciente como os do observador. Assim, para estes autores, a ferramenta ideal deve: avaliar a intensidade da dor e os seus efeitos sobre a função normativa da pessoa; combinar o uso de descritores verbais e uma escala analógica visual; ser rápida e fácil de usar; promover o diálogo entre o enfermeiro e o paciente, encorajando este último a sentir que a sua dor está a ser levada a sério; gerar uma classificação que facilita a sua avaliação; gerar resultados rápidos e fáceis de registar; ser facilmente adaptado para utilização em crianças (Mackway-Jones et al. 2013).

2.2 Fatores que influenciam a sensação de dor

Tal como anteriormente mencionado, existem muitos fatores que interferem na dor. Diversos estudos, em múltiplos contextos têm sido efetuados no sentido de perceber melhor quais são esses fatores. Analisa-se o estudo de Joel et al. (2015) que teve como objetivo analisar os fatores que influenciam a perceção da dor em pacientes que frequentavam um centro de dor e uma unidade de cuidados paliativos. A população era composta por pacientes com doenças terminais como cancro, vírus da imunodeficiência humana (HIV), insuficiência cardíaca e renal graves, entre outras, que apresentavam dor e compareciam à unidade para tratamento e acompanhamento. Os resultados desse estudo mostraram, então, que o nível de consciência, a idade, a escolaridade e as práticas culturais tiveram influência significativa na perceção de dor desses pacientes.

O estudo de revisão de literatura de Quintanilla e Vásquez (2019), acerca dos fatores que interferem na dor musculoesquelética, reporta os seguintes:

- Cognitivo-afetivos: pessoas com perturbações cognitivo-afetivas, tais como problemas comportamentais, emocionais, consumo de álcool e perturbação do sono, descrevem a dor, de um modo geral, mais intensa e em mais que uma parte do corpo, além de relatarem maior limitação nas suas atividades diárias;
- Depressão e ansiedade: estas perturbações têm sido associadas ao aumento da dor e a uma pior qualidade de vida;
- Neuroticismo e perceção de stress: têm sido associadas com relatos de dor mais intensa;
- Fatores sociais: dentro destes fatores, as pesquisas têm-se focado no estudo da relação entre o ambiente de trabalho e a dor.
- Relações interpessoais e suporte social: o fraco apoio social, sobretudo no trabalho, tem sido associado a níveis mais elevados de dor musculoesquelética, sobretudo em mulheres.

Por sua vez, uma reduzida participação social tem sido associada ao aumento significativo de dores, bem como conflitos familiares, desigualdade de género e insatisfação laboral.

- Fatores culturais: dentro destes incluem-se o nível socioeconómico (NSE) que apareceu, em alguns estudos, relacionado com a dor.

Shankland (2011), no seu estudo, identificou oito fatores que influenciam o comportamento na dor: Relação do doente com o profissional; Género; Família; Etnia e cultura; Experiências anteriores; Idade; Emocional/psicológico e a Genética.

Para melhor entendimento, esses fatores são descritos no quadro que se segue (Quadro 2).

Quadro 2.

Fatores que influenciam o comportamento da pessoa com dor

Relação Profissional/paciente	Se o paciente confiar no médico, enfermeiro, terapeuta ou outro profissional de saúde que o está a assistir, as reações à dor por parte deste podem ser bem diferentes dos casos em que não existe uma relação de confiança. O profissional de saúde pode desenvolver e melhorar essa relação de confiança com o paciente através do desenvolvimento das suas competências interpessoais (p. ex.: comunicação interpessoal, empatia, etc.).
Género	O género feminino parece ter uma maior tolerância à dor em relação ao género masculino.
Família	A aprovação e o apoio familiar influenciam em grande medida a forma como um paciente percebe e reage à dor.
Etnia e cultura	Apesar de não haver diferenças étnicas ou culturais na capacidade de se discriminar estímulos dolorosos agudos, existem diferenças na interpretação de tais estímulos e, por conseguinte, no comportamento de dor manifestado. As reações fisiológicas, emocionais, psicológicas e até espirituais à dor e ao sofrimento podem ser parcialmente determinadas culturalmente. Aqui incluem-se as crenças religiosas e a espiritualidade.
Experiências anteriores	As experiências anteriores podem influenciar bastante o comportamento de dor, tanto anatomicamente como psicologicamente. Por exemplo, uma representação mental de eventos dolorosos depende muito de informações de experiências passadas.
Idade	As pessoas parecem sentir mais dor com o aumento da idade.

Emocional/ psicológico	O medo, a ansiedade, as perturbações do sono e outras perturbações emocionais e psicológicas podem condicionar a forma como o paciente percebe e reage à dor. Por exemplo, pacientes ansiosos podem reagir de forma mais exagerada à dor.
Genética	A constituição genética da pessoa pode influenciar a forma como a dor é percebida.

Fonte: Shankland (2011).

3. AVALIAÇÃO DA DOR EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA: TRIAGEM DE MANCHESTER

Os Serviços de Urgência (SU) são considerados como que a porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde. Sendo grande consumidor de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros Serviços de Ação Médica, do Ambulatório e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

O SU é, frequentemente, a linha da frente no que concerne ao contacto do paciente com o serviço de saúde, observando-se uma afluência cada vez maior e um aumento das exigências de qualidade em simultâneo com a redução de custos. Os SU caracterizam-se, normalmente, por ambientes de trabalho caóticos, com uma carga de trabalho bastante elevada (Brazão et al., 2016).

A dor é um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde no SU e, nesse contexto, os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção e intervenção no controlo da dor, uma vez que são profissionais que detêm uma relação privilegiada com os pacientes (Figueira et al., 2022).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (2015) o Serviço de Urgência tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. Os SU são estruturas físicas organizadas, com recursos materiais e humanos disponíveis para cuidar de pessoas em situações urgentes e emergentes, através de cuidados eficazes, eficientes e equitativos (DGS, 2001b).

O Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto considera três tipologias de serviço de urgência, organizadas por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta. A primeira denominada por serviço de urgência básico (SUB) são o primeiro nível de resposta a situações de urgência, com maior proximidade da população, constituindo um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência. Segue-se a segunda tipologia designada por serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em articulação com os outros dois níveis de resposta. Deste modo, promove apoio diferenciado à rede de SUB e referencia para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, conforme

definido nas redes de referência. Por último temos o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) definido como o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência. Esta valência deve estar assegurada a uma distância temporal de acesso de 60 minutos, no máximo, entre qualquer local do território nacional e um SUMC ou SUP.

A dor é um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde, sendo que os Serviços de Urgência recebem diariamente um número extremamente elevado de pessoas com dor, associada ou não a um fator específico (DGS, 2008a). De forma geral o primeiro contato da pessoa com dor com um profissional de saúde é no momento da triagem.

A dor, e em especial a dor aguda é um dos principais motivos de procura pelos serviços de saúde, em específico o SU, sendo que as dores intensas são as mais prevalentes nas queixas relatadas por pacientes (Coelho & Pereira, 2017).

O acesso em massa dos doentes ao SU, quer sejam urgentes ou não, é uma realidade cada vez mais presente, que resulta numa sobrecarga dos serviços. Esta sobrecarga ou sobrelotação no SU traz consigo efeitos negativos, tais como o atraso no atendimento dos pacientes que necessitam de atenção médica imediata, dando prioridade a outros doentes que não necessitam desse tipo de cuidados urgentes. De modo a solucionar esse problema, os hospitais têm instituído sistemas de triagem, cuja finalidade é identificar os doentes que precisam de atendimento urgente, garantindo-lhes um atendimento rápido (Cabrera, 2017). Segundo Mackway-Jones et al., (2013) a triagem é uma parte essencial da gestão do risco clínico em todos os serviços quando a carga de trabalho excede a disponibilidade clínica. A Triagem de Emergência promulga um sistema que fornece um método ensinável e auditável de atribuição de prioridade clínica em ambientes de emergência. Não foi concebida para avaliar se os doentes se encontram adequadamente no contexto das urgências, mas para garantir que aqueles que necessitam de cuidados os recebem rapidamente de forma adequada. Pode ser utilizada para monitorizar os cuidados e para sinalizar fluxos de cuidados - estes serão determinados pela oferta local e pela disponibilidade efetiva (Mackway-Jones et al., 2013).

Dentro dos grandes modelos de escalas de triagem hospitalar usados a nível mundial, incluem-se os seguintes: a *Australasian Triage Scale*, a *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), a *Emergency Severity Index* (ESI) e a *Manchester Triage System* ou sistema de triagem de Manchester (MTS) (Silva, 2009 citado por Carvalho, 2016). Cada país utiliza a escala de triagem que considera ser mais adequada à sua população, sendo que em Portugal, a mais utilizada é o sistema de triagem de Manchester (Carvalho, 2016).

O Protocolo de Triagem de Manchester foi desenvolvido na década de 90, em Manchester (Reino Unido), com o objetivo primordial de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros no SU, com o intuito de criar normas de triagem com base na determinação do risco clínico (GPT, 2010).

O sistema de triagem de Manchester permite a identificação prioritária clínica, bem como a determinação do tempo adequado até à observação médica, tanto em situações de funcionamento normativo do SU como em situações catastróficas. De um modo geral, a sua metodologia consiste em registar a queixa inicial do utente e seguir o respetivo fluxo de decisão. O sistema de triagem de Manchester possui 52 fluxogramas para os diversos problemas manifestados, sendo que sete deles são específicos para crianças e dois para situações de catástrofe. Tendo como base a queixa inicial do paciente, segue-se a seleção do fluxograma mais adequado à situação apresentada (Costa et al., 2022). De um modo geral, o método de triagem de Manchester, tal como qualquer outro, não tem como objetivo estabelecer um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica baseada na identificação dos problemas (GPT, 2010).

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

Segundo o Grupo Português de Triagem (GPT, 2010), a Triagem é um protocolo de classificação de prioridades, existente nos SU, tem como objetivo priorizar o doente quanto ao risco clínico, estabelecendo uma prioridade no seu atendimento. Esta avaliação é feita segundo as queixas apresentadas, os sinais e sintomas exibidos pelo doente.

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

A tomada de decisão envolve cinco passos: identificação do problema, colheita e análise das informações, avaliação das alternativas e seleção de uma delas para implementação, implementação da alternativa selecionada e monitorização e avaliação dos resultados. Com isto pretende-se definir o nível de prioridade, identificando os critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada (GTP, 2010). A tomada de decisão é uma parte

fundamental e indissociável da prática médica e de enfermagem, que requer reflexão e intuição baseados em conhecimentos e competências profissionais. Neste âmbito, espera-se que os clínicos utilizem as informações que recolhem dos doentes e avaliem criticamente as suas ações em função da sua decisão (Mackway-Jones et al., 2013). Este método consiste em identificar a principal queixa do doente devemos escolher o fluxograma mais adequado de entre os 52 existentes, passando á recolha e análise de mais informação para que seja selecionado o discriminador. Estes estão presentes sob a forma de questões, sendo que a avaliação é efetivada quando é encontrado o grau mais elevado de resposta positiva à pergunta do discriminador, sendo automaticamente atribuída uma prioridade. Os discriminadores iniciais permitem determinar as prioridades mais elevadas. A utilização deste protocolo permite a atribuição de cinco prioridades, com designação, cor e tempo alvo respetivos, como colocado no seguinte quadro (GPT, 2010). Os discriminadores são fatores que discriminam os pacientes de modo a possibilitar a sua alocação a uma das cinco prioridades clínicas, que podem ser gerais ou específicas. Os gerais aplicam-se a todos os pacientes, independentemente da sua situação e levarão o profissional a atribuir a mesma prioridade clínica. Os discriminadores específicos, por sua vez, são aplicáveis a situações individuais ou a pequenos grupos, e tendem a relacionar-se com características-chave de condições particulares. Assim enquanto a dor intensa é um discriminador geral, a dor cardíaca e a dor pleurítica são são discriminadores específicos. A compreensão correta dos discriminadores é fundamental para a realização adequada do processo de triagem (Mackway-Jones et al., 2013).

Do ponto de vista dos pacientes, a dor é um fator importante na determinação da prioridade clínica e, por conseguinte, é utilizada como discriminador geral nos fluxogramas. Em termos gerais, o discriminador dor emergente (vermelho), implica uma dor insuportável e, por esse motivo, é mais urgente; enquanto o discriminador amarelo refere-se a uma dor suportável, mas intensa (Mackway-Jones et al., 2013). No quadro 3 apresenta-se o protocolo efetuado na triagem para atribuição de prioridades de atendimento no SU.

Quadro 3. *Protocolo na Triage para atribuição de prioridades de atendimento no serviço de urgência*

Número	Nome	Questões	Cor	Tempo-Alvo
1	Emergente	Compromisso da via aérea? Respiração ineficaz? Choque? Criança que não responde? Convulsão atual?	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Grande hemorragia incontrolável? Alteração do estado de consciência de novo? Criança muito quente? Adulto muito quente? Dor severa? Convulsão atual?	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Pequena hemorragia incontrolável? História inapropriada? Vômitos persistentes? Adulto quente? Criança quente? Dor moderada?	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Subfebril? Vômitos? Dor ligeira (menos de 7 dias)? Problema recente?	Verde	120 minutos
5	Não urgente	N/A	Azul	240 minutos

Fonte: GPT (2010)

A cor vermelha indica que a pessoa necessita de atendimento imediato; a cor laranja, que a pessoa necessita de atendimento praticamente imediato; a cor amarela, que a pessoa necessita de atendimento rápido, embora possa aguardar; a cor verde indica que a pessoa pode aguardar atendimento ou ser encaminhada para outros serviços de saúde; e, a cor azul indica, tal como a cor verde, que a pessoa pode aguardar atendimento ou ser encaminhada (GPT, 2010).

Este protocolo determina uma avaliação inicial da dor quanto à sua intensidade, não prevendo, no entanto, reavaliações posteriores. Apesar da pouca informação disponível sobre a dor sentida pelos doentes, faz parte deste protocolo a avaliação da dor como questão importante por várias razões:

“A maior parte dos doentes que vem às urgências sente qualquer grau de dor. O grau de dor influencia a prioridade. A gestão adequada da dor é um critério-chave para a satisfação do doente. O doente com dor pode tornar-se agitado e agressivo. O doente com dor é uma fonte de desestabilização para o pessoal e para os outros doentes. Por parte do doente há a expectativa de que a sua dor seja tratada” (GPT, 2010, p. 43).

A avaliação da dor é parte integrante do processo de triagem. A maioria das pessoas que se dirigem ao SU sentem dor, sendo que a sua intensidade e demais características terão influência na prioridade de triagem atribuída. No protocolo de triagem de Manchester, há fluxogramas para os quais a dor é queixa principal e simultaneamente discriminador de atribuição de prioridade elevada sendo estes: Cefaleia, Dor abdominal, Dor Lombar e Dor Torácica. Nestes a dor assume papel influente na avaliação do risco e atribuição de prioridade: dor severa (prioridade laranja – muito urgente) ou dor moderada (prioridade amarela – urgente).

Para este efeito é avaliada a dor através de uma escala, unidimensional, avaliando a intensidade, e os seus efeitos na atividade física da vida quotidiana e estado emocional da pessoa, através da régua da dor. Esta consiste numa escala entre 0 e 10 níveis de dor, em que o 0 significa “sem dor” e o 10 a “pior dor” já sentida pelo doente. Para efeitos de registo é considerado dor ligeira entre 1-4 (Pouco urgente), dor moderada entre 5-7 (urgente) e dor severa entre 8-10 (muito urgente) (GPT, 2010).

Por toda a complexidade desta temática, a avaliação da dor em contexto de urgência é um processo que exige treino e perícia, existindo restrições especiais neste ambiente, que refletem a natureza da urgência da situação de saúde da pessoa e a falta de tempo para a avaliação, sendo fundamental uma inclusão precisa da dor numa das categorias, a fim de

serem prestados cuidados atempados. É importante que os profissionais tenham ponderação fatores que influenciam a pessoa na sua percepção e comunicação da dor, como a idade, experiência prévia de dor, cultura, ansiedade, interrupção das atividades normais da pessoa, estado consciência, antecedentes pessoais, dificuldades na comunicação verbal, entre outras. Por outro lado, outra dificuldade é sentida pelo facto das pessoas poderem sentir-se pressionadas a dizer que têm dor para justificar a sua ida ao Serviço de Urgência, ou que a sua intensidade é mais elevada para serem classificados com uma prioridade superior, que implicitamente resultaria num tratamento mais rápido. Há ainda referência a que a pessoa com dor pode tornar-se agitada e agressiva e constituir-se como uma fonte de destabilização para os profissionais e outros utentes. (GPT, 2010). De acordo com Coelho e Pereira (2017), a atuação do enfermeiro do SU na gestão da dor deve pautar-se por: classificar o risco; prestar uma assistência humanizada; planear intervenções adequadas; e possuir conhecimento técnico e científico.

Segundo Mackway-Jones et al., (2013), o enfermeiro da triagem deve ter em consideração uma série de fatores que condicionam a percepção que o paciente tem a sua dor, nomeadamente:

(1) Idade – as crianças, por exemplo, podem imaginar o pior resultado da sua dor, utilizando, muitas vezes, o pensamento catastrófico, o que aumenta a sua ansiedade e o medo e, conseqüentemente, a sua percepção da dor. No caso de pessoas idosas, que sofrem de diversos problemas de dor, podem considerar um nível de dor significativo como sendo normal. Assim, é importante que o enfermeiro possua competências adequadas ao nível da avaliação da dor, reconhecendo os pacientes cuja idade interfere na avaliação da dor e percebendo como é que isso pode ser ultrapassado.

(2) Experiências anteriores de dor – muitos pacientes são condicionados pelas suas experiências passadas de dor, podendo comparar a dor atual com episódios anteriores mais ou menos graves. Então, o enfermeiro deve saber reconhecer se o paciente já teve uma dor semelhante anteriormente e apurar o que esta difere da atual dor sentida. Também deve procurar saber como é que o paciente lidou com a dor antes.

(3) Cultura - o comportamento perante a doença e, conseqüentemente, perante a dor, tem uma componente cultural forte e, em virtude das diferentes influências culturais e sociais, nem todos os indivíduos exprimem a dor do mesmo modo. O comportamento de dor continua a ser reforçado ao longo da vida pelo grupo social a que o indivíduo pertence. Este facto identifica uma dificuldade particular em confiar em ferramentas de avaliação

que consideram apenas a avaliação subjetiva do paciente (ou do enfermeiro). Como tal, é importante que o enfermeiro saiba reconhecer a sua própria cultura e a do paciente e como é que isso afeta a percepção da dor deste, bem como a sua própria interpretação.

