



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Saúde

Filipe André Soares Oliveira

Barreiras na Monitorização da Dor identificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência

Braga, outubro de 2019



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Saúde

Filipe André Soares Oliveira

Barreiras na Monitorização da Dor identificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação dos Professores:

Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo

Professor Doutor Simão Pedro Pereira Vilaça

Braga, outubro de 2019

Declaração

Nome: Filipe André Soares Oliveira

Endereço eletrónico: filipe_oliveira8@hotmail.com

Telefone: 918355082

Número de Cartão de Cidadão: 13570527

Título de Dissertação: Barreiras na Monitorização da Dor identificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência

Orientadores: Professora Doutora Ana Paula Macedo e Professor Doutor Simão Vilaça

Ano de conclusão: 2019

Designação do Mestrado: Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO DE Mestrado APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ___ / ___ / ___

Assinatura: _____

“As dores contadas são acalmadas”

Jean de La Bruyère

Agradecimentos

Em primeiro lugar, um muito obrigado à Professora Doutora Ana Paula Macedo pela contínua atitude crítica na elaboração deste estudo e por toda a disponibilidade demonstrada ao longo do processo de investigação.

Ao professor Doutor Simão Vilaça um agradecimento pela ajuda no rigor científico.

Um grande obrigado aos amigos enfermeiros Aníbal, Lídia, Paula e Sara, colegas de trabalho e mestrandos também neste curso de mestrado, pela força e entreaajuda desde o primeiro dia de início do curso, pois foram um grande impulso para a conclusão deste mestrado.

Um agradecimento especial aos colegas enfermeiros do serviço de urgência do hospital em estudo por todos, sem exceção, terem aceite fazer parte da amostra do estudo e dado o seu contributo para a recolha de dados.

Não poderia esquecer os meus pais, pela motivação de continuar sempre num percurso de formação contínua e terem sido os primeiros impulsionadores para a inscrição neste curso de mestrado.

De forma particular, uma palavra de reconhecimento à minha cunhada Cláudia pelo empenho e precisão na revisão da narrativa. Foi uma pessoa muito atenta aos mais pequenos pormenores fazendo sempre uma crítica construtiva.

Por fim, mas não menos importante, à minha esposa, pela paciência demonstrada nos momentos mais difíceis e por se revelar sempre uma pessoa perspicaz para os detalhes do trabalho.

A todos, um sincero obrigado!

Resumo

A dor é dos principais motivos de procura de cuidados de saúde nos serviços de urgência, sendo uma realidade com a qual os enfermeiros lidam diariamente. Enquanto sinal vital preconiza-se uma monitorização sistemática, no sentido de possibilitar uma intervenção precoce e individualizada em prol do bem-estar do doente, nomeadamente a pessoa em situação crítica. No entanto, muitas são as barreiras com que se deparam os enfermeiros que trabalham num serviço de urgência aquando da monitorização da dor. Trata-se de um estudo de cariz quantitativo, exploratório descritivo que tem como objetivo identificar as barreiras descritas pelos enfermeiros da amostra na monitorização da dor. Como método de recolha de dados foi utilizado um questionário de resposta fechada e aplicado aos enfermeiros de um serviço de urgência da zona Norte de Portugal, que estão diretamente envolvidos na prestação de cuidados. Os resultados obtidos neste estudo contribuíram, assim, para uma melhor identificação e conhecimento das diversas barreiras e de como é efetivamente monitorizada a dor num serviço de urgência. A partir da exploração dos dados é possível refletir e propor medidas interventivas personalizadas, com vista a uma adequada gestão terapêutica da dor e à maximização da segurança, da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida da pessoa em situação crítica, da família e comunidade. Conclui-se que a consciencialização das barreiras por parte dos enfermeiros será um passo importante para o controlo das mesmas, eliminando-as ou minimizando-as progressivamente, garantindo o sucesso da monitorização. A formação contínua dos enfermeiros é uma via importante para a construção e consolidação de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais nesta área específica dos cuidados de enfermagem, permitindo a disponibilidade destes profissionais para a consciencialização.

Palavras-chave: Barreiras, Monitorização, Dor, Urgência.