(4) Ansiedade - existe uma associação entre níveis elevados de ansiedade e uma pontuação elevada de dor. Os pacientes podem sentir-se ansiosos por uma grande variedade de razões (p. ex.: podem estar preocupados pelo efeito da doença). Há vantagens consideráveis em abordar a dor do doente na triagem, na medida em que paciente vê, logo na primeira oportunidade, que a sua dor está a ser levada a sério. A tranquilização e a explicação do enfermeiro da triagem nesta altura podem contribuir para reduzir efetivamente o nível de dor. Portanto, é importante que o enfermeiro saiba identificar o nível de ansiedade do paciente, o que está a causar essa ansiedade e de que forma isso afeta o paciente.

(5) Interrupção das atividades quotidianas do paciente – qualquer indivíduo funciona num nível que ele considera normativo e, a dor pode destruir a capacidade deste atuar nesse nível, o que tem impacto no seu bem-estar físico, mental e emocional, bem como na sua situação financeira e na sua posição na sociedade. Assim, a percepção do paciente sobre a sua dor será influenciada pela forma como a dor o impossibilitará de funcionar normalmente. Contudo, poderá não ser possível avaliar de imediato e de forma concreta o nível de interrupção de funcionamento das atividades. Porém, o enfermeiro pode ajudar o paciente a se focar no efeito da dor, colocando perguntas pertinentes, tais como “De que forma a dor o impede de comer/ beber/ dormir/ respirar corretamente?” ou “Em que medida a dor o impede de trabalhar/ estudar normalmente?”. Se o paciente classificar a sua dor em “10”, sendo que, no entanto, consegue realizar todas as suas atividades de forma normal, o enfermeiro deve considerar outros fatores que podem estar a influenciar a avaliação do paciente sobre a dor.

(6) Outras considerações – alguns pacientes podem não conseguir participar do processo de avaliação da sua dor por vários motivos, tais como confusão mental, dificuldades de aprendizagem, angústia extrema ou falta de compreensão do idioma. Portanto, o enfermeiro deve considerar cada paciente como um indivíduo e pensar em outras ferramentas que poderá usar para fazer a avaliação da dor. É importante que o enfermeiro reconheça que cada avaliação é única e que não existe uma ferramenta apropriada para cada paciente. Como tal, ele deve pensar em outros métodos de avaliação de dor mais apropriados em função do paciente.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

O método científico consiste num sistema de regras e processos no qual se baseia a investigação. É um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Quando baseada na prática profissional e nos problemas sentidos, acaba por produzir conhecimento na tentativa de diminuir as lacunas existentes (Fortin, 2009).

A metodologia é a explicação detalhada de toda ação a desenvolver durante o trabalho de pesquisa. É essencial descrever os procedimentos a serem seguidos e a sua organização vária de acordo com a especificidade dessa mesma pesquisa. Assim, deve ser escolhida em função dos objetivos de investigação, dos resultados esperados e do tipo de análise que se deseja efetuar.

Neste capítulo, serão apresentados os métodos e técnicas utilizadas na pesquisa realizada, bem como os procedimentos adotados para garantir a validade e a confiabilidade dos dados obtidos. Além disso, serão examinados os aspetos envolvidos no processo de pesquisa, que devem ser observados para assegurar a integridade dos participantes e a confiança do estudo.

1.1. Tipo de estudo

Com base nos objetivos delineados, foi realizado um estudo epidemiológico descritivo transversal correlacional, de carácter quantitativo. O modelo de investigação quantitativo é caracterizado, entre outros, por: utilizar como instrumentos de recolha de dados o questionário, com escalas de Likert; usar como procedimentos de análise de dados a estatística descritiva e inferencial, mediante programas como o SPSS, o Excel, o R, etc.; e por recorrer a tabelas em formato numérico, gráficos e/ou figuras na apresentação dos dados como forma de resumir a informação e facilitar a compreensão da mesma (Hameed, 2020).

Os estudos epidemiológicos têm como propósito compreender que fatores de risco estão relacionados a uma doença ou condição específica e como esta pode ser prevenida em determinados grupos de indivíduos. Os estudos epidemiológicos podem ser utilizados por várias razões, tais como para avaliar a frequência de uma doença e encontrar associações que indiquem possíveis causas de uma doença. A epidemiologia é essencialmente

multidisciplinar e utiliza conhecimentos da biologia, sociologia, estatística e outros domínios (Stram, 2014).

Este estudo apresenta um carácter descritivo, uma vez que se destina a descrever a distribuição de uma ou mais variáveis, sem ter em conta qualquer hipótese de causa ou outra (Aggarwal & Ranganathan, 2019). De acordo com Omair (2016), os estudos descritivos são úteis para descrever de forma simples as características desejadas da amostra que está a ser estudada. Por exemplo, são úteis para identificar os fatores de risco que podem estar associados a uma doença. Os estudos descritivos podem, também, gerar hipóteses sobre os prováveis fatores de risco de uma doença, muito embora não possam ser utilizados para testar a hipótese de a doença estar realmente associada ao fator de risco (Omair, 2016).

Os estudos correlacionais verificam a existência de relação entre duas ou mais variáveis quantificáveis, mas não estabelece uma relação “causa-efeito”. Esta relação pode ser útil para a previsão do valor de uma a partir do valor da outra (Fortin, 2003).

É importante notar que, embora seja um estudo epidemiológico, ele concentra-se apenas em uma análise descritiva dos dados existentes e não em uma investigação de possíveis fatores de risco ou determinantes da dor. Portanto, pode ser classificado como um estudo epidemiológico descritivo.

1.2. População e amostra

O estudo foi desenvolvido em dois serviços de urgência (básica e médico-cirúrgica) de duas unidades hospitalares que integram um Centro Hospitalar da região centro de Portugal.

A população-alvo do presente estudo são os doentes que recorreram aos dois serviços de Urgência referidos anteriormente, durante o período de um ano, entre janeiro e dezembro de 2022, sendo 139149 situações de admissão em urgência.

A nossa amostragem foi não probabilística intencional pois irão ser selecionados os utentes segundo as características que pretendemos para o estudo. Para constituição da amostra, foram então selecionados os processos dos doentes adultos, com idade superior a 18 anos que recorreram aos Serviços de Urgência básica e urgência geral médico-cirúrgica com queixas de dor, durante a triagem de Manchester, sendo estes aspetos os

critérios de inclusão. Assim a amostra foi constituída por 84309 utentes que recorreram aos serviços de urgência com queixas de dor e com idade superior a 18 anos.

1.3. Instrumento de recolha de dados e variáveis do estudo

A construção e/ou a seleção dos instrumentos de colheita de dados é extremamente importante para o sucesso de qualquer investigação, devendo conter todos os aspetos referentes aos dados a obter para dar resposta aos objetivos do estudo.

Como neste estudo se vai efetuar uma análise documental, optou-se pela construção de um formulário/guião onde constam aspetos referentes às variáveis em estudo, operacionalizadas (apêndice I), nomeadamente relacionadas com as características sociodemográficas do utente triado pelo sistema de Manchester, bem como com as características da dor.

Relativamente ao utente, como características sociodemográficas foram apurados apenas dados sobre o sexo e a idade. No que diz respeito às características da dor, foram recolhidos dados como Localização da Dor, Fluxograma utilizado, Discriminador utilizado, Prioridade de gravidade e Intensidade da dor. Estas variáveis são conseguidas pela consulta da informação dada pela plataforma da triagem de Manchester realizada em cada episódio de urgência.

1.4. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

No presente estudo foi feita uma análise documental, presentes nos processos de utentes atendidos no período de janeiro a dezembro de 2022 nos serviços de urgências, os quais constam na plataforma do serviço, com os dados clínicos registados pelos enfermeiros que efetuaram a Triagem de Manchester.

Qualquer investigação que envolve seres humanos levanta questões morais e éticas. Pretende-se que ao longo de todo o processo de investigação sejam respeitados os princípios éticos de anonimato dos dados, sendo estes exclusivamente usados para os fins da investigação, garantindo que toda a informação recolhida será tratada de forma rigorosamente confidencial.

De forma a cumprir os pressupostos formais e éticos inerentes à realização do estudo, após aprovado em comissão de ética do Instituto Politécnico de Bragança, foi efetuado um

pedido de autorização formal dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Centro de Portugal, acompanhado do projeto de investigação. Neste sentido foram preenchidos pedidos específicos e protocolados pela comissão de ética do Centro Hospitalar Baixo Vouga, a fim de ser aprovada a execução do presente estudo em colaboração com o Serviço Formação - Investigação e o gabinete de Controlo de Gestão. Os pedidos solicitados intitulados, de Acordo tipo de parceria no tratamento de dados pessoais, Avaliação de impacto sobre a proteção de dados modelo para a investigação clínica, Pedido de apreciação e parecer, Pedido de autorização realização de investigação, Pedido de declaração realização de investigação dirigido a cada serviço de urgência e Acordo tipo de parceria no tratamento de dados pessoais. No anexo I consta o documento comprovativo com o parecer aprovado para a realização do estudo proposto. Após este procedimento, foram solicitados ao gabinete de controlo e gestão os dados pseudo-anonimizados, enviados em formato Excel, a fim de serem tratados e dar resposta ao objetivos do trabalho proposto.

Por fim pretendemos ainda salvaguardar os pressupostos da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina e da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

A investigadora, bem como a sua orientadora científica, não consideraram existir qualquer risco para os intervenientes.

Serão identificados os processos de todos os utentes com referência de dor, os quais serão analisados quanto aos dados considerados no guião, a fim de recolher e analisar as informações sobre o utente e sobre a dor avaliada e registada pelos enfermeiros no momento da triagem de Manchester, de acordo com os objetivos do estudo. Serão consultados todos os processos existentes, mesmo que não contenham todos os registos dos dados que pretendemos obter.

1.5. Procedimentos de análise dos dados

De acordo com Kaur et al. (2018), a análise de dados descritiva são uma parte essencial da análise inicial dos dados e fornecem a base para se comparar variáveis com testes estatísticos inferenciais. As análises de estatística descritiva são usadas para resumir os dados de modo organizado, descrevendo a relação entre as variáveis numa amostra ou população. Uma vez que este tipo de análises condensa os dados num resumo mais

simples, permite que os decisores em matéria de cuidados de saúde avaliem populações específicas de uma forma mais fácil de gerir (Kaur et al., 2018).

Para sistematizar e analisar a informação fornecida pelos dados, recorreremos, então, à estatística descritiva. Esta torna mais fácil a síntese da informação numérica de forma estruturada, com o intuito de se obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra.

As técnicas estatísticas a utilizar foram os cálculos de frequências absolutas e relativas, e tabelas de cruzamento. Foi utilizado o teste de independência do qui-quadrado de modo a inferir sobre potenciais associações entre variáveis. O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo a um programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 26.0. Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de quadros, tabelas e gráficos operacionalizados pelo software Microsoft Office 2017.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos dados numa investigação é fundamental no fornecimento dos resultados do estudo, sendo necessária uma avaliação e interpretação (Fortin, 2009).

Após a obtenção dos dados, neste capítulo apresentam-se e analisam-se os mesmos, de acordo com os objetivos delineados para o estudo. Estes últimos apresentam-se como subcapítulos a fim de se organizar toda a informação obtida através dos dados trabalhados. Para sistematizar e analisar a informação fornecida pelos dados, recorreremos, à estatística descritiva. Tornando assim mais fácil a síntese da informação de forma estruturada.

As técnicas estatísticas a utilizadas foram cálculos de frequências absolutas e relativas e tabelas de cruzamento. Foi ainda utilizado o teste de independência do qui-quadrado de modo a inferir sobre potenciais associações entre variáveis.

2.1 Prevalência da dor dos utentes que acorreram aos serviços de urgência referidos no ano de 2022

No ano 2022 deram entrada nos diversos serviços de urgência 139149 utentes, destes 17,26% (n=24023) na urgência básica e 55,67% (n=77465) na urgência geral. Assim sendo, este estudo incidente nas urgências básica e geral reflete uma prevalência das mesmas de 72,93%.

Tabela 1.

Distribuição dos registos de entradas de utentes nas urgências em estudo no ano 2022

Urgências	n	%
Urgência Básica	24023	17,26
Urgência Geral	77465	55,67
Urgência Ginecologia/ obstetrícia	6352	4,56
Urgência Pediátrica	31113	22,36
Urgência Psiquiátrica	196	0,14
Total	139149	100

Atendendo ao critério de exclusão, menores de idade, apresenta-se na tabela 2, a distribuição dos registos das urgências em estudo por menores e maiores de idade. Assim, dos 101488 registos foram excluídos 6,42% (n=6520) referentes a menores de idade.

Tabela 2.

Distribuição dos registos de entradas de utentes nas urgências em estudo por idade, 2022

Urgências	Menor de 18 anos	Pelo menos 18 anos	Total
Urgência Básica	3362	20661	24023
Urgência Geral	3158	74307	77465
Total	6520 (6,42%)	94968 (93,58%)	101488 (100%)

Como o objetivo principal do trabalho incide nos doentes que chegam à urgência com dor serão excluídos os doentes sem dor, ou seja, 11,2% dos 94968, informação na tabela 3.

Tabela 3.

Distribuição dos registos de urgência por manifestação de dor nos utentes da amostra

Dor	n	%
Sem dor	10659	11,2
Com dor	84309	88,8
Total	94968	100

Em suma, neste estudo consideram-se as urgências básica e geral, os registos dos doentes com pelo menos 18 anos e com dor, ou seja, dos 139149 registos, são validados para o estudo 84309, o que corresponde a 60,59% do total.

Podemos assim interpretar que mais de metade das ocorrências de urgência no ano de 2022 correspondem a episódios de doentes com dor.

2.2. Características sociodemográficas dos utentes que referiram dor

Apresenta-se na tabela 4 a distribuição dos doentes em análise por sexo e idade. Assim dos 84309 utentes, 54,7% (n=46097) corresponde ao sexo feminino. Em termos de faixa etária observa-se que o maior número de registos ocorre entre os 45 e 54 anos, 15,2,0% (n=12830), 25 e 34 anos, 14,8% (n=12441); e entre os 55 e 64 anos, 14,4% (n=12140). Pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado concluiu-se que o sexo do

doente que recorre à urgência estava significativamente associado à idade, $\chi=306,924$; $p<0,001$.

Tabela 4.

Distribuição dos doentes da amostra por sexo e idade

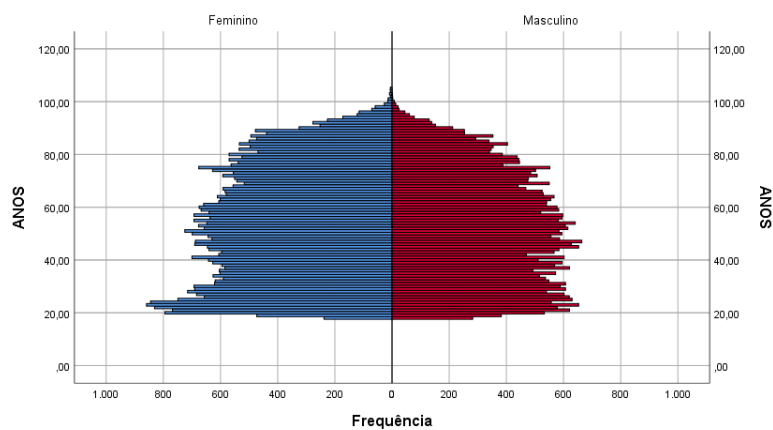
Idade (anos)	Sexo		Total n (%)	χ (p)
	Feminino n (%)	Masculino n (%)		
18-24	4808 (10,4)	3606 (9,4)	8414 (10,0)	306,924 (0,000)
25-34	6644 (14,4)	5797 (15,2)	12441 (14,8)	
35-44	6198 (13,4)	5584 (14,6)	11782 (14,0)	
45-54	6704 (14,5)	6126 (16,0)	12830 (15,2)	
55-64	6483 (14,1)	5657 (14,8)	12140 (14,4)	
65-74	5697 (12,4)	4960 (13,0)	10657 (12,6)	
75-84	5476 (11,9)	4100 (10,7)	9576 (11,4)	
Pelo menos 85	4087 (8,9)	2382 (6,2)	6469 (7,7)	
Total	46097 (100,0)	38212 (100,0)	84309 (100)	

χ (p) – Estatística do teste de independência qui-quadrado (nível de significância)

Na figura 4 encontra-se a pirâmide da amostra por sexo.

Figura 4.

Representação da pirâmide populacional dos doentes da amostra por sexo



2.3. Método utilizado pelos enfermeiros para a avaliação e registo da dor

Como anteriormente descrito utilizou-se a escala numérica da dor e a classificação por pulseiras. Assim sendo, se na escala da dor a pontuação é 0 – não existe dor; entre 1 e 4, dor ligeira, 5 a 7 a dor moderada e 8 a 10 dor severa. Na atribuição da pulseira, considera-se verde (pouco urgente) em dor ligeira inferior a 7 dias; azul (não urgente) dor ligeira em pelo menos 7 dias; amarela (urgente) dor moderada e laranja (muito urgente) a dor severa. Assim sendo, tendo por base a tabela 5 concluiu-se que 43,7% (n=36815) dos doentes apresentavam dor ligeira, 53,9% (n=45481) dor moderada e uma pequena parte, 2,4% (n=2013) tinham dor severa.

Tabela 5.

Distribuição dos registos de urgência por intensidade da dor dos utentes da amostra (escala numérica)

Intensidade da dor	n	%
Dor ligeira	36815	43,7%
Dor moderada	45481	53,9%
Dor severa	2013	2,4%
Total	84309	100%

Considerando os doentes com dor foi feita a classificação por cor da pulseira, tabela 6. Assim dos 84309 doentes com dor registados na urgência foi atribuído a 22,0% (n=18540) a pulseira verde, a 21,7% (n=18275) a azul, a maioria dos doentes com dor, 53,9% (n=45481), teve a pulseira amarela e os restantes 2,4% (n=2013) a laranja.

Tabela 6.

Distribuição dos registos de urgência por nível de urgência dos utentes da amostra (cor da pulseira)

Nível da urgência	n	%
Pouco urgente – pulseira verde	18540	22,0
Nada urgente – pulseira azul	18275	21,7
Urgente – pulseira amarela	45481	53,9
Muito urgente – pulseira laranja	2013	2,4
Total	84309	100

2.4. Principais motivos da dor referida pelos utentes

Os motivos das idas ao SU são registados na triagem de Manchester através do fluxograma escolhido pelo enfermeiro, conforme a queixa referida pelo utente. Assim sendo foram trabalhados esses mesmos para se conseguir responder ao presente objetivo.