Abstract

Pain is one of the main reasons for seeking health care in emergency services, being a reality that nurses deal with daily. As a vital sign, systematic monitoring is recommended in order to enable early and individualized intervention in favor of the patient's well-being, namely the person in critical condition. However, there are many barriers that nurses working in an emergency department face when monitoring pain. This is a quantitative, descriptive exploratory study that aims to identify the barriers described by the sample nurses in pain monitoring. As a method of data collection, a closed response questionnaire was used and applied to nurses of an emergency service in the North of Portugal, who are directly involved in the provision of care. The results obtained in this study thus contributed to a better identification and knowledge of the various barriers and how pain is effectively monitored in an emergency service. From the exploration of the data, it is possible to reflect and propose personalized intervention measures, aiming at an adequate therapeutic management of pain and the maximization of safety, quality of care and quality of life of the critically ill person, the family and the community. It is concluded that nurses' awareness of barriers will be an important step in their control, eliminating or progressively minimizing them, ensuring the success of monitoring. The continuing education of nurses is an important way for the construction and consolidation of scientific, technical, ethical and relational knowledge in this specific area of nursing care, allowing the availability of these professionals for awareness.

Key words: Barriers, Monitoring, Pain, Emergency.

Lista de abreviaturas e siglas

AIPED – Associação Internacional para o Estudo da Dor

APCPAS – Agência para Política de Cuidados e Pesquisas na Área da Saúde

APED – Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor

DGS – Direção Geral da Saúde

EFIC – *European Pain Federation*

Et al. – E outros

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

GPT – Grupo Português de Triagem

IASP – *International Association for the Study of Pain*

INE – Instituto Nacional de Estatística

NPC – *National Pharmaceutical Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Sociedade Americana da Dor

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

Índice

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – A DOR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	20
1. A dor como 5º sinal vital	20
1.1 Tipos de dor	26
1.2 A dor como motivo de utilização dos serviços de urgência	32
2. Barreiras na monitorização da dor nos serviços de urgência	35
3. Monitorização da dor no serviço de urgência	46
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	50
1. Caracterização do estudo	50
1.1 Definição do problema	51
1.2 Questões de investigação	52
1.3 Objetivos da investigação	53
2. Procedimentos na organização da investigação	54
2.1 Instrumento de recolha de dados	55
2.2 Identificação das variáveis	58
2.3 População e amostra do estudo	59
2.4 Validação do instrumento	60
3. Métodos de análise e interpretação dos resultados	63
4. Procedimentos formais e éticos	64
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
1. Dados sociodemográficos	67
2. Barreiras identificadas na monitorização da dor	76
CONCLUSÃO	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
Apêndice I - Questionário	
Apêndice II - Consentimento Informado	
Anexo I – Autorização da Comissão de Ética da Universidade do Minho	
Anexo II – Autorização da Comissão de Ética do hospital	

Índice de Tabelas

Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra.....	68
Tabela 2: Inclusão da temática da dor no plano curricular do curso de licenciatura em enfermagem.....	69
Tabela 3: A formação na área da dor como contributo para a melhoria dos cuidados.....	70
Tabela 4: Formações na área da dor após o início da carreira profissional.....	71
Tabela 5: Vivência de experiências dolorosas na vida profissional.....	72
Tabela 6: Existência de barreiras na monitorização da dor no SU.....	73
Tabela 7: Especialidade em Enfermagem.....	74
Tabela 8: Priorização da dor aguda relativamente à dor crónica.....	77
Tabela 9: Usufruir de mais formação na área da dor como contributo de melhoria da prestação de cuidados.....	78
Tabela 10: Dificuldade dos doentes na avaliação da dor.....	79
Tabela 11: Dificuldade dos doentes em compreender a utilização das escalas da dor.....	80
Tabela 12: Dificuldades comunicacionais entre doente e profissional de saúde como barreira na monitorização da dor.....	81
Tabela 13: Os doentes relatam a dor de forma diferente face ao profissional de saúde.....	82
Tabela 14: A influência da administração de analgesia numa futura reavaliação da dor.....	83
Tabela 15: Dificuldade na monitorização da dor em doentes com défice cognitivo.....	84
Tabela 16: Valorização do estoicismo pelos doentes como barreira na monitorização da dor.....	85
Tabela 17: A relutância dos doentes na adesão terapêutica.....	86
Tabela 18: Relutância dos doentes em reportar a dor, como barreira na sua avaliação.....	87
Tabela 19: Ausência de <i>guidelines</i> no SU como barreira na monitorização da dor.....	88
Tabela 20: Ausência ou falta de comunicação entre médico e enfermeiro sobre a dor do doente, como barreiras na monitorização da dor.....	89
Tabela 21: A falta de tempo para adotar medidas não farmacológicas.....	90
Tabela 22: Desvalorização da dor como 5º sinal vital.....	91
Tabela 23: A falta de tempo condiciona a educação para a saúde, não promovendo uma continuidade de cuidados no controlo da dor.....	92
Tabela 24: Escassez de medidas não farmacológicas no SU.....	93
Tabela 25: Relutância dos profissionais de saúde na administração de opióides por receio de depressão do centro respiratório.....	94