Para os doentes com dor, 84309 registos, procurou-se identificar o motivo da dor que estava associado à ida dos mesmos ao serviço de urgência. Na tabela 7 apresentam-se os resultados, verificando-se com a sua análise que o motivo mais frequente que leva o utente a desloca-se e procurar ajuda no SU é o problema dos membros com 19.80% (n=16655), seguindo-se a dor abdominal com 11.20% (n=9428), dor lombar 8,50% (n=7155), cefaleias 8,10% (n=6840) e Dor de garganta 7.50% (n=6293)

Tabela 7.

Caracterização dos motivos da ida à urgência

Motivo	Total
1 - Agressão	539 0,60%
11 - Criança que não se sente bem (P)	11 0,00%
13 - Diabetes	107 0,10%
14 - Diarreia e/ou vómitos	2686 3,20%
15 - Dispneia	4 0,00%
18 - Doenças sexualmente transmissíveis	33 0,00%
19 - Dor abdominal	9428 11,20%
2 - Alergias	170 0,20%
20 - Dor abdominal na criança (P)	14 0,00%
21 - Dor cervical	897 1,10%
22 - Dor de garganta	6293 7,50%
23 - Dor lombar	7155 8,50%
24 - Dor testicular	279 0,30%

25 - Dor torácica	4907	5,80%
26 - Embriaguez aparente	100	0,10%
27 - Erupções cutâneas	678	0,80%
28 - Estado de inconsciência / síncope	644	0,80%
29 - Exposição a químicos	15	0,00%
30 - Feridas	3186	3,80%
31 - Grande traumatismo	553	0,70%
32 - Gravidez	85	0,10%
33 - Hemorragia gastrointestinal	301	0,40%
34 - Hemorragia vaginal	78	0,10%
35 - Indisposição no adulto	3201	3,80%
36 - Infecções locais e abscessos	3068	3,60%
37 - Lesão toraco-abdominal	1540	1,80%
38 - Mordeduras e picadas	677	0,80%
4 - Auto-agressão	4	0,00%
41 - Problemas estomatológicos	619	0,70%
42 - Problemas faciais	680	0,80%
43 - Problemas nos membros	16655	19,80%
44 - Problemas oftalmológicos	2319	2,80%
45 - Problemas de ouvidos	1500	1,80%
46 - Problemas urinários	4175	5,00%
47 - Queda	3122	3,70%
48 - Queimaduras profundas e superficiais	238	0,30%
50 - T.C.E Trauma crânio-encefálico	1109	1,30%

6 - Cefaleia	6840 8,10%
9 - Corpo estranho	399 0,50%
Total	84309 100,00%

2.5. Intensidade da dor verbalizada pelos utentes

A fim de se conseguir responder ao objetivo proposto, foram trabalhados os fluxogramas e os discriminadores correspondentes a cada fluxograma, para se conseguir saber a intensidade da dor referida pelos utentes que deram entrada do serviço de urgência.

Atendendo aos registos dos doentes com dor, procurou-se identificar o motivo da dor que estava associado à intensidade da dor atribuída pela escala numérica. Na tabela 8 apresentam-se os resultados. Observa-se que na atribuição de dor ligeira destaca-se a dor de garganta, 14,70% (n=5422); dor lombar, 6,50% (n=2395); os problemas nos membros, 15,70% (n=5789); problemas urinários, 7,30% (n=2694) e a cefaleia, 10,10% (n=3724). Na atribuição da dor moderada destacam-se as causas: dor abdominal, 14,30% (n=6508); dor lombar, 9,70% (n=4395); dor torácica, 6,60% (n=2995); problemas nos membros, 23,20% (n=10530) e cefaleia, 6,70% (n=3059). Na atribuição da dor severa destacam-se: dor abdominal, 35,30% (n=711); dor lombar, 18,10% (n=365) e problemas nos membros, 16,70% (n=336). Como seria de esperar concluiu-se, pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado, que a causa da dor estava significativamente associada à intensidade da dor atribuída, $\chi=15123$; $p<0,001$.

Tabela 8.

Distribuição dos registos da intensidade da dor por motivo da ida à urgência

Motivo	Dor			Total
	Ligeira	Moderada	Severa	
1 - Agressão	129 0,40%	405 0,90%	5 0,20%	539 0,60%
11 - Criança que não se sente bem (P)	8 0,00%	3 0,00%	0 0,00%	11 0,00%
13 - Diabetes	55 0,10%	52 0,10%	0 0,00%	107 0,10%
14 - Diarreia e/ou vómitos	1587 4,30%	1091 2,40%	8 0,40%	2686 3,20%
15 - Dispneia	4	0	0	4

	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
18 - Doenças sexualmente transmissíveis	24	9	0	33
	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%
19 - Dor abdominal	2209	6508	711	9428
	6,00%	14,30%	35,30%	11,20%
2 - Alergias	97	72	1	170
	0,30%	0,20%	0,00%	0,20%
20 - Dor abdominal na criança (P)	6	8	0	14
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
21 - Dor cervical	424	464	9	897
	1,20%	1,00%	0,40%	1,10%
22 - Dor de garganta	5422	867	4	6293
	14,70%	1,90%	0,20%	7,50%
23 - Dor lombar	2395	4395	365	7155
	6,50%	9,70%	18,10%	8,50%
24 - Dor testicular	69	194	16	279
	0,20%	0,40%	0,80%	0,30%
25 - Dor torácica	1833	2995	79	4907
	5,00%	6,60%	3,90%	5,80%
26 - Embriaguez aparente	100	0	0	100
	0,30%	0,00%	0,00%	0,10%
27 - Erupções cutâneas	514	162	2	678
	1,40%	0,40%	0,10%	0,80%
28 - Estado de inconsciência / síncope	227	407	10	644
	0,60%	0,90%	0,50%	0,80%
29 - Exposição a químicos	2	13	0	15
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
30 - Feridas	1038	2089	59	3186
	2,80%	4,60%	2,90%	3,80%
31 - Grande traumatismo	11	519	23	553
	0,00%	1,10%	1,10%	0,70%
32 - Gravidez	26	51	8	85
	0,10%	0,10%	0,40%	0,10%
33 - Hemorragia gastrointestinal	112	186	3	301
	0,30%	0,40%	0,10%	0,40%
34 - Hemorragia vaginal	41	37	0	78
	0,10%	0,10%	0,00%	0,10%
35 - Indisposição no adulto	2218	971	12	3201
	6,00%	2,10%	0,60%	3,80%
36 - Infecções locais e abscessos	1288	1743	37	3068
	3,50%	3,80%	1,80%	3,60%
37 - Lesão toraco-abdominal	418	1097	25	1540
	1,10%	2,40%	1,20%	1,80%
38 - Mordeduras e picadas	362	305	10	677
	1,00%	0,70%	0,50%	0,80%

4 - Auto-agressão	0 0,00%	4 0,00%	0 0,00%	4 0,00%
41 - Problemas estomatológicos	290 0,80%	324 0,70%	5 0,20%	619 0,70%
42 - Problemas faciais	334 0,90%	337 0,70%	9 0,40%	680 0,80%
43 - Problemas nos membros	5789 15,70%	10530 23,20%	336 16,70%	16655 19,80%
44 - Problemas oftalmológicos	1507 4,10%	790 1,70%	22 1,10%	2319 2,80%
45 - Problemas de ouvidos	1127 3,10%	372 0,80%	1 0,00%	1500 1,80%
46 - Problemas urinários	2694 7,30%	1426 3,10%	55 2,70%	4175 5,00%
47 - Queda	357 1,00%	2694 5,90%	71 3,50%	3122 3,70%
48 - Queimaduras profundas e superficiais	49 0,10%	136 0,30%	53 2,60%	238 0,30%
50 - T.C.E Trauma crânio-encefálico	145 0,40%	954 2,10%	10 0,50%	1109 1,30%
6 - Cefaleia	3724 10,10%	3059 6,70%	57 2,80%	6840 8,10%
9 - Corpo estranho	180 0,50%	212 0,50%	7 0,30%	399 0,50%
Total	36815 100,00%	45481 100,00%	2013 100,00%	84309 100,00%

Atendendo aos registos dos doentes com dor, procurou-se identificar o discriminador que estava associado à intensidade da dor atribuída pela escala numérica. Na tabela 9 apresentam-se os resultados. Observa-se que na atribuição de dor ligeira destacam-se com pelo menos 450 registos: “adulto quente” (n=458); “alteração da coagulação” (n=782); “disúria” (n=2079); “dor ligeira inferior a 7 dias” (n=18540); “dor pleurítica” (n=1167); “edema” (n=2177); “inflamação local” (n=518); “instalação súbita” (n=679); “olho vermelho” (n=829); “pequena hemorragia incontável” (n=897); “problema não recente” (n=1983); “subfebril (Febrícula)” (n=1418) e “vómitos” (n=1120).

Na atribuição da dor moderada destacam-se o discriminador: “adulto quente” (n=470); “alteração da coagulação” (n=1927); dor moderada” (n=32365); “dor pleurítica” (n=2118); “história de perda de consciência” (n=739); “novos sintomas e/ou sinais neurológicos” (n=505); “pequena hemorragia incontável” (n=1548); “retenção

urinária/oligoanúria” (n=455); “traumatismo direto da região lombar” (n=553) e “vômitos persistentes” (n=815).

Na atribuição da dor severa destaca-se como discriminador dor severa, com 1987 registos dos 2013 considerados.

Tabela 9.

Distribuição dos registos da intensidade da dor por discriminador utilizado

Tipo dor	Dor			Total
	Dor ligeira	Dor moderada	Dor severa	
Adulto muito quente	0	1	0	1
Adulto quente	458	470	0	928
Alta mortalidade	0	1	0	1
Alteração da coagulação	782	1927	0	2709
Alteração de estado de consciência de novo	4	12	1	17
Alteração de estado de consciência totalmente a	1	0	0	1
Alteração de sensibilidade na face	31	0	0	31
Alterações de imunidade conhecida	13	15	0	28
Articulação quente	22	54	0	76
Avulsão dentária recente	9	17	0	26
Celulite escrotal	12	45	0	57
Choque	0	0	1	1
Cólica	57	271	0	328
Compromisso vascular distal	6	7	0	13
Corrimento	15	0	0	15
Criança quente	10	8	0	18
Défice neurológico agudo	13	19	1	33
Deformação	22	0	0	22
Deformação grosseira	27	279	0	306
Diplopia	10	0	0	10
Dispneia aguda	2	1	0	3
Disúria	2079	0	0	2079
Dor à mobilização das articulações	66	149	0	215
Dor à palpação da região temporal	44	123	0	167
Dor abdominal	56	107	8	171
Dor epigástrica	2	7	1	10
Dor irradiando para a região dorsal	1	8	1	10
Dor ligeira	2	0	0	2
Dor ligeira <7 dias	18540	0	0	18540
Dor moderada	5	32365	0	32370
Dor não moderada	6	0	0	6

Dor pleurítica	1167	2118	0	3285
Dor precordial	9	34	3	46
Dor que irradia para o ombro	3	8	0	11
Dor severa	0	0	1987	1987
Edema	2177	0	0	2177
Edema da facial	150	5	0	155
Edema da língua	1	1	0	2
Erupção cutânea desconhecida	0	2	0	2
Exantema eritematoso ou bolhoso	81	66	0	147
Fezes pretas ou raiadas de sangue	142	242	0	384
Fractura exposta	0	3	0	3
Gangrena escrotal	0	1	0	1
Grande hemorragia incontrolável	0	3	0	3
Hematemeses	0	5	0	5
Hematoma no couro cabeludo	7	0	0	7
Hematoma no pavilhão auricular	6	0	0	6
Hematoquêsias ou rectorragias	3	18	0	21
Hematúria clinicamente evidente	236	340	0	576
Hiperglicemia	22	12	0	34
Hipotermia	1	0	0	1
História cardíaca significativa	82	277	0	359
História clínica significativa	1	7	0	8
História de hematemeses	26	82	0	108
História de hemoptise	4	1	0	5
História de perda de consciência	262	739	0	1001
História de risco especial de infecção	1	0	0	1
História de T.C.E.	88	231	0	319
História de traumatismo	0	1	0	1
História de viagens ao estrangeiro	44	12	0	56
História inadequada	0	3	0	3
História inapropriada	33	71	0	104
História significativa de alergia	0	1	0	1
Inalação de fumos	1	5	0	6
Incapacidade de andar	36	325	0	361
Infecção local	95	0	0	95
Inflamação local	518	0	0	518
Início repentino	0	4	0	4
Instalação súbita	679	425	0	1104
Lesão por inalação	1	0	0	1
Mecanismo de lesão	1	24	3	28
Mortalidade moderada	1	1	0	2
Novos sintomas e/ou sinais neurológicos	300	505	0	805
Olho vermelho	829	0	0	829
Pele crítica	0	0	3	3
Pequena hemorragia incontrolável	897	1548	0	2445

Perda recente de audição	294	0	0	294
Perda súbita de visão com início nas 24 horas a	0	1	0	1
Possível gravidez	48	95	0	143
Pressão arterial elevada	0	1	0	1
Problema não recente	1983	0	0	1983
Problema recente	140	0	0	140
Prurido ligeiro	46	0	0	46
Prurido moderado	204	0	0	204
Prurido severo	2	10	0	12
Pulso anormal	10	21	3	34
Queimadura química	7	13	0	20
Recente redução de acuidade visual	285	332	0	617
Retenção urinária/oligoanúria	115	455	0	570
Risco moderado de auto-agressão	0	2	0	2
Risco moderado de morte por envenenamento	3	1	0	4
SaO2 baixa	0	5	0	5
SaO2 muito baixa	1	0	0	1
Sensação de corpo estranho	158	0	0	158
Sinais de desidratação	85	97	0	182
Sinais de dor ligeira < 7 dias	6	0	0	6
Sinais de dor moderada	0	11	0	11
Sinais de meningismo	0	0	1	1
Subfebril (Febrícula)	1418	0	0	1418
Traumatismo directo da região cervical	15	58	0	73
Traumatismo direto da região lombar	99	553	0	652
Traumatismo escrotal	5	0	0	5
Traumatismo não recente	43	0	0	43
Traumatismo ocular penetrante	3	5	0	8
Traumatismo recente	2	0	0	2
Vertigens	89	0	0	89
Vómitos	1120	0	0	1120
Vómitos persistentes	435	815	0	1250
Total	36815	45481	2013	84309

Na tabela 10 apresentam-se os resultados de um resumo dos discriminadores, sendo que em cada intensidade da dor se obtiveram pelo menos 90% dos registos de indivíduos.

Tabela 10.

Resumo dos registos da intensidade da dor por tipo de dor mais determinante na ida à urgência

Tipo dor	Dor			Total
	Dor ligeira	Dor moderada	Dor severa	
Adulto quente	458 (1,24%)	470 (1,03%)	0 (0,0%)	928
Alteração da coagulação	782 (2,12)	1927 (4,24%)	0 (0,0%)	2709
Disúria	2079 (5,65)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2079
Dor ligeira <7 dias	18540 (50,36%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18540
Dor moderada	5 (0,01%)	32365 (71,16%)	0 (0,0%)	32370
Dor pleurítica	1167 (3,17%)	2118 (4,66%)	0 (0,0%)	3285
Dor severa	0	0 (0,0%)	1987 (98,71%)	1987
Edema	2177 (5,91%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2177
História de perda de consciência	262 (0,71%)	739 (1,62%)	0 (0,0%)	1001
Inflamação local	518 (1,41%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	518
Instalação súbita	679 (1,84%)	425 (0,93%)	0 (0,0%)	1104
Novos sintomas e/ou sinais neurológicos	300 (0,81%)	505 (1,11%)	0 (0,0%)	805
Olho vermelho	829 (2,25%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	829
Pequena hemorragia incontrolável	897 (2,55%)	1548 (3,40%)	0 (0,0%)	2445
Problema não recente	1983 (5,39%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1983
Retenção urinária/oligoanúria	115 (0,31%)	455 (1,00%)	0 (0,0%)	570
Subfebril (Febrícula)	1418 (3,85%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1418
Traumatismo direto da região lombar	99 (0,37%)	553 (1,22)	0 (0,0%)	652
Vómitos	1120 (3,04%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1120
Vómitos persistentes	435 (1,18%)	815 (1,79)	0 (0,0%)	1250

Subtotal	33863 (91,98%)	41920 (92,17%)	1987 (92,24%)	77770 (92,22%)
Total	36815 (100%)	45481 (100%)	2013 (100%)	84309 (100%)

2.6. Comportamento da amostra relativamente ao sexo e idade

Neste ponto apresentam-se os resultados da intensidade da dor e nível de urgência (cor da pulseira) por sexo e faixa etária.

Na tabela 11, encontra-se a distribuição dos doentes por sexo e intensidade da dor. Verifica-se que na intensidade ligeira e moderada prevalecem as mulheres, enquanto na severa os homens. Pela aplicação do teste de independência do qui quadrado, $\chi=164,022$; $p<0,001$, concluiu-se que atribuição da intensidade da dor estava significativamente associada ao sexo do doente.

Tabela 11.