Tabela 26: Ausência de especialistas na área da dor como motivo de não priorização da dor como 5º sinal vital.....	95
Tabela 27: As diferenças na identificação e valorização da dor entre enfermeiros e médicos.....	96
Tabela 28: A dor como fenómeno inerente ao envelhecimento.....	97
Tabela 29: Dificuldade dos doentes na compreensão das escalas de avaliação da dor.....	98
Tabela 30: Disparidade entre avaliação da dor e correspondência na escala de faces.....	99
Tabela 31: Influência da presença de familiares na avaliação da dor.....	100
Tabela 32: Subvalorização da dor.....	102
Tabela 33: Monitorização da dor num doente sedado e ventilado.....	103
Tabela 34: Utilização de escalas de avaliação da dor para doentes inconscientes.....	104
Tabela 35: Avaliação da dor em doentes com Glasgow inferior a 15.....	105
Tabela 36: Tentativa de persuasão no momento da triagem, dos doentes para com os enfermeiros.....	106
Tabela 37: Avaliação da dor apenas no momento da admissão.....	107
Tabela 38: Rácios enfermeiro/doente no SU como barreira na monitorização da dor.....	108
Tabela 39: Estrutura e organização do SU como barreira na monitorização da dor.....	109
Tabela 40: Registo da dor após administração de analgesia.....	110

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Inclusão da temática da dor no plano curricular do curso de licenciatura em enfermagem	69
Gráfico 2: A formação na área da dor como contributo para a melhoria dos cuidados.....	70
Gráfico 3: Formações na área da dor após o início da carreira profissional.....	71
Gráfico 4: Vivência de experiências dolorosas na vida profissional.....	72
Gráfico 5: Existência de barreiras na monitorização da dor no SU.....	73
Gráfico 6: Especialidade em Enfermagem.....	74
Gráfico 7: Priorização da dor aguda relativamente à dor crónica.....	77
Gráfico 8: Usufruir de mais formação na área da dor como contributo de melhoria da prestação de cuidados	78
Gráfico 9: Dificuldade dos doentes na avaliação da dor.....	79
Gráfico 10: Dificuldade dos doentes em compreender a utilização das escalas da dor.....	80
Gráfico 11: Dificuldades comunicacionais entre doente e profissional de saúde como barreira na monitorização da dor.....	81
Gráfico 12: Os doentes relatam a dor de forma diferente face ao profissional de saúde.....	82
Gráfico 13: A influência da administração de analgesia numa futura reavaliação da dor.....	83
Gráfico 14: Dificuldade na monitorização da dor em doentes com défice cognitivo.....	84
Gráfico 15: Valorização do estoicismo pelos doentes como barreira na monitorização da dor....	85
Gráfico 16: A relutância dos doentes na adesão terapêutica.....	86
Gráfico 17: Relutância dos doentes em reportar a dor, como barreira na sua avaliação.....	87
Gráfico 18: Ausência de <i>guidelines</i> no SU como barreira na monitorização da dor.....	88
Gráfico 19: Ausência ou falta de comunicação entre médico e enfermeiro sobre a dor do doente, como barreiras na monitorização da dor.....	89
Gráfico 20: A falta de tempo para adotar medidas não farmacológicas.....	90
Gráfico 21: Desvalorização da dor como 5º sinal vital.....	91
Gráfico 22: A falta de tempo condiciona a educação para a saúde, não promovendo uma continuidade de cuidados no controlo da dor.....	92
Gráfico 23: Escassez de medidas não farmacológicas no SU.....	93
Gráfico 24: Relutância dos profissionais de saúde na administração de opióides por receio de depressão do centro respiratório.....	94

Gráfico 25: Ausência de especialistas na área da dor como motivo de não priorização da dor como 5º sinal vital.....	95
Gráfico 26: As diferenças na identificação e valorização da dor entre enfermeiros e médicos....	96
Gráfico 27: A dor como fenómeno inerente ao envelhecimento.....	97
Gráfico 28: Dificuldade dos doentes na compreensão das escalas de avaliação da dor.....	99
Gráfico 29: Disparidade entre avaliação da dor e correspondência na escala de faces.....	100
Gráfico 30: Influência da presença de familiares na avaliação da dor.....	101
Gráfico 31: Subvalorização da dor.....	102
Gráfico 32: Monitorização da dor num doente sedado e ventilado.....	103
Gráfico 33: Utilização de escalas de avaliação da dor para doentes inconscientes.....	104
Gráfico 34: Avaliação da dor em doentes com Glasgow inferior a 15.....	105
Gráfico 35: Tentativa de persuasão no momento da triagem, dos doentes para com os enfermeiros.....	106
Gráfico 36: Avaliação da dor apenas no momento da admissão.....	107
Gráfico 37: Rácios enfermeiro/doente no SU como barreira na monitorização da dor.....	108
Gráfico 38: Estrutura e organização do SU como barreira na monitorização da dor.....	109
Gráfico 39: Registo da dor após administração de analgesia.....	111

INTRODUÇÃO

A presente dissertação obedece a uma escolha pessoal, sustentada e motivada pela prática profissional de enfermagem no serviço de urgência (SU), em contacto diário com a pessoa que apresenta dor (física) e a sua monitorização.

A prática de enfermagem implica, face à múltipla e diversificada área de atuação, a necessária formação científica, humana, técnica e cultural respeitante à prestação e gestão de cuidados ao ser humano, saudável ou doente, ao longo do ciclo de vida, assim como, naturalmente, à família e a todos os que mais direta ou indiretamente estão envolvidos.

Neste contexto, o objeto de investigação contemplado na presente dissertação reporta-se às barreiras identificadas pelos enfermeiros de um serviço de urgência na monitorização da dor física da pessoa em situação crítica.

As experiências de monitorização quotidianamente vivenciadas têm sido objeto de reflexão e investigação por parte de outros estudos científicos, reveladores de múltiplas e plurifacetadas barreiras. Entenda-se monitorização como um processo contínuo que vai desde a avaliação inicial até à alta ou internamento do doente. Neste processo engloba-se a avaliação, controlo, reavaliação e gestão de todo o processo algico.

Numa abordagem reflexiva sobre a temática, acresce a constatação do generalizado preconceito de que uma das grandes dificuldades para obtenção do controlo da dor através da administração de analgésicos, se associa à falta de conhecimentos e de competências por parte dos profissionais da área da saúde. Por outro lado, verifica-se, entre outros constrangimentos, algumas deficiências em avaliar e documentar a dor, além da falta de protocolos de tratamento e um certo menosprezo pela dor como sintoma.

A opção pelo tema vai, também, ao encontro da disposição inerente ao processo contínuo de formação profissional, requisito essencial e sempre presente para a melhoria da qualidade dos cuidados, permitindo ao enfermeiro enfrentar a mudança e o desenvolvimento de flexibilidade e de capacidades (Martins & Franco, 2004).

Conforme o Decreto-Lei nº 104/98, de 1998, (p. 1755-1756), no artigo 88º do Código Deontológico dos Enfermeiros, o profissional deverá manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. O mesmo decreto, salienta a necessidade de uma incidência especial quanto à formação do enfermeiro em áreas essenciais, direcionadas não só para o seu futuro estatuto profissional, como ao papel a desempenhar e que, perpassa pelo cuidar e tratar da pessoa em situação crítica.

Esta formação constante como enfermeiro é um caminho que possibilita a evolução, de uma forma consciente, pelos estadios sucessivos de aquisição de competências estabelecidos por Benner (2001), alcançando o nível de competente numa área e de proficiente e perito noutras, ao considerar que o nível de enfermeiro competente é aquele onde este se apercebe de forma consciente dos seus atos, é capaz de atuar perante muitos dos imprevistos mas sem a rapidez ou maleabilidade do enfermeiro proficiente. O enfermeiro proficiente, segundo Benner “apercebe-se das situações como uma globalidade [...] e as suas ações são guiadas por máximas. [...] Aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão ocorrer numa determinada situação” (Benner, 2001, p. 54-55). O nível de perito é aquele onde o enfermeiro “tem uma enorme experiência, compreende, de maneira intuitiva, cada situação e, apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58).