Caraterização da distribuição dos doentes por sexo e intensidade da dor

Sexo	Dor			Total n (%)	χ (p)
	Ligeira n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)		
Feminino	20726 (56,3)	24512 (53,9)	862 (42,8)	46097 (54,7)	164,022 (0,000)
Masculino	16092 (43,7)	20969 (46,1)	1151 (57,2)	38212 (45,3)	
Total	36815 (100,0)	45481 (100)	2013 (100)	84309 (100)	

χ (p) – Estatística do teste de independência qui-quadrado (nível de significância)

Na distribuição dos doentes por faixa etária e intensidade da dor, tabela 12, verifica-se que na dor ligeira a maioria dos doentes, 59,9%, tinha idade entre 18 e 54 anos; na dor moderada a maioria, 56,1% tinha idade entre 35 e 74 anos e na dor severa a maioria, 58,4% tinha idade entre 25 e 64 anos. Pela aplicação do teste de independência do qui quadrado, $\chi=1712,329$; $p<0,001$, concluiu-se que atribuição da intensidade da dor estava significativamente associada à faixa etária

Tabela 12.*Caraterização da distribuição dos doentes por faixa etária e intensidade da dor*

Idade (anos)	Dor			Total n (%)	χ (p)
	Ligeira n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)		
18-24	4453 (12,1)	3842 (8,4)	119 (5,9)	8414 (10,0)	1712,329 (0,000)
25-34	6507 (17,7)	5704 (12,5)	230 (11,4)	12441 (14,8)	
35-44	5577 (15,1)	5903 (13,0)	302 (15,0)	11782 (14,0)	
45-54	5539 (15,0)	6878 (15,1)	413 (20,5)	12830 (15,2)	
55-64	5117 (13,9)	6655 (14,6)	368 (18,3)	12140 (14,4)	
65-74	4318 (11,7)	6075 (13,4)	264 (13,1)	10657 (12,6)	
75-84	3401 (9,2)	5980 (13,1)	195 (9,7)	9576 (11,4)	
Pelo menos 85	1903 (5,2)	4444 (9,8)	122 (6,1)	6469 (7,7)	
Total	36815 (100,0)	45481 (100,0)	2013 (100,0)	84309 (100)	

 χ (p) – Estatística do teste de independência qui-quadrado (nível de significância)

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo foram discutidos os resultados obtidos no estudo realizado, indo de encontro com outros já realizados por outros autores.

A análise descritiva consiste como o próprio nome indica na descrição das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados recolhidos, descrevendo os valores obtidos através da medida das variáveis, resumindo a informação numérica de uma maneira estruturada (Fortin et al., 2009).

A dor é uma das principais razões que leva as pessoas a recorrerem ao SU. O enfermeiro, devido à sua proximidade e ao tempo de contacto, tem o dever e está numa posição crucial para promover e intervir no controlo da dor, visando otimizar a qualidade de vida do doente (António, 2017).

O presente estudo teve como objetivo central descrever a epidemiologia da dor dos utentes avaliados pelo sistema de triagem de Manchester em serviços de urgência, básica e de urgência geral médico-cirúrgica, no ano de 2022. Procurou-se, assim, entender padrões, frequências, intensidades e características da dor, contribuindo para um conhecimento mais aprofundado que pode fundamentar estratégias de gestão da dor avaliada durante a triagem de Manchester, referida pelos pacientes. Além disso, poderá ajudar a identificar necessidades específicas de formação para os profissionais de saúde e possíveis melhorias no sistema de triagem.

Seguidamente são discutidos os resultados do estudo, por ordem dos objetivos determinados.

No presente estudo 60,59% do total dos utentes referiram dor quando triados pelo sistema de Triagem de Manchester, representando a maioria da amostra. Estes resultados corroboram com outros autores, quando dizem que “a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” (DGS, 2003, pág.1), sendo o principal motivo de procura de cuidados de Saúde no SU, segundo se confirma com o estudo de Souza et al, (2012). Para estes autores, 43,9% do total das queixas apresentadas pelos pacientes classificados segundo o Sistema de Triagem de Manchester, estava relacionada com dor.

Também no estudo realizado por Viveiros et al. (2018), em que os sintomas que mais motivaram a procura de um SU foram a dor, 46.3%. Para Carvalho (2016), em que a população em estudo foi constituída por 41,9% de pessoas que procuraram o SU e

manifestaram dor no momento da triagem. O estudo realizado por Sánchez et al. (2012), comprovou que 45% das pessoas referiu dor durante a triagem. Um estudo de Silva et al. (2013), sobressai pelo facto de 27,75% dos pacientes apresentarem dor em alguma localização corporal como queixa principal, levando à seleção de um fluxograma diretamente relacionado com dor e 42,86% apresentarem dor associada à queixa principal, ou seja, levando ao bloqueio de discriminadores relacionados com a dor.

Estes dados corroboram a ideia de que a dor é uma das principais razões pelo qual as pessoas procuram cuidados de saúde, constituindo a queixa mais frequente em contexto de Serviço de Urgência, sendo que, no nosso estudo, a prevalência encontrada é superior aos estudos apontados.

Relativamente às características sociodemográficas dos utentes que referiram dor, a maioria era do sexo feminino, com uma idade que variou amplamente, destacando que a dor é uma experiência comum independente das idades.

No entanto, em termos de faixa etária observa-se que o maior número de registos ocorre entre os 45 e os 54 anos, seguida de 25 e 34 anos, e entre os 55 e 64 anos. A faixa etária com menor número foi acima de 85 anos. Estes resultados estão em consonância com as pesquisas existentes que indicam que as mulheres frequentemente relatam mais dor do que os homens (Bartley & Fillingim, 2013; Pieretti et al., 2016). Os resultados vão também de encontro com os de Rodrigues et al. (2017), que também observaram uma predominância de mulheres (55,3%) que procurou atendimento devido à dor. A idade diversificada dos participantes que relataram dor, desde crianças até idosos, é também um reflexo das descobertas de Rustøen et al. (2004), que sublinharam que a dor é uma experiência universal que transcende as barreiras de idade. Contudo, é notável que haja uma prevalência marcada em jovens adultos, indicando potencialmente diferentes causas e manifestações de dor entre grupos etários diferentes.

No presente estudo em termos de faixa etária observa-se que o maior número de registos ocorreram entre os 45 e 54 anos com 15,2%. Noutros estudos foram encontrados relatos de dor com predominância em idades mais baixas que no nosso estudo. Por exemplo, no estudo de Carvalho (2016) as faixas etárias predominantes foram entre os 36-47 anos, com 22%. Num outro estudo observa-se que a faixa etária menos predominante com dor se encontra entre os 35-55 anos com 8,58%, seguindo-se 56-76 anos 25,71%, 77-98 anos 65,71% (Figueira et al., 2020).

Este padrão pode ser explorado em estudos futuros para entender mais profundamente as nuances da experiência de dor, permitindo intervenções direcionadas e mais eficazes.

Quanto ao método utilizado pelo enfermeiro para a avaliação e registo da dor, os dados indicam que a avaliação e o registo foram realizados de forma eficiente, mas sugerem a integração de métodos diversificados para uma análise mais abrangente da dor. O método de avaliação da dor utilizado pelo sistema de Triagem de Manchester é a escala numérica da dor, referida pelos utentes. Em que se considera dor ligeira entre 1 e 4, dor moderada, que é significativa mas suportável para o doente, entre 5 e 7 e dor severa, que se trata de uma dor significativa e insuportável para o utente, entre 8 a 10. A pontuação 0, não existe dor.

Na atribuição da pulseira, considera-se verde (pouco urgente) em dor ligeira inferior a 7 dias; azul (não urgente) dor ligeira em pelo menos 7 dias; amarela (urgente) dor moderada e laranja (muito urgente) a dor severa.

A eficiência na avaliação e registo da dor, como indicado pelos dados, é fundamental para um atendimento rápido e eficaz (Mota et al., 2020). No entanto, a necessidade de métodos diversificados pode ser corroborada por estudos como o de Hämäläinen et al. (2022), que também destacou a importância de uma avaliação adequada em conjunto com o doente de forma a ocorrer um impacto direto na satisfação do mesmo com a dor. Assim, apesar de ferramentas como o sistema de triagem de Manchester sejam eficazes para classificar a urgência, podem não captar a complexidade e a multifacetada natureza da dor em toda a sua extensão.

Relativamente aos principais motivos da dor referida pelos utentes, foram identificados, dor associada a problemas nos membros, dor abdominal, dor lombar, cefaleias e dor de garganta, sinalizando áreas específicas para focar as intervenções.

Este resultado está alinhado com o estudo de Medeiros et al. (2019), onde também foi identificado que as dores nos membros, nomeadamente nos membros inferiores, estavam entre as queixas mais comuns num SU. Os autores atribuíram isso à natureza frequentemente debilitante destas dores, que pode levar os pacientes a procurar alívio imediato.

Além disso, um estudo conduzido por Akpinar et al. (2018) revelou que a dor de garganta é uma das razões mais frequentes para a procura de atendimento no SU. Este resultado pode estar associado à intensidade e ao desconforto causados por esta condição, levando a uma procura urgente de tratamento.

No estudo de Silva (2013), revela-se que nos casos em que a dor esteve presente como queixa principal, esta localizava-se em seis regiões do corpo: cabeça (cefaleias), cervical, garganta, tórax, abdómen e região lombar.

Num estudo de Sánchez et al. (2012), as queixas mais comuns que levaram à seleção de um fluxograma foram a Dor abdominal (22%), os Problemas nos membros (12%), a Indisposição no adulto (11%) e a Dor torácica (10%). Corroborando, Souza et al. (2012) revelam que no seu estudo os fluxogramas mais selecionados foram: Cefaleia (17,4%), Dor abdominal (16,0%), Indisposição no adulto (12,3%), Dor torácica (10,5%), Problemas nos membros (7,1%) e Dor lombar (5,4%).

Deste modo, o estudo reitera a necessidade de ter protocolos de tratamento eficazes e específicos para estas causas comuns de dor, garantindo que os pacientes recebam alívio rápido e eficaz e evitando complicações futuras. Este é um aspeto crucial para a melhoria da qualidade e da eficiência dos SU e para garantir que as necessidades dos pacientes sejam atendidas de forma abrangente e eficaz.

Quanto à intensidade da dor verbalizada pelos doentes, o estudo mostrou uma variedade na prevalência da dor entre os utentes, com destaque para a dor moderada como a mais relatada, indicando uma preocupação significativa no contexto da urgência. Os resultados obtidos neste estudo, que destacam a prevalência de dor moderada entre os utentes, são consistentes com as conclusões de investigações anteriores. Viveiros et al. (2018) observaram um padrão semelhante no seu estudo sobre a prevalência da dor em SUs, onde a dor moderada foi também predominantemente relatada pelos pacientes. A prevalência elevada da dor observada neste estudo é consistente também com as descobertas de Silva et al. (2016), que relataram que 80,2% dos pacientes avaliados num SU experimentaram dor de intensidade moderada a aguda. Este padrão reitera a complexidade da gestão da dor nesses contextos e sublinha a necessidade de estratégias eficazes de avaliação e intervenção para abordar adequadamente esta questão comum e muitas vezes desafiadora.

A semelhança destas descobertas sugere que, independentemente do contexto ou local, a dor moderada é uma queixa comum entre os utentes dos serviços de saúde. Tal corrobora com o estudo realizado por Pereira (2011) em que é possível verificar que a maioria dos episódios de urgência se situam na dor moderada, perfazendo na totalidade o valor percentual de 62,7%. Segue-se a dor em grau reduzido com a percentagem total de 32,4% e, por último, a dor em grau elevado.

Adicionalmente, a variedade nas causas e localizações da dor observada neste estudo reflete a complexidade do fenómeno da dor. Cada pessoa pode experienciar a dor de maneira única, influenciada por uma variedade de fatores, incluindo condições físicas, emocionais e psicológicas. Tal variedade foi também sublinhada por Świeboda et al. (2013), que enfatizou a importância de uma avaliação abrangente e individualizada da dor para assegurar uma gestão e tratamento adequados.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelam aspetos importantes acerca da experiência e gestão da dor no Serviço de Urgência.

O presente estudo apresenta relevância para a enfermagem no que toca à avaliação da dor, uma vez que a dor é o principal motivo que leva os doentes a recorrer ao serviço de urgência. Sendo o enfermeiro o primeiro profissional de saúde a obter contacto com o doente que se desloca ao SU, é o qualificado responsável para avaliar e priorizar a pessoa no momento da sua chegada ao serviço, tendo um papel preponderante na avaliação da sua dor, necessitando para isso de estar sensibilizado para esta problemática, para a promoção de boas práticas na gestão da dor.

Foi identificado que a dor, especialmente de intensidade moderada, é uma razão comum para a procura por atendimento urgente. A predominância de mulheres e a diversidade etária dos utentes reforçam a universalidade da experiência da dor, enquanto o motivo mais frequente que leva o utente a desloca-se e procurar ajuda no SU é o problema dos membros, seguindo-se a dor abdominal, dor lombar, cefaleias e dor de garganta, apontam para áreas específicas de intervenção.

A avaliação eficiente, e muitas vezes unidimensional da dor, sugere a necessidade de adotar métodos mais abrangentes e individualizados. Escolher uma ferramenta de avaliação da dor adequada é fundamental, não apenas para inferir acerca da gravidade da dor, mas também para informar a decisão sobre as intervenções terapêuticas necessárias.

Os resultados deste estudo, assim como a literatura existente, reforçam a necessidade de uma comunicação eficaz dos resultados de investigações à comunidade, tanto geral como científica (Freixo, 2009). É imperativo que os dados recolhidos sejam disponibilizados para ampliar a compreensão da dor e melhorar a sua gestão nos serviços de urgência.

Assim, com os resultados obtidos, foram atingidos todos os objetivos propostos, procurando desta forma contribuir para a discussão desta temática e gerar evidência científica para outros estudos a serem realizados no futuro. Que este estudo possa, ainda contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na avaliação da pessoa com dor durante a triagem de Manchester.

Tendo em conta o exposto, propõem-se a implementação de programas de formação contínua para enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos na gestão da dor nos serviços de urgência. Estes programas deverão incidir não apenas na avaliação física, mas

também nos componentes emocionais e psicológicos da dor, objetivando uma abordagem integral.

A inclusão de tecnologias avançadas e ferramentas de avaliação diversificadas, que considerem as dimensões multifacetadas da dor, pode ser explorada. Estas ferramentas deverão ser sensíveis às variações individuais e capazes de avaliar a complexidade da experiência da dor.

Este estudo enfrentou algumas limitações que devem ser tidas em conta na interpretação dos resultados. Os dados analisados referem-se especificamente ao ano de 2022, o que pode não representar as tendências atuais ou futuras da prevalência e gestão da dor nos serviços de urgência. A investigação foi realizada num único centro, o Centro Hospitalar do Centro do País, limitando assim a generalização dos resultados para outros contextos ou regiões. A recolha e análise de dados mais abrangentes, de vários centros hospitalares, poderiam proporcionar perceções mais representativas e conclusivas.

Constatou-se alguma escassez de estudos com evidência científica que abordem as características da dor em utentes atendidos no serviço de urgência, avaliados pelo sistema de triagem de Manchester, dificultando assim a discussão dos resultados, pelo que esteve limitada à evidência dos resultados e considerações relevantes.

Face às limitações mencionadas, sugere-se que investigações futuras ampliem o âmbito da pesquisa para incluir dados de vários anos e de diferentes centros hospitalares, promovendo uma visão mais completa e diversificada da gestão da dor em contextos de urgência. Seria igualmente valioso explorar a eficácia de diferentes métodos de avaliação e gestão da dor, bem como as perceções e experiências dos pacientes, para desenvolver estratégias mais personalizadas e eficazes de tratamento da dor. A inclusão de uma variedade mais ampla de variáveis sociodemográficas e clínicas também pode enriquecer a compreensão das complexidades associadas à experiência da dor, conduzindo a intervenções mais informadas e otimizadas.

Em jeito de conclusão, espera-se que as descobertas obtidas neste estudo, juntamente com futuras investigações e intervenções propostas, conduzam a uma melhoria significativa na qualidade do atendimento e gestão da dor nos SUs, promovendo um cuidado mais compassivo, eficiente e individualizado para todos os utentes que experienciam dor. Estes avanços não somente favorecerão a satisfação do paciente e o bem-estar, como também otimizarão os recursos dos SUs, garantindo que cada utente receba atendimento adequado e rápido, contribuindo para a excelência clínica e a sustentabilidade do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS (dezembro de 2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência*. pp.1-51.
- Aggarwal, R., & Ranganathan, P. (2019). Study designs: Part 2 – Descriptive studies. *Perspectives in Clinical Research*, 10(1), 34. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_154_18
- Akpinar, Y., Demirci, H., Budak, E., Baran, A. K., Candar, A., & Ocakoglu, G. (2018). Why do patients with minor complaints choose emergency departments and does satisfaction with primary care services influence their decisions? *Primary Health Care Research & Development*, 19(04), 398–406. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000822>
- Albarello, L.(1997). *Praticas e métodos de investigação em ciências de sociais*.Lisboa, Grádiva.
- António, C. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESEC- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=66074&codigo=961
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor – APED (s.d.). *Sobre a dor*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Baptista, J., & Ferreira, M. (2021). *Gestão da dor: percepção do enfermeiro em ambulância de suporte imediato de vida* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde]. Repositorio Cientifico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2560>
- Batalha, L.M.C. (2016). *Avaliação da dor. Manual de estudo - Versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Bartley, E. J., & Fillingim, R. B. (2013). Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 52–58. <https://doi.org/10.1093/bja/aet127>
- Brás, M. (2019). *Métodos e Técnicas de Investigação*. Bragança.
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8-14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Cabrera, J. (2017). *Triagem de Manchester, que futuro?* [Dissertação de mestrado integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/104138>

- Calil, A., & Pimenta, C. (setembro/outubro de 2005). *Intensidade da dor e adequação da analgesia. Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(5), pág. 692-9.
- Carvalho, M. (2016). *O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1416401Source>
- Cleveland Clinic (2021, janeiro). *Chronic Pain*. Obtido de: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/4798-chronic-pain>
- Coelho, E., & Pereira, M. (2017). Atuação do enfermeiro no manejo da dor na sala de urgência e emergência. *Revista Internacional de Apoyo a laInclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 3(4), 73-86.
- Conselho internacional dos enfermeiros - CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros. Loures: Lusodidata, 2016. ISBN 978-989-8444-35-6.
- Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(Nº 1). <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Daniel, E. (2016). The Usefulness of Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Researching Problem-Solving Ability in Science Education Curriculum. *Journal of Education and Practice*, 7(15), 91-100.
- Diniz, Alexandre [et al.] - Direção-Geral de Saúde – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7.
- Desai, G., T. S., J., G., S. K., L., M., G. R., G., Bajaj, A., K., T., & Chaturvedi, S. K. (2020). Disentangling comorbidity in chronic pain: A study in primary health care settings from India. *PLOS ONE*, 15(11), e0242865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242865>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de http://www.academia.edu/350728/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor_Natio nal_Plan_for_the_Fig ht_Against_Pain_
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003, A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa, Portugal: Autor.

- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2001b). *Direção de serviços de planeamento: rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde (2008a). *Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008, Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde (2015). *Norma n.º 02/2015 atualizada a 23/10/2015. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República n.º 153/2014 - 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro. Diário da República n.º 22/2015 - 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Duarte, N. M., Garcia-Pedraza, J. A., & Santos, M. E. (2022). Pain Overview: Classification, Conceptual Framework, and Assessment. In *ATHENA Research Book, Volume 1* (pp. 295–302). University of Maribor Press. <https://doi.org/10.18690/um.3.2022.24>
- Dydyk, a.m.; Conermann, T. Chronic pain. In: StatPearls. StatPearls Publishing, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553030/>. Acedido a 18 de maio de 2023.
- Ferreira, M.S. (2009). *Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica: Um estudo com doentes em Tratamento de Fisioterapia e Acupuntura* [Tese de doutoramento em Psicologia da Saúde, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia]. RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/10462>
- Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. da S., & Carmo, T. I. G. do. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2712. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>
- Foley, H. E., Knight, J. C., Ploughman, M., Asghari, S., & Audas, R. (2021). Association of chronic pain with comorbidities and health care utilization: a retrospective cohort study using health administrative data. *Pain*, 162(11), 2737–2749. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002264>

- Fonseca, J. J. S. (2002). Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará (UEC). Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>
- Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação: Da concepção à realização (3ª Ed). Loures: Lusociência
- Fortin, M. F, Côté, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidata.
- Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de urgência - Manual do Formando* (2ª ed.). Amadora, Portugal: Autor.
- Hämäläinen, J., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2022). Acute Pain Assessment Inadequacy in the Emergency Department: Patients' Perspective. *Journal of Patient Experience*, 9, 237437352110496. <https://doi.org/10.1177/23743735211049677>
- Hameed, H. (2020). Quantitative and qualitative research methods: Considerations and issues in qualitative research. *The Maldives National Journal of Research*, 8(1), 8-17. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36026.82883>
- Herr, K., Coyne, P., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J.(Junho de 2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7 (2), 44-52.
- International association for the study of pain – IASP Announces Revised Definition of Pain. (2020). [Consultado em 25/02/2023]. Disponível em IASP Announces Revised Definition of Pain - International Association for the Study of Pain (IASP) (iasp-pain.org)
- Joel, A. A., Deborah, I. O., Falilat, O. A., Abiola, O. D., & Donald, B. (2015). Factors influencing perception of pain among clients attending a Nigeria teaching hospital. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 7(8), 133–140. <https://doi.org/10.5897/IJNM2015.0174>
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>

- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2013). *Emergency Triage: Manchester Triage Group* (3ª ed.). BMJ Books. ISBN: 978-1-118-29906-7
- Malik, N. A. (2020). Revised definition of pain by ‘International Association for the Study of Pain’: Concepts, challenges and compromises. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 24(5). <https://doi.org/10.35975/apic.v24i5.1352>
- Medeiros, A. K., Medeiros, A. N., Silva, P., Leal, A., & Barros, V. (2019). Caracterização do acolhimento com classificação de risco em um hospital . *Brazilian Journal of Health Review*, 2(2), 6. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1541>
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD 18 de junho de 2008. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acedido a 5 de março de 2023 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>
- 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>
- Oliveira, F. (2019). *Barreiras na monitorização da dor identificadas pelos enfermeiros de um serviço de urgência* [Dissertação de mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica]. RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/64206>
- Omar, A. (2016). Selecting the appropriate study design for your research: Descriptive study designs. *Journal of Health Specialties*, 3(3), 153-156. https://applications.emro.who.int/imemrf/J_Health_Spec/J_Health_Spec_2015_3_3_153_156.pdf
- Ordem dos Enfermeiros – OE (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Orr, P. M., Shank, B. C., & Black, A. C. (2017). The Role of Pain Classification Systems in Pain Management. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(4), 407–418. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.0>
- Pereira, I. (2011) *A dor no Exercício Profissional do Enfermeiro, num Serviço de Urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

- Pieretti, S., di Giannuario, A., di Giovannandrea, R., Marzoli, F., Piccaro, G., Minosi, P., & Aloisi, A. (2016). Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanità*, 52(2), 184–189.
- Pires, R., Pedrosa, M., & Marques, M. (2021). *A gestão da dor aguda*. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/34686/1/11%20abril-Dor%202021.pdf>
- Quintanilla, F., & Vásquez, I. A. (2018). Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor músculo-esquelético: Una revisión de la literatura. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3679/2018>
- 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>
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.ª ed.). Porto: Legis/Livpsic.
- Rodrigues, I. S. A., Oliveira, L. M. M. de, Fernandes, F. E. C. V., & Teles, M. E. V. (2017). Prevalence of acute pain in patients attending the emergency room. *Revista Dor*, 18(4). <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170124>
- Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2005). Age and the Experience of Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 21(6), 513–523. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000146217.31780.ef>
- Sánchez, J. M., Alonso, C. F., Del Castillo, J. G. & Armengol, J. J. G. (2012). Pain assessment using the Manchester triage system in a Spanish emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 29 (5), 427. Recuperado de <http://sci-hub.bz/10.1136/emered-2011-200556>
- Santos-Longhurst, A. (2018, novembro 29). *Types of Pain: How to Recognize and Talk About Them*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/types-of-pain>
- Shankland II, W. E. (2011). Factors That Affect Pain Behavior. *CRANIO®*, 29(2), 144–154. <https://doi.org/10.1179/crn.2011.023>
- Silva, A. P., Diniz A. S., Araújo F. A. & Souza C. C. (2013). Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de manchester. *Revista de enfermagem do Centro - Oeste Mineiro*, 3 (1), 507-517. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.287>

- Silva, J. S. da, Cruz, T. A. F. da, Ribeiro, C. J. N., Santos, V. S., Alves, J. A. B., & Ribeiro, M. do C. de O. (2016). Pain in patients attended at risk classification of an emergency service. *Revista Dor*, 17(1). <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160009>
- Silva, M. (2017). *Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: que realidade?* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESEC- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=52974&codigo=296
- Souza, C. C., Chianca, L. M., Diniz, A. S., & Chianca, T. C. (2012). Main complaints of emergency patients according to the Manchester protocol for risk classification. *Journal of Nursing UFPE on line*, 6(3), 540-548. doi:10.5205/reuol.2163-16218-1-LE.0603201207
- Stram, D. O. (2014). Analysis of Cancer Risks in Populations Near Nuclear Facilities. *Health Physics*, 106(2), 305–306. <https://doi.org/10.1097/HP.0000000000000068>
- Świeboda, P., Filip, R., Prystupa, A., & Drozd, M. (2013). Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 1, 2–7. https://www.aaem.pl/pdf-106177-36932?filename=Assessment%20of%20pain_.pdf
- Teixeira, J. M. F. & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 10, 135- 142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand’homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Viveiros, W. L., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Oliveira, G. N., & Batista, R. E. A. (2018). Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>
- Watson, J. C. (2022). *Avaliação da dor*. Manual MSD (Versão para Profissionais de Saúde). <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/dor/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-dor>

ANEXOS

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

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-801 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
scc-paral@chbv.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 516 123 218

Exma. Senhora
Patrícia Salazar
71945@chbv.min-saude.pt

S/ Ref.* S/ Comunicação de N/ Ref.* 11-02-2023/CEB Aveiro, 05-08-2023

ASSUNTO: Resposta ao s/ Pedido de confirmação para a realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à s/ solicitação subordinada ao tema "Epidemiologia do dor de utentes atendidos num serviço de urgência, avaliados pelo sistema de triagem de Manchester" vimos, pelo presente, informar que por deliberação do Conselho de Administração de 01 de junho de 2023, se encontra autorizado o pedido formulado e sobre o qual a Comissão de ética deu parecer positivo.

Nesse sentido, solicitamos a V. Exa se digne enviar um relatório final ao Gabinete de Investigação do CHBV, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração



(Margarida França, Dra.)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada folha tratar só de um assunto.

Reunião de C.A. N.º 346 de 01/06/2023
Qualificação:

AutORIZADO

Presidente da C.A.

Presidente da C.A.

Presidente da C.A.

Exmª senhora

Drª Margarida França

Presidente do Conselho De Administração do CHBV

Assunto: Deliberação da Comissão de Ética para a Saúde sobre a "Epidemiologia da dor de utentes atendidos no Serviço de Urgência, avaliados pelo sistema de ManLimesci, Estudo Nº 11/02/2023/CES do CHBV, do investigador Drª Patricia Salazar a realizar no serviço de Urgência Médica/Cirúrgica e Urgência Básica.


Cumprе informar Vossa Exª que a Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar Baixo Vouga reuniu com a presença da maioria dos seus membros, e após análise do projeto mencionado em epígrafe, a CES entende considerar não haver qualquer impedimento ético com base na informação prestada, pelo que emitiu parecer favorável à sua realização

Aveiro, 31 de maio de 2023

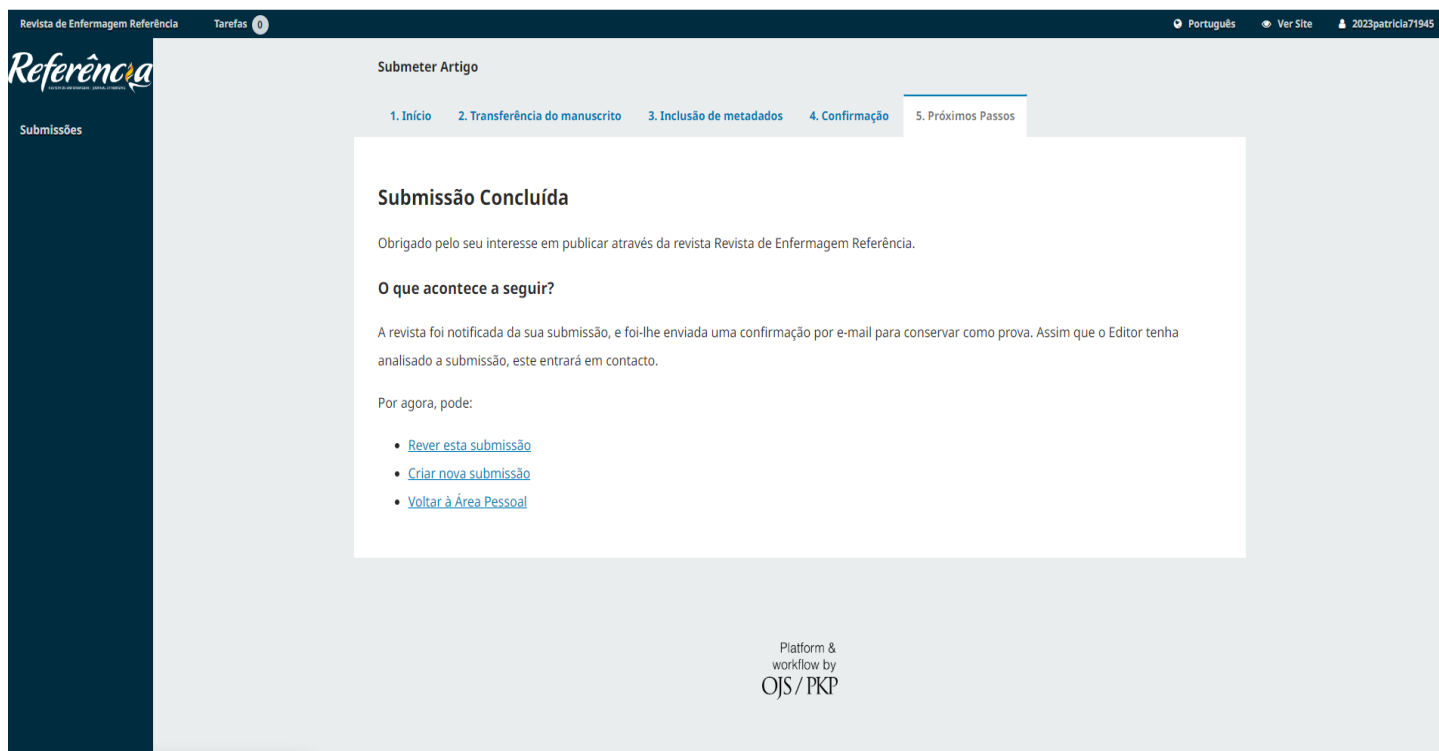
A Comissão de Ética

(Presidente da CES)

DR. ANTONIO MARIANO



Anexo II – Comprovativo da submissão do artigo na Revista Referencia



Revista de Enfermagem Referência Tarefas 0 Português Ver Site 2023patricia71945

Referência

Submissões

Submeter Artigo

1. Início 2. Transferência do manuscrito 3. Inclusão de metadados 4. Confirmação 5. Próximos Passos

Submissão Concluída

Obrigado pelo seu interesse em publicar através da revista Revista de Enfermagem Referência.

O que acontece a seguir?

A revista foi notificada da sua submissão, e foi-lhe enviada uma confirmação por e-mail para conservar como prova. Assim que o Editor tenha analisado a submissão, este entrará em contacto.

Por agora, pode:

- [Rever esta submissão](#)
- [Criar nova submissão](#)
- [Voltar à Área Pessoal](#)

Platform & workflow by OJS / PKP



[X] < >

[RER] Agradecimento pela submissão

TB Tereza Barroso (Editora-Chefe) <noreply@rcaap.pt>
Para: Você

ter, 28/11/2023 19:46

Patricia Alves,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Características da dor em utentes atendidos no serviço de urgência, avaliados pelo Sistema Triagem de Manchester" à revista Revista de Enfermagem Referência. 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/referencia/authorDashboard/submission/33805>
Nome de utilizador: 2023patricia71945

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.

Tereza Barroso (Editora-Chefe)

[Revista de Enfermagem Referência](#)

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)
Avenida Bissaya Barreto s/n, 3004-011 - Coimbra
Telefone: +351 239 487 255 | E-mail: referencia@esenfc.pt

Responder Reencaminhar

APÊNDICES

APÊNDICE I - Guião para recolha de dados

Instrumento de recolha de dados

Este documento irá servir como guião de recolher de dados para o projeto a integrar a avaliação em grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, pelo instituto Politécnico de Bragança-Escola Superior de Saúde, com o tema “CARACTERÍSTICAS DA DOR EM UTENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, AVALIADOS PELO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER”. Com este pretende-se executar uma caracterização dos participantes em estudo, com dor.

Idade: _____

Sexo: Masculino: ____ Feminino: ____

Localização da Dor:

Escala Utilizada para a avaliação da

dor: _____

Fluxograma: _____

Discriminador: _____

Prioridade:

Emergente ____ Pouco urgente ____

Muito urgente ____ Não urgente ____

Urgente ____

Intensidade da dor:

Dor severa entre os 8-10: ____

Dor moderada entre 5-7: ____

Dor ligeira 1-4: \geq a 7 dias ____ < a 7 dias ____

Aveiro, ____ de _____ de 20__

(Patrícia Filipa Salazar Alves)

APÊNDICE II - Relatório de estágio

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

**2 - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

3 - SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do V curso de Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, lecionado na escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Este documento pretende descrever as experiências vivenciadas ao longo dos estágios, referindo os aspetos relevantes da minha aprendizagem. Constitui-se uma reflexão crítica sobre a consolidação de saberes e fatores que contribuíram para o meu desempenho, bem como um meio de verificar a consecução dos objetivos formulados no relatório de estágio e sua importância para atividades futuras.

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica considera a realização de um conjunto de estágios interrelacionados entre si, tendo como objetivo proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas aos enfermeiros especialistas em enfermagem em Pessoa em Situação crítica. Estes devem ser efetuados em serviços ou unidades relacionadas com cuidados de enfermagem na área da enfermagem Médico-cirúrgica.

Os estágios decorreram sob a orientação de um Enfermeiro Especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, proposto pela escola superior de saúde-Instituto Politécnico de Bragança. A supervisão clínica permitiu ao longo do decorrer dos estágios, a discussão de ideias, a partilha e reflexão da prática e da teoria permitindo aumentar a minha confiança enquanto estudante e profissional. Esta partilha favoreceu a minha capacidade de reflexão e inevitavelmente a melhoria da prática profissional.

Foram realizados três campos de estágio:

- Serviço de Urgência Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar Baixo Vouga entre o dia 28 setembro de 2020 e o dia 13 de novembro 2020;
- Bloco Operatório no Centro Hospitalar Baixo Vouga entre o dia 16 de novembro 2020 e o dia 18 de dezembro de 2020
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente na Unidade Local de Saúde do Nordeste entre o dia 15 de março 2021 e o 22 de abril 2021.

Todos estes são fundamentais para uma aprendizagem produtiva no que toca ao atendimento e tratamento do doente crítico. Em todos os serviços se verificou a existência de diversas valências e equipas de enfermagem com vasta experiência profissional.

Com a constante evolução e mutação da sociedade onde estamos inseridos torna-se necessária uma igual evolução e mudança nos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tendo estes que estar melhor preparados para responder às solicitações da população. Surge a necessidade de acompanharmos a evolução dos conhecimentos, usando a formação como arma, socorrendo-nos da evidência científica que sustente a nossa ação enquanto enfermeiros, no sentido de evoluirmos de iniciados a peritos (Benner, 2005).

É fundamental compreender que o domínio dos cuidados demanda o discernimento e a análise da razão dos mesmos, não podendo ser vistos como um conjunto de tarefas. Neste sentido, ao enfermeiro exige-se que desenvolva competências sustentadas em conhecimentos associados à aquisição de habilidades que lhe possibilitam aceder a informações de saúde importantes, com padrões de qualidade reconhecidos para a fundamentação das suas atitudes, garantindo a integração e a continuidade de cuidados. O trabalho do enfermeiro deve ser compreendido, como fruto do processo técnico-científico centrado em procedimentos, e como intervenções que exprimem uma conceção do processo saúde-doença, atendendo à dinâmica social e à organização dos serviços (Benitoat al., 2012).

A formação contínua permite melhorar as competências profissionais. A experiência é uma das fontes para a aprendizagem em adultos, uma vez que o indivíduo é incentivado a aprender conforme vivência necessidades e interesses. Desta forma, não é possível tornar-se especialista sem ter experiência em determinada atividade. É a partir da reflexão sobre a experiência que o individuo aprende novos conhecimentos e práticas (Lopes, 2010).

O estágio é, desta forma, um espaço de excelência para aprendizagens propício para o desenvolvimento de competências especializadas, cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal, reflexão crítica, avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem Médico- Cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho. De acordo com Fernandes (2007), os estágios permitem não só a aplicação da teoria a situações da prática clínica, mas permitem, também, ao aluno transformar-se enquanto pessoa, uma vez que os conhecimentos adquiridos na componente teórica confrontada com os saberes da prática, trabalhados a partir da sua própria experiência, permitirão o processo de aquisição de competências e saberes. Assim, o estágio é um espaço de formação académica, marcado pela interação e interrogação, constituindo a base experiencial para a vida profissional, favorecendo o

desenvolvimento de competências especializadas que são primordiais para alcançar o propósito de excelência profissional.