O processo de desenvolvimento de competências, inserido na filosofia da formação contínua em enfermagem, diz respeito à construção e consolidação de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais, de forma a prestar cuidados de qualidade aos doentes e suas famílias. Competência, no âmbito profissional, pode ser definida como uma forma “de utilizar as nossas capacidades/perícias clínicas e experiência passada, para rapidamente identificar o estado de saúde e o diagnóstico de cada doente, os riscos e benefícios individuais de intervenções potenciais e, os seus valores e expectativas pessoais” (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000, p. 1). A certificação de competências está prevista no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O documento assegura que “o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e

habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2011, p. 2). Ressalva-se, que as habilidades e conhecimentos traduzem o potencial de ação, que só se verifica na prática, através da experiência e competência. A experiência é uma importante ferramenta para focar a atenção na essência das situações e perceber o seu significado.

A mobilização de conhecimentos para a prática concretiza-se através de intervenções e comportamentos, revestindo-se de um profundo sentido transformador, pois “a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento” (Benner, 2005, p. 12), constituindo “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2005, p. 14). Assim, quanto mais profundo for o conhecimento em determinado contexto, maior será a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, percebe-se a defesa da prática de uma “enfermagem avançada” numa época em que os “problemas de saúde se caracterizam pela elevada complexidade” e “a análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, portanto, melhora a qualidade dos cuidados de saúde” (Silva, 2007, p. 18).

De acordo com o inscrito no nº 3 do artigo 4º do Regulamento para a Prática do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), que constitui o Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro (posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril), enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Também, o nº 4 do artigo 2º do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista esclarece que o enfermeiro especialista possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010, p. 2). Por sua vez, de acordo com o Regulamento nº 124/2011 publicado em Diário da República, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica são:

- i) cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ii) dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação;
- iii) maximizar 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.

A falta de alguns conhecimentos dos problemas de saúde em relação à dor, nomeadamente, a falta de educação e formação em dor no currículo dos profissionais de saúde, é referido pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), aquando da apresentação do tema para 2018 pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), do Ano Global da Excelência da Educação em Dor. Enquanto tema definido e considerado como assunto prioritário pela IASP, numa iniciativa concertada com a *European Pain Federation* (EFIC), pretendeu-se sensibilizar e divulgar as principais iniciativas subordinadas à formação dos profissionais de saúde na área da dor.

Na realização deste trabalho de investigação tem-se uma especial atenção a estudos direcionados para os profissionais de enfermagem, a partir dos quais se pode colher uma visão mais holística sobre o tema. As orientações da APED são essenciais para identificar a importância da formação na área da dor, pois centram-se na prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor.

Neste sentido, é ponto de partida para este trabalho de investigação a identificação das barreiras na monitorização da dor, por parte dos enfermeiros de um serviço de urgência, na abordagem à pessoa em situação crítica e a todos os doentes que utilizam o serviço de urgência. Note-se que nem sempre os doentes são críticos, no sentido de que a sua vida está em risco iminente, mas sim doentes que necessitam de cuidados de saúde dentro de algum espaço de tempo, razoável à sua situação de doença. No entanto, dado o âmbito do Mestrado ser na Pessoa em Situação Crítica, neste trabalho consideraremos a pessoa com dor em situação crítica em sentido lato do termo.

A pertinência por este estudo deve-se ao facto da dor ser considerada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde com qualidade elevada, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008).

Sabe-se que, por exemplo, um doente que recorra ao SU por hipertensão arterial, este sinal vital é avaliado periodicamente, consoante as medidas farmacológicas ou não farmacológicas implementadas, havendo uma monitorização regular. No entanto, relativamente à dor, que é das principais queixas que levam os doentes aos serviços de urgência, parece em muitas situações não ser valorizada. Após a avaliação inicial na triagem, a monitorização deste 5º sinal vital e o seu registo, ao longo do tempo de permanência no serviço de urgência, são escassos.

Com este trabalho de investigação, pretende-se, desta forma, alertar todos os profissionais de saúde, essencialmente enfermeiros, para a importância da monitorização da dor e, ajudar a ultrapassar essas barreiras que podem estar relacionadas com a situação física e psicológica do doente, com as características do serviço e com os próprios profissionais propondo, posteriormente, a construção de um guia orientador de monitorização da dor, baseado nesta investigação. Concretamente, pretende-se registar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na monitorização dos doentes que recorrem ao serviço de urgência para, posteriormente, salientar as causas que potenciam o aparecimento dessas dificuldades e, se possível, fazer alguma coisa para as minorizar.