Hoje em dia, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exige uma abordagem sistemática e constante com o conhecimento de protocolos de atuação baseados na evidência.

Segundo Ferreira (1999) o relatório crítico de aprendizagem é um elemento fundamental da prática clínica do aluno porque o faz interiorizar e pensar no que foi o seu desempenho, permite-lhe fazer o balanço do seu estágio, situa-o face à aprendizagem, é um ótimo meio para desenvolver a capacidade crítica, ajudando-o a refletir sobre as atividades desempenhadas.

Na elaboração deste relatório procurei refletir sobre as aprendizagens, experiências e vivências ao longo de cada estágio, que permitiram um crescimento pessoal e profissional, bem como a aquisição de competência. Este tem como objetivos gerais, descrever as etapas do estágio; analisar criticamente o desenvolvimento da aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica; refletir e analisar pontos fortes e fracos, problemas e constrangimentos; descrever as atividades desenvolvidas; refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas e fornecer elementos avaliativos.

Os principais objetivos a atingir foram: a capacidade de integrar os conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver sugestões ou emitir juízos em situações de informação limitada, incluindo as reflexões das ações executadas, reconhecer quando aplicar os conhecimentos e expandir a capacidade de compreensão e resolução de problemas, em situações complexas.

Este relatório irá ser desenvolvido de acordo com as normas presentes no guia de elaboração de trabalhos escritos, seguindo o estilo APA, 2001.

No decorrer do estágio adotei uma metodologia de análise crítico-reflexiva dos objetivos definidos, estes foram ajustados conforme as oportunidades emergentes e das necessidades que se impuseram, estes são expostos na primeira parte deste relatório.

Pretendo com o presente relatório produzir uma reflexão crítica sobre esta experiência de aprendizagem e demonstrar os seus contributos para o desenvolvimento de saberes e competências profissionais tendo em conta os meus interesses, necessidades e oportunidades oferecidas em cada contexto.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Ao longo dos últimos meses foram realizados os estágios clínicos, referentes ao mestrado de enfermagem médico-cirúrgica, de forma a constituírem uma componente prática promovendo a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de experiências adequadas à formação do enfermeiro especialista ao nível das competências comuns e das competências específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Faz parte do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realização de um Relatório final de Estágio dedicada à prática clínica. Existem dois campos de estágio obrigatórios sendo eles Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, realizado no Centro Hospitalar Baixo Vouga, e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente executado na Unidade Local de Saúde do Nordeste, e por um campo de estágio opcional, sendo este efetuado no bloco operatório no Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Foram definidos objetivos gerais e específicos para cada ensino clínico de forma a maximizar e orientar a aquisição de competências, em cada um deles. Como objetivos gerais foram delineados os seguintes assegurar a constante atualização e aperfeiçoamento do exercício profissional, enquanto futura enfermeira especialista, proporcionando a valorização pessoal e profissional com vista à qualidade do exercício da enfermagem; Identificar e refletir sobre as competências gerais e específicas inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;

1.1. Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

Objetivos:

- Refletir sobre a estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência, estabelecendo um relacionamento dinâmico com a equipa, enquanto Enfermeira Especialista;
- Adquirir e Promover o treino de competências especializadas, de responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de cuidados ao utente urgente/emergente e família.

Este campo de estágio decorreu entre o dia 28 de Setembro de 2020 e 13 de Novembro 2020 no Centro Hospitalar Baixo Vouga, sob a tutela do enfermeiro Samuel Lopes, orientado pela Professora Maria Augusta Romão Veiga Branco, com uma duração de 168 horas, cumpridas.

O serviço de urgência é constituído por uma diversidade de salas, Sala de Espera de Acompanhantes; Sala de Emergência; Sala de Triagem; Sala de Espera dos Utentes que aguardam observação médica; Balcão de Azuis, Verdes e Amarelos; Gabinete de Psiquiatria; Gabinete de Ortopedia; Gabinete de Enfermagem; Balcão de Cirurgia; Balcão de Medicina; Sala de Observações; Stock de Material; Sala de Sujos; Sala de Espólio; Garagem para viatura da VMER.

A admissão dos doentes no serviço de Urgência é feita no balcão de admissão, pelos administrativos. É utilizada a triagem de Manchester, que com base nos sinais e sintomas manifestados pelos doentes à entrada, o enfermeiro escolhe um fluxograma de apresentação, o qual leva à seleção de um determinado número de discriminadores gerais e específicos que conduziram a uma prioridade clínica. A sala de emergência encontra-se em seguimento à sala de triagem e recebe doentes que apresentam situações críticas suscetíveis de colocar em risco a vida. A entrada para esta sala é imediata, não carecendo de qualquer tipo de espera, triagem ou inscrição na receção. Estes doentes são da responsabilidade da equipa de medicina interna ou de cirurgia geral de acordo com a patologia, podendo solicitar-se a colaboração de todas as outras especialidades. Após as intervenções necessárias para salvaguardar a vida e logo que o doente esteja estabilizado do ponto de vista clínico deverá ser transferido, para a especialidade inerente.

A Sala de Observação é uma sala ampla com quatro camas, devidamente equipada, os utentes deveriam, idealmente, permanecer em observação durante um período máximo de 24 horas.

Existe uma sala de espera dos utentes triados com as cores azul, verde ou amarelo. O doente, após lhe serem prestados cuidados nesta área, pode ser encaminhado segundo uma das seguintes quatro situações, alta médica; ficar em observação durante um período máximo de 24 horas; transferência intra-hospitalar ou transferência inter-hospitalar.

O balcão de Ortopedia, esta área é constituída por uma única sala dividida em duas partes, sendo que uma parte funciona como gabinete médico, onde o médico observa os doentes triados para esta área e outra parte equipada com material necessário para a realização de tratamentos ortopédicos e cuidados de enfermagem.

O balcão de Cirurgia é da responsabilidade da equipa de cirurgia, contando ainda com o apoio de um clínico geral. Esta área tem capacidade para cinco boxes para observação dos utentes e realização de cuidados de enfermagem e médicos. Existe uma sala de pequena cirurgia que recebe os doentes que necessitam da realização de pequenas intervenções.

Para a realização dos cuidados de enfermagem, ficam responsáveis dois enfermeiros em cada turno.

O balcão de Medicina é constituído por seis boxes devidamente equipadas para observação de doentes desta especialidade. Pela observação médica dos doentes nesta área, ficam responsáveis um Clínico Geral e três médicos de Medicina Interna em cada turno, assim como pela prestação de cuidados de enfermagem a estes doentes ficam responsáveis dois Enfermeiros em todos os turnos, tendo o apoio dos enfermeiros de transferências e de emergência.

O serviço de urgência geral possui uma equipa de enfermagem constituída por um total de 53 enfermeiros, dos quais um enfermeiro chefe (Sr. Enfermeiro. Jorge Figueira.

Nos turnos da tarde, da noite ou sempre que o Enfermeiro Chefe esteja ausente é designado um responsável de turno (enfermeiro de coordenação) que assume todas as decisões e o papel desempenhado pelo mesmo caso este estivesse presente.

1.2.Bloco Operatório

Objetivos:

- Participar e conhecer programas de melhoria contínua— programa cirurgia segura;
- Executar procedimentos e cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico;
- Conhecer a dinâmica do intra-operatório.

Como estágio opcional escolhi o serviço de Bloco Operatório, esta escolha foi influenciada pela curiosidade sobre o funcionamento deste serviço e pela oportunidade de prestar cuidados ao nível da área da anestesiologia, apreendendo desta forma experiência profissional a este nível, uma vez que se trata de uma área desconhecida por mim no que toca á prática. Este campo de estágio decorreu entre o dia 16 de Novembro 2020 e o dia 18 de Dezembro de 2020 no Centro Hospitalar Baixo Vouga, sob a tutela do Enfermeiro Rui Manuel Gomes, orientado pela Professora Maria Augusta Romão Veiga Branco, com uma duração de 168 horas, cumpridas.

Este é um serviço que confere cuidados diferenciados, específicos e de utilização transversal as diversas especialidades cirúrgicas, como cirurgia geral, ortopedia, urologia, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e apoio a obstetrícia.

Os enfermeiros especialistas nesta área prestarem cuidados de enfermagem baseados em conhecimento científico, técnico e humano mais aprofundado, capacitando-os para dar uma resposta mais eficaz e eficiente ao doente.

O bloco operatório está situado o 1º piso tendo acesso privilegiado ao serviço de esterilização. Possui de 5 salas de operações, das quais a sala 1 reservada para cirurgias de urgência e cesarianas não programadas, a sala 2 cirurgia geral a sala 3 oftalmologia, sala 4 ginecologia e urologia e sala 5 destinadas a cirurgias de ortopedia. Cada especialidade possui um espaço de aprovisionamento, destinado a armazenamento de material específico da especialidade, com exceção da especialidade de ortopedia. Cada sala possui uma antecâmara, onde se inicia a indução anestésica.

O Bloco Operatória possui ainda uma zona de acolhimento, uma área de logística, onde se localiza o gabinete médico e da enfermeira-chefe, dois armazém de material de uso clínico e soros e ainda uma área do pessoal, que inclui os vestiários e copa. Contíguo ao bloco, encontra-se a unidade de cuidados pós-anestésicos, constituída por 4 camas cada unidade com monitorização própria e rampas de oxigénio, um carro de emergência comum á unidade, aquecedores de ar por convenção e carro com fármacos e material clínico.

Em Situação de Pandemia houve varias necessidade de reorganização do serviço, na medida que apenas uma sala estava disponível para cirurgias programadas, havendo a possibilidade de ativar a segunda sala em caso de necessidade, sendo organizadas as cirurgias programadas segundo cada especialidade em dias diferentes de 2ª a 6ª ferira.

Neste campo de estágio decidi escolher a minha prática direcionada á área da anestesiologia por apresentar uma mais-valia para a minha experiência profissional e por conseguir uma aprendizagem mais pormenorizada e ainda pela oportunidade de abordagem da via aérea.

Antes de iniciar a cirurgia, cabe ao enfermeiro anestesista a verificação do plano operatório diário, verificação e teste diário do ventilador e monitor de anestesia e da operacionalidade da sala operatória, no que toca a reposição de material do carro de anestesia e sala de indução, assim como preparar o material e fármacos a serem usados durante a intervenção cirúrgica. É da sua responsabilidade manter uma observação e vigilância intensiva por forma a prevenir e antecipar complicações, bem como estar apto a atuar em caso de urgência e emergência.

Na maioria das vezes, o enfermeiro de anestesia chama o doente do serviço e é o enfermeiro que estabelece o primeiro contacto com o mesmo. Quando chega à sala de

operações, o enfermeiro confirma a sua identidade em consonância com o plano operatório e explica alguns dos procedimentos, de forma a diminuir o grau de ansiedade do doente e esclarecer algumas dúvidas. Compete também ao enfermeiro anestesista verificar a checklist da cirurgia segura.

Já na sala na sala operatória deve instalar o doente, monitoriza-lo, verificar acessos venosos, preparar e administrar fármacos, nomeadamente a profilaxia antimicrobiana protocolada, jejum, verificação de realização de pesquisa para SAR-CoV2 e vigiar o estado hemodinâmico do doente ao longo da sua permanência no serviço. Sempre que necessário, dependendo do tipo de anestesia, o enfermeiro posiciona o doente e colabora na realização de técnicas e na prestação de cuidados anestésicos.

Uma vez que os meus conhecimentos na área de anestesia são menos aprofundados, vi-me confrontada com a necessidade de efetuar uma maior pesquisa bibliográfica e esclarecer dúvidas nesse assunto com o enfermeiro anestesista que acompanhava. Assim, consultei bibliografia relacionada com as diferentes técnicas anestésicas, fármacos usados e todos os conhecimentos relacionados com cuidados de anestesia, assim como consulte todos os protocolos criados pelo serviço para cada tipo de cirurgia realizada.

Ao longo do estágio assisti e colaborei em diversas cirurgias das várias especialidades clínicas prestando cuidados de enfermeiro anestesista, tive oportunidade de auxiliar na intubação orotraqueal e de colocação de mascarar laríngeas. Colaborei na prestação de cuidados aos doentes durante a sua permanência no recobro. O recobro ou unidade de cuidados pós-anestésicos é um espaço fundamental dentro de um bloco operatório, tendo como finalidade vigiar o restabelecimento hemodinâmico do doente e evitar ou corrigir o aparecimento de complicações no período de pós-operatório imediato. Aqui o enfermeiro deve ser capaz de responder com rapidez, eficácia e alta rentabilidade em todas as circunstâncias e, muito particularmente, perante situações de emergência. Baseia-se sobretudo na observação do doente, avaliação dos sinais vitais, estado de consciência, sinais de hemorragia, permeabilidade das vias respiratórias, drenagens cirúrgicas e vesica.

1.3.Serviço de Medicina Intensiva

Objetivos

- Compreender a organização humana, funcional e física do serviço, com o objetivo de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade.

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de resposta adequada em tempo útil;

Este campo de estágio decorreu entre o dia 15 de Março de 2021 e o dia 22 de Abril de 2021 na Unidade Local de Saúde do Nordeste, sob a tutela da Enfermeira Maria Filomena Branco, orientado pelo Professor Carlos Magalhães, com uma duração de 168 horas, cumpridas. Este serviço é composto por 17 unidades, uma das quais destinada a um quarto de isolamento e 3 destinam-se a doentes positivos para Sars-CoV2. Cada unidade equipada com cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar e de sistema vácuo, contentores individualizados de lixos e bancada de trabalho para a realização de registos arquivo de processos clínicos. Os enfermeiros encontram-se distribuídos por diferentes equipas. Sendo que por turno cada enfermeiro tem no máximo 2 doentes distribuídos.

Existe um carro de emergência com o monitor desfibrilhador disponível para todo o serviço. Este serviço recebe tanto doentes de cuidados intensivos como doentes de cuidados intermédios, mediante a necessidade. O armazém contém todo o material necessário a prestação de cuidados, ventiladores de reserva e transporte, máquinas de dialise e de Hemo filtração. Localizada após a área de prestação de cuidados, a área de sujos tem saída para o exterior onde são acondicionados e recolhidos os sujos e os lixos – circuito independente do circuito limpo. Existe ainda uma copa onde os profissionais podem realizar as refeições, um Gabinete Médico e um gabinete da enfermeira chefe. A medicação está localizada Pyxis medStation System®, sistema este de armazenamento, contabilização e controlo de medicação.

Com o decorrer deste estágio foram muitas as experiências e as aprendizagens, neste posso afirmar que a maioria das tarefas e experiências realizadas foram efetuadas pela primeira vez, dada a complexidade das técnicas, que foge aos cuidados prestados por mim no meu dia-a-dia como enfermeira generalista, aprendi que a prestação de cuidados diários a doentes em contexto de cuidados intensivos requer muito da equipa multidisciplinar.

No Serviço de Medicina Intensiva encontram-se doentes em estado crítico que necessitam de ventilação mecânica ou de vigilância hemodinâmica contínua.

Os cuidados de enfermagem ao doente crítico exigem uma “observação, colheita e procura contínua de forma sistematizada e sistémica de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as

complicações, de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pág.1).

Varias foram as patologias com que lidei ao longo deste estágio, sendo que a mais frequente foi choque séptico com disfunção multiorgânica com maioritariamente ponto de partida respiratório ou urinário. Prestei ainda cuidados de enfermagem a doentes com intoxicações medicamentosas voluntarias, alterações de comportamento com necessidade de sedação, Edema Agudo do Pulmão, pneumonias, disfunção respiratória, pancreatites, colecistites, Doença renal Cronica, Lesão Renal Aguada, insuficiência renal, endocardite pós Operatórios difíceis após gastrectomia, rotura espontânea do esófago, rotura espontânea do esófago, pneumotórax, entre outras. Tive ainda oportunidade de enriquecer conhecimentos a nível hemodialise, e aprender técnicas dialíticas bem como novas técnicas de anti coagulação dos circuitos extracorporais, nomeadamente, a utilização de citrato. Tive ainda oportunidade de realizar por 2 vezes estudo hemodinâmico.

2. ANALISE E REFLEÇÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Falar de Enfermagem, é inevitavelmente falar de cuidar de pessoas que vivem uma situação de alteração do binómio saúde/doença, a enfermagem e a resposta a esta necessidade, muitas vezes emergente, é ajuda para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, é estar presente e cuidar com humanidade.

O doente é um ser complexo, bio-psico-socio-cultural e espiritual, é ser uno com valores, crenças e personalidade próprias, e sofre a influência do ambiente que o rodeia, desta forma cada um deve ser cuidado como um só. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam focar a sua intervenção na complexa interdependência entre a pessoa e o ambiente, sendo necessário ter uma visão holística da pessoa e promovendo uma relação terapêutica sólida para uma excelência de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Para a Ordem dos enfermeiros (2015, pág.69), o cuidado surge como o objetivo máximo do trabalho de enfermagem, tendo em vista o bem-estar e o bem viver a que todos têm direito, “(...) considerando na promoção do bem-viver uma vida digna que tem, como situação limite, uma morte digna. A ação de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo”.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, define que a profissão de enfermagem “(...), tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, (...)” (pág.2960). Paiva (2004, pág. 51), sublinhando a evolução do exercício profissional dos enfermeiros, salientava que “(...) os enfermeiros têm vindo a responder a novas necessidades em cuidados de saúde através da criação, representação e aplicação de conhecimento de Enfermagem e pelo consequente desenvolvimento de novas competências”.

É, deste modo, clara a complexidade da profissão e a imperativa necessidade de possuir conhecimentos científicos e técnicos, bem como, competências da área de especialidade bem consolidadas, com o objetivo de atingir a prestação de cuidados altamente qualificada.

A aprendizagem é um processo contínuo e o resultado de um conjunto de experiências que se vão adquirindo ao longo da vida. Segundo Ferreira (1999, pág.82) “aprender a aprender

é um processo permanente, através do qual as pessoas constantemente aprendem a refletir, a questionar, a confrontar e a relacionar os acontecimentos. É uma síntese entre o saber acumulado e a contínua observação, consciente e crítica, de vida vivida”.

Nem sempre a aprendizagem é um processo fácil sendo de extrema importância a definição de objetivos iniciais para que mais tarde seja possível avaliar os resultados conseguidos e compará-los aos desejados. Só através de uma abordagem de mensuração com vista à melhoria do desempenho, se traduz a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade

O curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica contribui para o processo de desenvolvimento de competências, através da consolidação de conhecimentos científicos, técnicos e éticos, sustentada nas aulas teóricas, e, depois, através do confronto com os diferentes contextos dos ensinamentos clínicos, nomeadamente, serviço de urgência, serviço de medicina intensivos polivalente e de Bloco operatório. Da díade conhecimento/prática emergem a necessidade de reflexão acerca da prática de enfermagem, a procura de evidência científica que corrobore os conhecimentos e apoie uma prática segura e todo um conjunto de situações novas que desafiam à tomada de decisão.

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

O supracitado regulamento determina que existem quatro domínios comuns às diferentes especialidades, nomeadamente, domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011). Porém, a Ordem dos enfermeiros (2010) definiu uma quinta competência, isto é, a competência da prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica.

Ao longo deste capítulo é efetuada uma reflexão crítica de carácter pessoal das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas durante os Estágios Clínicos

2.1. Competência no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal conduzi os ensinamentos clínicos com rigor e disciplina, atendendo às normas da profissão e às práticas de cuidados recomendados, no permanente respeito pelos direitos humanos e conseqüente dignidade

humana, com o objetivo último de responder às necessidades de saúde de cada cliente/família e permita ao enfermeiro desenvolver estratégias para as tomadas de decisão baseadas nos valores e princípios deontológicos.

Os processos de tomada de decisão nem sempre foram fáceis. Resultaram da análise e convergência de diferentes aspetos, tais como, os diferentes níveis de complexidade das situações, as perspetivas do doente, os meus conhecimentos e experiência, as perspetivas das equipas de enfermagem e multidisciplinar e, até mesmo, os diferentes contextos de ensino clínico. As decisões foram sendo guiadas pelo Código Deontológico e permitiram-me intervir junto da pessoa em situação crítica, certo de que as suas necessidades foram salvaguardadas. Não é por acaso que, segundo a Lei 156/2015, Artigo 100.º, se encontra explícito o dever de o enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.

É, aliás, dentro desta perspetiva de responsabilidade e muito consciente da repercussão das minhas intervenções que procurei sempre ser um promotor de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, sem qualquer dúvida de que “a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, pág.39).

O princípio base de toda a intervenção do enfermeiro deve ser “O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”, trata-se do primeiro, e porventura, do mais importante dos direitos dos doentes, enunciando na Carta dos Direitos dos Doentes (Direção Geral da Saúde, 2005, pág. 2).

Com o exercício da minha vida profissional como enfermeira e mais ainda agora como aluna de mestrado, sinto que as questões éticas estão presentes em todas as situações do quotidiano. Os princípios éticos como o respeito pela dignidade da pessoa, da sua intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio, independentemente das suas escolhas e perspetivas de saúde, são inerentes aos cuidados da pessoa em situação crítica.

A minha prestação durante os períodos de estágio foi marcada pela assiduidade, pontualidade e pela assertividade. Na presença de um ambiente e equipa diferentes, doentes com necessidades específicas para as quais, muitas vezes, não estava familiarizada e não tinha resposta imediata e assertiva, levou a que a minha atitude fosse de constante confirmação com o tutor, quando algo suscitava dúvida. Verifico que com o decorrer dos

estágios o sentimento de confiança e de competência foi-se aperfeiçoando, resultado da evolução e da aprendizagem.

A pessoa em situação crítica não existe sozinha. É inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar também da família, este apoio deve ser realizado de uma forma calma e ajustado a cada família. É importante estar presente, disponível para uma conversa e esclarecimento de qualquer dúvida que surja, sendo que é desta forma que surge uma relação terapêutica entre a família e o enfermeiro que só ajudara na melhoria do doente. Observei que as equipas com quem trabalhei demonstraram grande preocupação com a presença, esclarecimento e acompanhamento da família, integrando-a sempre que possível nos cuidados. Embora que, com a execução dos ensinamentos clínicos no decorrer da Pandemia por Sars-Cov-2, não foi possível contactar com a família tão diretamente quanto o desejado, por se encontrarem mais ausentes fisicamente. Tal foi sempre combatido com a facilidade de contactar com a mesma através de contactos telefónicos. Promovi o potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, por exemplo, através da preparação da alta. Prescrevi e implementei, com rigor técnico e científico, intervenções de enfermagem especializadas de acordo com as necessidades dos doentes, tendo feito uma adequada gestão de protocolos terapêuticos complexos. Desta forma considero que consolidei competências na assistência a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença, bem como a sua inclusão nos cuidados.

Ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, procurei ter uma intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica.

Em contexto de urgência, assumo que se revelou particularmente desafiante a aquisição desta competência, no que diz respeito à garantia da privacidade e da confidencialidade, o que exigiu da minha parte a adoção e a promoção de medidas suplementares que garantissem a reserva de informação sobre os doentes e a sua inacessibilidade física, pelo menos aquando da prestação direta de cuidados. Esta dificuldade é resultado da configuração físico-espacial do Serviço de Urgência e do número elevado de doentes que recorrem a este serviço. A utilização de biombo e uma particular atenção com o tom de voz constituíram medidas preventivas simples que minimizaram o acesso a informações dos clientes e garantiram o respeito pela intimidade. Esta questão que se levanta esta enquadrada na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, um desafio importante para qualquer enfermeiro. Neste âmbito, os padrões de qualidade dos cuidados

especializados na área de especialização em enfermagem em pessoa em situação crítica norteiam e servem de referencial para a prática especializada, constituindo, na verdade, um instrumento definidor do papel do enfermeiro especialista.

Em contexto de Bloco operatório, tomando como base os conhecimentos adquiridos na área da anestesiologia, realizei a gestão diferenciada da dor, durante e após sedação dos doentes.

Em contexto do serviço de medicina intensiva o doente internado encontrava-se num local pré-definido com as condições necessárias para a prestação de cuidados de qualidade e promoção da privacidade. Embora a maioria dos doentes estivesse sedado, sempre que participei em procedimentos invasivos ou na prestação de cuidados, tentei minimizar a exposição do doente através da redução da área exposta com a utilização de cortinas. Neste estágio baseei-me na evidência científica e nos protocolos do serviço para fundamentar as minhas intervenções, revi guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica. Participei, sempre que possível em estratégias de prevenção e controlo de infeção dos serviços. Sem dúvida que foi um estágio desafiante dado o seu grau de complexidade.

Em todos os estágios deparei-me com o doente incapazes de expressar a sua vontade fosse por doença ou situação grave. Nesses casos, fui confrontada com a necessidade de prestar cuidados para reverter a situação crítica e estabilizar os doentes, porém, surgem questões controversas e reflexivas e me fizeram colocar em prática todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo deste mestrado. Em qualquer contexto deveria prestar cuidados com o intuito de recuperar a situação clínica do doente embora muitas vezes desconhecendo a vontade do mesmo, os seus desejos, crenças e ideais tornando-se difícil tomar a melhor decisão. Assim, para salvaguardar o doente e tendo em conta a promoção da vida, é possível, nestes casos específicos recorrer ao consentimento presumido. Atuar respeitando a vontade presumida do doente segundo o princípio da beneficência e da não maleficência. Considero que as atividades desenvolvidas e os momentos de reflexão que ocorreram ao longo dos três estágios permitiram desenvolver competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

2.2.Competência no domínio da melhoria contínua da qualidade

A competência do domínio da melhoria contínua da qualidade têm como principal objetivo conceber, colaborar e gerir a melhoria dos cuidados prestados mantendo um ambiente

terapêutico e seguro. A qualidade e melhoria contínua incidem na busca incessante das melhores práticas e o envolvimento de todos os profissionais, através da racionalização, eficácia e eficiência do serviço prestado

Ouvimos frequentemente falar sobre a importância dos padrões de qualidade, e dos parâmetros definidos pela Ordem dos Enfermeiros para tal, só desta forma se consegue ver o reflexo na melhoria ou não dos cuidados de enfermagem. O conceito qualidade tem evoluído ao longo do tempo e a sua importância é referida ao nível de várias instituições internacionais e nacionais como a Organização Mundial de Saúde, Direção Geral da Saúde e Ordem dos Enfermeiros.

A garantia da qualidade dos cuidados, é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam, e nunca foi tão importante como agora, pois, existe uma crescente consciencialização dos doentes/família dos seus direitos e deveres, levando também a um aumento da expectativa sobre a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, sendo igualmente uma exigência legal da profissão, fazendo parte integrante da prática de enfermagem. Qualquer ato realizado pelo enfermeiro, este encontra-se obrigado a manter o sigilo profissional como descrito no Artigo 85.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril e compreende que a informação é propriedade do utente conforme mencionado no n.º 1 do Artigo 3.º da Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro.

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é uma temática relativamente recente em Portugal, sendo que é importante saber como avaliá-la, pelo que houve necessidade de implementar programas de acreditação, os quais ao longo dos anos têm evoluído. Este processo de acreditação incorpora como critério para a acreditação a divulgação dos eventos adversos através de relatórios (Raimundo, 2012). Só assim, conduzem a resultados efetivos, na melhoria da prestação de cuidados e simultaneamente evitam custos acrescidos, quer do ponto de vista social para os doentes, quer do ponto de vista financeiro para as organizações de saúde.

Para a melhoria da qualidade, é importante que o enfermeiro desenvolva o seu exercício profissional tendo em conta a aquisição e desenvolvimento das competências, participam em programas de melhoria da qualidade, atuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Refletindo sobre os programas de melhoria da qualidade, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), estes programas constituem-se como referenciais para o processo de reflexão dos enfermeiros acerca do seu exercício profissional, conduzindo assim, à melhoria contínua dos cuidados prestados. Tive o cuidado de estar atualizado sobre as novas diretrizes de cuidados, dinamizando e colaborando nos programas de melhoria contínua da qualidade das instituições, como por exemplo no projeto intitulado STOP Infecção Hospitalar, adotando as suas recomendações pela sua eficácia na redução das infeções hospitalares, criando um ambiente terapêutico e seguro para com os doente.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, como aluna de mestrado tive oportunidade de desempenhar estas competências de enfermeiro especialista. Reconheço, pela curta experiência que vivi, não ser fácil estar desperto e ter tempo para analisar e dedicar-se a programas, ou intervenções que visem a gestão da qualidade. No entanto, enquanto profissional de saúde e aluna de mestrado, procedi à realização da check-list pré-operatória, procedi à verificação de carros de emergência, check-list de sala de emergência e dos ventiladores, realizei banhos cirúrgicos, de acordo com o programa cirurgia segura, entre outros.

Em contexto de bloco operatório é difícil analisar as práticas na vertente de resultado de forma individual, uma vez que o doente não permanece nestes serviços durante muito tempo, contudo, os resultados são avaliados de forma coletiva, por exemplo, na redução da infeção do local cirúrgico.

O doente crítico, devido à sua instabilidade precisa de cuidados imediatos e de uma vigilância intensiva mais pormenorizada e exigente. Um outro aspeto de salientar, referente aos serviços onde prestei cuidados, foi a existência de normas e protocolos de procedimento relativos às várias intervenções autónomas e interdependentes desenvolvidas e a preocupação constante por parte da equipa na sua atualização. Estes são uma ferramenta fundamental e de extrema importância, uma vez que nos dão segurança na prestação de cuidados, permitem uma homogeneidade e potencia a uniformização dos procedimentos, a distribuição de funções, a verificação de todo o material que é necessário, promovendo assim uma maior organização do serviço e dos cuidados, minimizando o erro e contribuindo para os programas de garantia da qualidade. Sendo uma forma de desenvolver atividades interdependentes perante situações que exigem resposta imediata e segura, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Ao longo da minha experiência profissional e nas práticas clínicas, essencialmente no contexto de cuidados intensivos, apercebi-me que a instabilidade hemodinâmica do doente assume um fator determinante para a prevenção das Úlceras por Pressão. Pois, muitas vezes dificulta os posicionamentos frequentes, sendo necessário adotar outras medidas preventivas como os cuidados à pele, nomeadamente manter a pele seca e limpa com produto de limpeza de ph neutro, utilização de produtos de barreira nas regiões corporais mais húmidas e evitar a pressão nas superfícies corporais mais suscetíveis. Outro cuidado que procurei ter era no alívio das superfícies em contato com os dispositivos médicos, particularmente nos sistemas da linha arterial, por frequentemente ficarem com eritema, prevenindo assim complicações.

Nesta perspetiva, considero que esta se trata de uma área muito importante em que o enfermeiro especialista pode e deve intervir é na formação em serviço, potenciando as capacidades e competências individuais de cada um, promovendo a sua partilha com a equipa. Deve ter como objetivo a satisfação das necessidades sentidas pelos enfermeiros, inseridos num serviço, considerando as expectativas individuais e de grupo, com vista à obtenção da excelência e a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo dos três ensinamentos clínicos pude constatar que existia uma planificação/calendarização das atividades de formação para o ano corrente, com vista à satisfação das necessidades formativas identificadas pela equipa. A identificação das necessidades formativas acontece de maneira informal, por conversas ocasionais, e ocasionalmente era discutida em reuniões de serviço.

É crucial que o enfermeiro conheça os padrões e indicadores de qualidade nos diversos contextos para que possa atuar em conformidade. Tendo por base tudo o que anteriormente referi, tornou-se realmente importante que enquanto futuro enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, construísse competências especializadas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população, sendo que a participação em programas de melhoria dos cuidados, assumiu-se como um elemento facilitador. Durante a minha prática clínica procurei basear as intervenções em altos níveis de evidência científica, mostrando-me empenhado em participar nos programas de melhoria da qualidade nos cuidados, Embora durante a pandemia que estamos a enfrentar, nos dias de hoje, não me foi possível a participação tao assídua quanto desejada.

Com recurso a todos os conhecimentos suprarreferidos e pelas experiências vivenciadas que foram alvo de análise e reflexão crítica ao longo dos estágios, constato que adquiri competências neste domínio específico.

2.3.Competência no domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão esta implícita nos cuidados de enfermagem de variadas formas, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos humanos ou materiais. Englobam estratégias e normas que potenciam a prestação dos enfermeiros nos cuidados de saúde.

Segundo o Regulamento nº 122/2011, o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e com uma liderança adequada consegue a articulação na equipa multidisciplinar e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

A constante preocupação na racionalização dos custos tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação com a eficiência na área da saúde. Os cuidados de Enfermagem são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas também pelos recursos utilizados para os obter. Assim, a gestão é considerada um domínio da área de competência do enfermeiro que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Segundo Soares (2007), eficiência e a relação entre os custos e os resultados, isto é, o que se obtém com os recursos disponíveis e a eficácia pode ser definida como o alcançar dos objetivos em relação as metas propostas.

Aos profissionais de saúde é-lhes demandado que sejam eficazes, ou seja, que atinjam metas e resultados preconizados, alcançando o máximo bem-estar e satisfação do doente. Mas também é exigido que sejam eficientes, fazendo mais com os mesmos recursos, ou fazendo o mesmo, utilizando o mínimo indispensável, combatendo o desperdício.

Como enfermeira com experiência profissional, e como aluna apercebo-me desta necessidade por parte dos enfermeiros, é assim importante desenvolver, a nível individual, estratégias e competências que permitam uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar.

Compete ao enfermeiro especialista a gestão dos cuidados. Nos serviços onde realizei os ensinamentos clínicos esse papel foi desempenhado pelas Enfermeiras Chefes ou pelos

enfermeiros especialistas, cumprindo o que emana a Ordem dos Enfermeiros (2010, pág. 13) “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”.

Nos serviços onde passei verifiquei que a distribuição da equipa de enfermagem pelos vários sectores era executada pelo Enfermeiro coordenador que estava distribuído para o turno ou pelo enfermeiro chefe durante a manhã.

A disposição dos enfermeiros tinha em consideração o equilíbrio da equipa nas várias áreas de atuação. Considero que esta metodologia tinha a vantagem de ser o coordenador a distribuir, bom conhecedor do desempenho de cada elemento nos vários sectores, no entanto, penso ser desvantajoso por muitas vezes se tentar aceder às preferências de cada profissional nas suas áreas de eleição, e desta forma haver cuidados de qualidade.

Estava a cargo do(a) enfermeiro (a) Chefe e, na sua ausência enfermeiros especialistas ou Enfermeiro Coordenador do turno a gestão de recursos humanos, assim como responsáveis pela vigilância dos cuidados de enfermagem prestados durante o turno, bem como pela supervisão nas atividades desenvolvidas.

Relativamente à gestão de materiais, esta envolve um sistema que coordena as atividades referentes à gestão e controlo dos produtos, serviços e equipamentos, e vai desde a compra até à utilização, colocando os mesmos à disposição dos seus utilizadores em tempo útil e da forma mais económica. Os recursos materiais numa unidade de cuidados são as instalações, os equipamentos e os bens de consumo. Estes materiais são constituídos por produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, produtos alimentares, materiais designados de hotelaria, de consumo administrativo, de manutenção e conservação (Assis, 2010). Em cada serviço, pude constatar que os recursos materiais eram diversificados, cada um com a sua especificidade, sendo uma mais-valia, para o bom funcionamento dos serviços bem como para a qualidade dos cuidados prestados.

Nos serviços onde realizei a minha prática, a gestão dos stocks estava a cargo dos enfermeiros chefes. A reposição de material (consumíveis) e produtos farmacêuticos era feita pelo método de reposição por níveis, o que na minha opinião permite uma melhor gestão do material e liberta os Enfermeiros para a realização de outras funções. Durante os estágios tive a oportunidade de acompanhar este processo por forma a assegurar a manutenção do serviço, tendo em conta que os pedidos eram efetuados consoante o stock disponível e previsão dos gastos.

Ao desenvolver a minha prática clínica nos diferentes serviços, foi possível constatar que durante a prestação de cuidados globais, o Enfermeiro Especialista, mantinha o diálogo com todos os Enfermeiros dando-lhe sempre que possível reforço positivo e assessoria, tomava especial atenção à prestação de cuidados seguros e tenta maximizar a garantia da qualidade, certificando-se de que o doente/família são alvo dos melhores cuidados possíveis.

A segurança e os cuidados seguros devem ser encarados em sentido holístico, nas dimensões física, química, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, em que o enfermeiro responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e no tratamento, orientando outro profissional mais bem colocado para responder ao problema, assegurando a continuidade dos cuidados. (Ordem dos enfermeiros, 2006).