Enquanto enfermeiro a exercer funções num serviço de urgência polivalente desde 2015, constato que a dor é motivo de grande afluência de doentes a estes serviços para poderem ver a sua dor aliviada. Quer nos serviços de urgência, como nos serviços de internamento ou nos cuidados de saúde primários, a dor está presente no quotidiano dos enfermeiros que constantemente são chamados a tentar aliviá-la, tanto com medidas farmacológicas como medidas não farmacológicas. Nos serviços de urgência, desde o enfermeiro que efetua a triagem ao último enfermeiro que presta cuidados ao doente antes da sua alta ou internamento, a monitorização da dor deve estar sempre presente.

A título de considerandos essenciais acerca dos conteúdos temáticos estruturais do presente trabalho de investigação importa realçar, num primeiro capítulo, intitulado “A dor da pessoa em situação crítica”, o recurso a devida escolha e seriação da revisão da literatura apropriada sobre a abordagem de aspetos de natureza teórica no domínio da dor, tais como: a dor como 5º sinal vital; os tipos de dor; a dor como motivo de utilização dos serviços de urgência; barreiras na monitorização da dor nos serviços de urgência; monitorização da dor no serviço de urgência.

Num segundo capítulo “Metodologia”, de carácter empírico, são abordadas as questões metodológicas: a caracterização do estudo; definição do problema; questões de investigação; objetivos da investigação; procedimentos na organização da investigação; instrumento de recolha de dados; identificação das variáveis; população e amostra do estudo; validação do instrumento; métodos de análise e interpretação dos resultados; procedimentos formais e éticos.

Num terceiro capítulo “Apresentação e discussão dos resultados”, são apresentados os resultados do estudo e posterior reflexão e discussão, permitindo-nos conhecer, mais e melhor, o papel do enfermeiro na monitorização da dor, identificando as dificuldades sentidas.

Segue-se a conclusão, com uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento do trabalho de investigação, dificuldades deparadas, principais resultados obtidos, onde se fazem referência às limitações do estudo e suas implicações para a investigação e a prática clínica de enfermagem. Fica, ainda, a ideia da continuidade do trabalho, possivelmente através da criação de um protocolo para o serviço e/ou desenvolvimento do estudo em mais hospitais, de forma a uniformizar procedimentos.

Na elaboração deste trabalho de investigação, nomeadamente na organização, estrutura e apresentação, foram utilizadas as normas para elaboração de trabalhos escritos baseadas no manual publicado pela *American Psychological Association* (APA), cumprindo as diretrizes emanadas para a formatação de dissertações de mestrado da Universidade do Minho.

CAPÍTULO I – A DOR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A dor é um fenómeno inerente aos seres humanos, prejudicando o seu bem-estar e a sua condição de saúde. Desta forma, este capítulo incide, essencialmente, sobre este tema, abordando-se a, inicialmente, o conceito de dor como sendo o 5º sinal vital. De seguida, faz-se uma explanação dos vários tipos de dor existentes, que convém diferenciar para uma melhor monitorização por parte dos profissionais de saúde. Sendo, a dor, um sinal tão importante na degradação do estado de saúde das pessoas, é feita uma abordagem da dor enquanto motivo de utilização dos serviços de urgência. No item seguinte do capítulo exploram-se as barreiras já identificadas por outros autores, em estudos semelhantes e em reflexões sobre esta temática. Finalmente, remete-se para a realidade portuguesa no que diz respeito à monitorização da dor nos serviços de urgência.

1. A dor como 5º sinal vital

O fenómeno dor apresenta várias características que são conhecidas dos profissionais de saúde quando é feita uma primeira abordagem junto da pessoa em situação crítica, nomeadamente em relação à intensidade, etiologia, duração da dor, localização, qualidade, significado pessoal, fatores de alívio e fatores agravantes da dor (Smeltzer & Bare, 2005). Considerando a dor como experiência individual subjetiva e multidimensional (OE, 2008), a sua avaliação poderá estar comprometida na pessoa em situação crítica devido à sua complexidade.