Este foi o principal alvo da minha atenção ao longo destes estágios pois assenta na prática direcionada para os cuidados especializados, para a qual adquiri anteriormente conhecimentos teóricos tendo tido a oportunidade de experimentar, o que me enalteceu bastante enquanto futura Enfermeira Especialista. Este tipo de atuação permitiu um processo de melhoria contínua com satisfação dos profissionais e dos doentes cuidados por estes, dando uma visão da organização melhorada. Tive a vantagem de todos os enfermeiros tutores que me acompanharam ao longo destes meses, desempenhavam papel de enfermeiro coordenador no papel de responsáveis, pude identificar que estes assumiam uma liderança e participavam, em que cada elemento prestava cuidados de forma livre e responsável pelas suas decisões e ações, funcionando como condutor do grupo na direção da prestação de cuidados seguros, de qualidade e de acordo com as prioridades, tornando-se assessor a nível de conhecimentos e de mobilização de recursos, na interligação e negociação com a restante equipa interdisciplinar e registo de ocorrências, tendo em conta os objetivos de cada serviço. Assim, posso referir que a coordenação dos serviços constituiu um desafio único e foi imprescindível para dar uma resposta efetiva e com qualidade aos doentes que recorrem diariamente aos serviços por onde prestei cuidados.

Ao longo de todo o processo de aprendizagem, aliei os conhecimentos teóricos à situação real dos serviços, com as suas características e onde predomina a especificidade, adquirindo e desenvolvendo competências na área da gestão de cuidados, tendo sido favorável o fato de ter colaborado com a equipa na prestação direta de cuidados globais à pessoa em situação crítica. Tive oportunidade de realizar pedidos extra necessários, como

o arranjo de equipamentos, pedidos de farmácia, armazém, alimentação e pedidos de limpeza e desinfecção, perceber a realização das auditorias nos serviços como o exemplo do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções.

Neste processo foi importante perceber que o Enfermeiro Especialista tem um papel primordial na deteção de situações adversas, procurando atualizar conhecimentos de forma a conseguir analisar, planear, definir estratégias de resolução, por em prática, motivar e avaliar junto da restante equipa. Reforço a importância da partilha das práticas baseadas na experiência com ganhos efetivos por parte do doente.

2.4.Competência no domínio das aprendizagens profissionais

Este último domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, segundo o Regulamento nº 122/2011, diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como ao fato de basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) "o aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera atualização de conhecimentos, com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências" (pág.43). A prática de enfermagem deve ser sempre baseada na competência do saber ser e saber fazer, mas também do saber saber e saber estar.

Ao longo dos ensinamentos clínicos encontrei situações para as quais já possuía competências, uma vez que já as teria abordado na minha prática clínica como enfermeira. Por outro lado tive a humildade de dizer quando não sabia o que executar em momentos ou procedimentos que não se sentia segura, tentando sempre procurar junto do enfermeiro tutor e a través de investigação realizada por mim, na tentativa de compreender melhor e assim aprender e crescer enquanto profissional. Desta forma consegui, como futura enfermeira especialista, desenvolver competências que me permitam enriquecer a nível de conhecimentos, pois só assim baseio a prática especializada em padrões de científicos.

Com base na minha experiência profissional, este domínio nunca está finalizado, pois a competência adquire-se com base nas aprendizagens profissionais que ao longo do percurso vão sendo diversificadas. A reflexão deve fazer parte de cada momento e de cada situação, invocando os seus saberes e selecionando aqueles que, do seu ponto de vista, se ajustam melhor à situação que está a vivenciar, trocando opiniões partilhar de experiências

a apreensão de novos conhecimentos e a permuta de saberes foi um suporte fundamental para aperfeiçoar competências ao longo dos ensinamentos clínicos. A reflexão sobre situações decorrentes da prática de cuidados foi alimentada pelo conhecimento científico e pelo saber profissional, ou seja, da prática baseada na evidência.

Ao longo dos três estágios, considero que tive inúmeras oportunidades de aprendizagem durante a prestação de cuidados ao doente crítico, podendo destacar algumas situações vivenciadas, nomeadamente os cuidados de enfermagem aos doentes submetidos a ventilação mecânica e com monitorização invasiva, de modo a conhecer e proceder à sua interpretação e despiste de focos de instabilidade para prevenção das complicações. Outra aprendizagem que considerei relevante, foi a interpretação dos valores da gasometria arterial e respetiva relação com a ventilação, pois na minha prática diária não estava familiarizada, o que promoveu a pesquisa, estudo e exploração da temática.

Falar de aprendizagem é mais que aquisição de conhecimentos e conceitos, é aprender a estar atento e desperto para problemas ou potenciais problemas, ter um pensamento crítico e reflexivo e atuar atempadamente prevenindo o dano. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais, práticas seguras e de qualidade contribui para um desenvolvimento profissional e pessoal.

Com tudo cabe aos enfermeiros especialistas serem agentes de mudança e promotores da prática baseada na evidência, ultrapassando as barreiras que vão surgindo no dia-a-dia.

2.5. Competência dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica

O enfermeiro especialista deve possuir competências adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem, tendo em conta o seu ciclo de vida. As intervenções à pessoa em situação crítica devem ser dirigidas com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, diferenciados e complexos, e consciente da necessidade de diferenciação dos profissionais que cuidam deste tipo de doente, a OE emanou o Regulamento nº 124/ 2011, onde define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e o Regulamento nº 361/ 2015 de 26 de junho que regula os Padrões de

Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
Com base no regulamento suprarreferido, as competências específicas são:

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

Segundo o regulamento supracitado, 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” (pág. 8656). Cuidar da pessoa em situação crítica que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde-doença é o foco da intervenção do enfermeiro. É muito complexo e abrangente, pelo que requer uma equipa multidisciplinar com conhecimento das suas funções, atuando com metodologia correta no tempo certo. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem ser qualificados e prestados de forma contínua, dando resposta às necessidades afetadas, tendo como primordial objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, e como finalidade a recuperação total do doente.

Com o desenvolver dos estágios clínicos, senti que desenvolvi um acréscimo de competências no cuidar da pessoa em estado crítico, adquirir competências é algo que se trabalha ao longo do tempo e das experiências vivenciadas. Considero que agora, após a execução dos estágios estou mais desperta á observação e antecipação de alguma instabilidade por parte do doente, no que respeita a compreensão das necessidades dos doentes, estando mais atenta para alguns sinais que manifestam as necessidades do doente, por exemplo, o sentimento de dor no doente que não comunica, assim como lidar com a família, que na maioria das vezes se sente desanimada, confusa, necessitando apenas de uma palavra de esclarecimento, e muitas vezes apenas a nossa presença mesmo que seja em silencio. No que toca á interação com a família, durante a pandemia foi complicado, dadas as restrições governamentais de segurança para os doentes, em que não havia a possibilidade de acompanhantes e visitas. Contudo, durante o estágio no serviço de medicina intensiva este foi superado e trabalhado por mim de forma a possuir o máximo de competência possível, sempre que me foi permitido. É importante que assertividade e a empatia estejam sempre presentes quando cuidados deste tipo de doente, sendo inerentes ao cuidar em enfermagem.

O enfermeiro especialista deve procurar a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e a readaptação funcional. (Ordem do enfermeiros, 2011). Posto isto considero que durante o meu estágio, as minhas intervenções foram de encontro com o preconizado, onde a satisfação do doente era o objetivo máximo das minhas intervenções, potenciando sempre que possível a sua colaboração nos cuidados e o seu esclarecimento de procedimentos, promovendo a saúde. No que toca a prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado tive sempre presente estes conceitos presentes, embora cuidar de pessoas em situação crítica, muitas vezes sob sedação implica uma realização, por parte do enfermeiro, de todas as necessidades humanas básicas.

Cuidar de pessoas em situação crítica exige aos profissionais que aí exercem a suas funções, ter conhecimentos, competências, formas de agir e atitudes específicas e complexas para que se obtenha qualidade nos cuidados.

b) Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação

O enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), 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 situação crítica e / ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta assistencial. Nestas situações é exigido um conjunto de procedimentos com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, efetuando o melhor uso dos recursos disponíveis.

Relativamente a esta competência é importante promover uma prática em condições de segurança, orientada e coordenada durante o trabalho dos profissionais em caso de um acidente grave ou catástrofe, pretendendo-se minimizar a perda de vidas e bens, atenuar ou limitar os efeitos de acidentes graves ou catástrofes e restabelecer as condições mínimas de normalidade, o mais rapidamente possível.

No serviço de urgência tive oportunidade de analisar dois fluxogramas da triagem de Manchester específicos para situações de catástrofe e multivítima, que facilitam a triagem das vítimas de catástrofe, quando da sua chegada. Nestas situações a primeira triagem é

efetuada no local da ocorrência, em contexto extra-hospitalar, permitindo atribuir um nível de prioridade de forma rápida e encaminhar para a área de tratamento mais adequada, para uma avaliação secundária, com entrada imediata para a sala de emergência.

Relativamente a esta competência, não houve oportunidade de colocar os conhecimentos teóricos em prática. Todavia, na procura permanente da excelência no exercício profissional, a exploração desta temática proporcionou momentos de diálogo sobre as vivências/ experiências e conhecimentos da equipa, recorrendo ao pensamento crítico, na certeza que, futuramente se necessários os conhecimentos estarão mais presentes e sólidos, o que irá repercutir-se numa prestação mais consistente e segura, tendo em conta toda a complexidade da situação.

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

O enfermeiro especialista, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), devera responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O enfermeiro tem um papel de extrema importância na prestação de cuidados ao doente crítico na prevenção e redução do risco associado às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Estas são um problema de saúde grave, causando uma elevada morbilidade, mortalidade e estão associados às mesmas, custos de saúde elevados. O risco de transmissão da infeção existe em todos os momentos da prestação de cuidados. Fatores como a sobrelotação, a ausência de pessoal dedicado apenas aos utentes infetados e/ou colonizados, as transferências frequentes de utentes entre serviços e instituições de saúde e utentes críticos internados em unidades específicas, contribuem para o aumento do risco de transmissão cruzada de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Os cuidados de saúde atuais, caracterizados pelos avanços tecnológicos e terapêuticos, trouxeram ganhos em saúde, nomeadamente o tratamento para doenças até então incuráveis, e o aumento da esperança média de vida. Todavia, os riscos associados a estes ganhos, também aumentaram, particularmente o risco de contrair uma infeção.

Cada vez mais existe uma constante preocupação ao nível desta temática, uma vez que Portugal reúne elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, elevado consumo de antibióticos e de microrganismos resistentes aos mesmos (Direção Geral da Saúde, 2016). A Direção Geral da Saúde prevê a constituição e a operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes, vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas praticas e formação dos profissionais. Medidas simples devem ser adotadas, pois contribuem para a diminuição das complicações da pessoa em situação crítica, nos diversos contextos desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar. Deste modo, o enfermeiro ao adotar esta conduta, promove a segurança dos cuidados que implementa, proporcionando qualidade nos cuidados prestados.

Para dar resposta a esta competência tentei adotar sempre uma atitude responsável no controlo da infeção desde a adoção das medidas de precauções básicas, como o lavar das mãos e uso do equipamento de proteção individual e a administração protocolada de terapêutica antimicrobiana, o que pude constatar haver muita preocupação nos dias de hoje á cerca destas temáticas, talvez também pelo facto de vivenciarmos nos dias de hoje uma situação de pandemia. No serviço de medicina intensiva colaborei em numerosos rastreios séticos de forma responsável e respeitando os princípios de assepsia.

Na sala de emergência, foi possível identificar e refletir sobre os momentos críticos para a transmissão de infeção. Assim como no Serviço de urgência onde são prestados cuidados num curto espaço de tempo e escassez de profissionais para um número elevado de utentes. Enquanto enfermeira especialista considero as competências de prevenção e controlo da infeção foram adquiridas, permitindo a prestação de cuidados segura e de qualidade, através do recurso aos procedimentos de controlo de infeção, tendo por base as normas emanadas, designadamente no que concerne às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Terei agora a responsabilidade de questionar, ponderar e procurar constante atualização na área de prevenção e controlo da infeção, perante as vias de transmissão na pessoa em situação critica. Somente cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas poderei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente em estado critico.

3. - SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A enfermagem é uma profissão desafiadora e complexa que envolve muito mais que processos de doença, resulta da prática, da reflexão sobre ela e da investigação. O aumento da esperança média de vida, os constantes avanços tecnológicos e o aumento da exigência de qualidade nos cuidados de enfermagem prestados obrigam a que a enfermagem não seja uma profissão estanque, parada no tempo.

Considero que atingi maioritariamente os objetivos a que me propus, com competência e dedicação e, nesta reta final, sinto-me segura nos meus atos, confiante nos meus conhecimentos e acredito ter dado mais um grande passo como futura Enf.^a Especialista.

Com o decorrer dos estágios, foi possível uma aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso de Enfermagem Médico-cirúrgica, para além de muitos outros, que desde logo percebi ser necessário explorar, visando a obtenção da primazia nos cuidados a prestar. Com efeito, ao longo do tempo, foi possível aprofundar e adquirir novos conhecimentos teóricos, aplicá-los na prática, aperfeiçoar técnicas e ampliar as minhas capacidades comunicacionais, constituindo estes, contributos inestimáveis à tomada de decisão e autonomia, em cuidados específicos das diferentes especialidades, que progressivamente ampliei. Todas as ações desenvolvidas assentaram num pensamento crítico-reflexivo, baseado na evidência científica e experiência profissional, para uma tomada de decisão consciente tendo como propósito a qualidade dos cuidados no atendimento do doente crítico e alcançar os objetivos propostos.

Ao enfermeiro especialista é-lhe exigido um aperfeiçoamento de competências ao nível da gestão da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Competências estas que são a base da formação especializada em enfermagem. A pessoa em situação crítica necessita cuidados rápidos, específicos, contínuos e especializados, levando a necessidade de adquirir competências específicas que foram adquiridas e aperfeiçoadas ao longo de todos os estágios realizados, como:

-Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

-Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção a ação;

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;
- Desenvolver uma prática profissional e ética;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos face as situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Ser Enfermeira Especialista é, desafiante e motivador já que, diariamente surgem situações novas que exigem uma atuação adequada de modo a contribuir para a qualidade de cuidados traduzida em ganhos em Saúde. Neste sentido, e de acordo com as minhas expectativas iniciais, considero que o estágio se revelou uma experiência muito enriquecedora, repercutindo-se num crescimento quer a nível pessoal, quer a nível profissional, resultado das inúmeras experiências que tive oportunidade de vivenciar.

Sabendo que “a experiência não é a mera passagem do tempo ou a longevidade: é o refinamento de noções e teorias preconcebidas ao encontrar muitas situações práticas reais que acrescentam à teoria nuances e sombreados de diferença” (Benner, 2005), julgo que o trabalho desenvolvido neste estágio foi sem dúvida frutífero, pois permitiu desenvolver competências, num espaço muito específico, que mobiliza diferentes recursos e que exige capacidade para se lidar com o imprevisto, capacidade de observação e avaliação das situações, com vista a estabelecer prioridades no cuidar do doente. Acredito que este relatório é espelho de todo esse percurso e deixa uma imagem clara e crítica da minha perspetiva.

Posso considerar que ao longo destes campos de estágio realizados, foram mais os pontos fortes que os pontos fracos. Sendo que a principal problemática e constrangimento foi a

constante conciliação entre a vida profissional e a vida acadêmica. Houve ao longo destes meses uma continuidade de cuidados entre os horários laborais e acadêmicos, resultando um cansaço e numa exigência física e psicológica bastante desgastante da minha parte. Este principal obstáculo foi sempre superado, acabando por ser um problema menor, dada a bagagem de conhecimentos e de experiências que adquiri, sendo este o ponto mais forte. Consciente da intencionalidade que deve habitar em cada intervenção, procurei manter um padrão de conduta condicente com a dignidade que caracteriza a profissão, através de um exercício seguro, profissional e ético e de processos de tomada de decisão rigorosos. Enquadrado numa filosofia de melhoria contínua da qualidade, com os padrões de qualidade dos cuidados especializados bem enraizados, demonstrei ter uma intervenção precisa, eficiente, em tempo útil e que contempla a pessoa em situação crítica de uma forma holística. Privilegiei aspetos tão importantes como a comunicação, a relação terapêutica, a gestão da dor ou o cuidado da família. Promovi o potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Baseei-me na evidência científica para fundamentar as minhas intervenções e conhecimentos.

Em jeito de conclusão esta panóplia de experiências fizeram-me despertar para a longa caminhada que ainda tenho que percorrer e que só agora se está a iniciar. A obtenção do título de Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica não pronuncia um fim, mas sim o início de um longo trabalho em que todos temos de contribuir para ultrapassar certas lacunas que ainda existem na profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assis, C. (2010). O Enfermeiro gestor: que dificuldades. Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real: Universidade de Trás- os- Montes e Alto Douro.
- Benito, G. A. V., Tristão, K. M., Paula, A. C. S. F., Santos, M. A., Ataíde, L. J., & Lima, R. d. C. D. (2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. Revista Brasileira de Enfermagem.
- Benner, P. (2005). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Direção Geral de Saúde (2005). Carta dos Direitos do Doente Internado. Acedido a maio, 2021. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Portugal: Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números: 2015: Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa: Author. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Fernandes, O. (2007). Entre a teoria e a experiência. 1ª ed. Loures: Lusociência.
- Ferreira, A. & Madeira, M. (2011). A dor torácica na sala de emergência. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI.
- Ferreira, S. (1999). O relatório crítico de actividades na avaliação da Prática clínica de alunos: Trajectos e projectos. N.º I. Viana do Castelo: Escola Superior de Enfermagem Viana do Castelo.
- Lopes, A. & Picado L. (2010). Conceção e gestão da formação profissional contínua: da qualificação individual à aprendizagem organizacional. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Ordem dos Enfermeiros. 2001. DIVULGAR – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Author.

Paiva, A. (2004). O papel do enfermeiro. In M. C. P. Neves & S. Pacheco (Coords). Para uma ética da enfermagem. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (4 set. 1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República N.º 205, 1.ª série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República N.º 35, 2.ª série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República N.º 181, 1.ª série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da república n.º 35, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento n.º 361/2015. Diário da República n.º 123, II Série.

Raimundo, H. (2012). Relato de erros de medicação: Perceções dos enfermeiros (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1634>

Soares, J. (2007). Eficiência versus Eficácia. Acedido em maio de 2021. Disponível em <http://hospitaldofuturo.org/group/gestaoeconomiadasaude/forum/topics/19671>

98:Topic:1133