Por sua vez, a monitorização da dor na pessoa em situação crítica é considerada um direito humano e um critério de qualidade na avaliação dos cuidados de enfermagem prestados. O enfermeiro com competências especializadas na área da pessoa em situação crítica tem como finalidade cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica tendo, como um dos objetivos “[...] a gestão diferenciada da dor e bem-estar otimizando as respostas” (OE, 2010).

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

A dor é definida pela IASP como uma experiência sensorial e emocional desagradável, real ou potencial, que pode estar associada a uma lesão tecidual ou ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão. A dor, enquanto experiência subjetiva, é aprendida pelo ser humano, de forma experiencial, no entanto “a incapacidade de a comunicar verbalmente não invalida a possibilidade de se sentir dor e a necessidade de tratamento específico” (Oliveira & Grenho, 2012, p. 125). Desta forma, deve ser implementada a avaliação e valorização sistemática da dor, através do seu registo. Estes pressupostos, aliados ao seu eficaz alívio, constituem critérios práticos de qualidade.

Segundo Bottega & Fontana (2010), a dor é uma das principais causas de sofrimento humano, despoletando alterações na qualidade de vida e inúmeras repercussões psicossociais e económicas, o que a torna um problema de saúde pública. Representa um custo significativo para a pessoa e sociedade, sendo que a sua gestão é dispendiosa para os sistemas de saúde (Fry, Bennetts & Huckson, 2011). Calcula-se que o custo com a dor de cada país industrializado seja equivalente a 2,5% do seu produto interno bruto. Estes custos, englobam montantes relacionados com o sistema de saúde e o absentismo laboral (Bastos, 2005). Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias e Castro-Lopes (2013) no seu estudo referem-se à presença da dor crónica em Portugal. Segundo os mesmos autores, 30% dos adultos são afetados pela dor crónica, sendo que, em média uma pessoa com dor crónica custa aproximadamente 1900 euros por ano ao Serviço Nacional de Saúde. Este problema afeta sobretudo idosos, mas também uma grande parte da população com idade compreendida entre os 45 e os 60 anos, pelo que os custos indiretos com a doença, nomeadamente com as reformas antecipadas, perdas de emprego e o absentismo, acabam por ultrapassar os custos diretos com consultas, exames, tratamentos e medicamentos para a dor. Ao todo, estima-se que, anualmente, Portugal gaste 4611 milhões de euros com a dor crónica, sendo que destes, apenas 1997 milhões correspondem a despesas diretas. Os custos são significativamente maiores nas mulheres, alcançando quase o dobro do que nos homens e, afeta as populações mais vulneráveis, desde

reformados a indivíduos com menor escolaridade e menores rendimentos. As causas mais frequentes da dor crónica são doenças como a lombalgia crónica, a osteoartrose, as cefaleias e a artrite reumatóide. No topo da lista surgem as doenças osteoarticulares, como a dor lombar, as patologias da coluna vertebral, do joelho ou do ombro.

Bottega & Fontana (2010) referem que a dor é um fenómeno multidimensional, sendo que, para poder caracterizá-la é necessário observá-la e avaliá-la nas suas várias dimensões, que são: neurofisiológica, pois envolve mecanismos de ativação dos recetores periféricos; psicossocial, uma vez que considera a influência emocional positiva e negativa sobre o indivíduo; cognitivo-cultural, relacionando-a com crenças, significados e comportamentos prévios; comportamental, pois situações stressantes de desenvolvimento profissional e pessoal podem influenciar o limiar da dor; sensorial, relativas às características semiológicas da mesma.

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

Em termos sintéticos, a dor pode ser caracterizada por uma experiência sensorial e emocional desagradável, provocando não só o sofrimento, como influenciando o comportamento do indivíduo nas suas diversificadas dimensionalidades: física, social, emocional e profissional.

Decorre, daqui o facto do controlo da dor, seu registo e monitorização constituírem um desafio e preocupação para os prestadores de cuidados, não sendo de estranhar que a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Direção Geral da Saúde (DGS) e a OE considerem o controlo da dor como sendo um indicador de qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2004; OE 2008).

Twycross (2003, p. 83) evidencia que a dor “é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor do paciente, pelo moral do paciente e pelo significado que a dor assume para o

paciente”. Uma vez que a dor é considerada uma experiência individual e subjetiva, torna-se difícil uma definição que abranja todas as dimensões. Ferreira (2009, p. 7) refere que “a dor é entendida como um fenómeno multifatorial, resultado da interação de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais.”

A dor é um fenómeno fisiológico desencadeado por um estímulo nocivo ou potencialmente lesivo, capaz de desencadear respostas reflexas ou cognitivas para prevenir ou evitar o aparecimento de lesões. Depois de cumprir a sua função vital de sinal de alarme, a dor pode persistir e evoluir, provocando sofrimento e redução da qualidade de vida. O seu controlo torna-se um desafio para os profissionais de saúde, pelo que é fundamental o conhecimento de conceitos relacionados com a dor, assim como das estratégias de controlo da mesma (McGillion & Watt-Watson, 2010).

Ainda no respeitante à definição e alcance do conceito de dor, reportando-nos à IASP, a dor é considerada como uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial, descrita em função dessa lesão, não sendo apenas uma experiência puramente física, mas também com uma abrangência e dimensionalidade de carácter emocional. Acresce, igualmente, o facto de a dor poder assumir um sinal de aviso para uma lesão (iminente ou real) e, como tal, ser importante ao desempenhar um papel de prevenção e de recuperação das funções normais do organismo.

Tendo como delimitação a definição e alcance da dor, a DGS, na sua Circular Normativa n.º 09/DGCG, de 14/06/2003 (p. 1), instituiu a dor como o 5.º sinal vital, definindo-a como “[...] uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como, também, uma componente emocional da pessoa que sofre. A dor associa-se ou é descrita como associada a uma lesão concreta ou potencial”. Assim, a dor passou a ser considerada como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde e o registo sistemático da intensidade da dor. Neste sentido, o Centro de Estudos de Medicina Baseados na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, decidiu no âmbito das suas atividades de investigação clínica e de projetos de qualidade em saúde, elaborar um conjunto de normas de orientação clínica sobre a dor, selecionando como a primeira patologia algica, desta série, a dor neuropática localizada.

Oficialmente, este 5º sinal vital começou a ser avaliado nos hospitais portugueses em 2008, com a publicação da Circular Normativa nº 11 de 18/06/2008, onde é definido o Programa Nacional de Controlo da Dor. Posteriormente, em 2010, a DGS avaliou a implementação da dor como 5º sinal vital nos hospitais portugueses e concluiu que muitos hospitais não responderam e que outros ainda não tinham bem implementado a dor como sinal vital, nem através de registo, nem de avaliação, referindo, inclusive, que uma baixa percentagem de instituições estava a cumprir a diretriz emanada pela DGS.

Por outro lado, no respeitante ao controlo da dor na pessoa doente, tal atuação é considerada como um direito humano e um critério de qualidade na avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.

Conforme orientações consignadas no documento “Dor: Guia orientador de boa prática” (2008), a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas, e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabendo ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados. Assim sendo, trata-se de conhecer e seguir os princípios científicos que relevam hoje o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado. Sendo claro que as intervenções de enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, destacamos as autónomas, prescritas pelo enfermeiro e, das interdependentes, a existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro. Orientações, por sinal, consignadas no Código Deontológico, ao referir que o enfermeiro tem o dever “[...] de assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (2015, p. 8079).

Em 2011, o Conselho Internacional de Enfermeiros, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), assumiu o fenómeno dor como uma perceção comprometida. Isto significa um aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

De acordo com Silveira *et al.* (2016) o desenvolver e demonstrar estas competências leva o doente a sentir que o enfermeiro sabe realmente compreender a sua dor, contribuindo e promovendo assim o seu bem-estar.

A monitorização da dor é um dos cuidados essenciais a serem prestados pelos profissionais de enfermagem à pessoa em situação crítica. A OE preconiza o reconhecimento do enfermeiro especialista nesta área, tal como referido no Regulamento n° 124/2011, (publicado no Diário da República, 2ª série – N° 35 – 18 de fevereiro de 2011). Tal como é definido no documento, competência específica é fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas através de:

- i) identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar;
- ii) demonstração de conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- iii) garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;
- iv) demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

As principais competências exigidas são consignadas, quer nos serviços de urgência, quer nos serviços de internamento ou nos cuidados de saúde primários. Em todos estes contextos, os enfermeiros são constantemente chamados a tentar aliviar a dor, tanto com medidas farmacológicas, como medidas não farmacológicas. Nos serviços de urgência, onde o enfermeiro efetua a triagem, a monitorização da dor é uma realidade quase sempre presente, por implicação direta e obrigatória do STM.

Vários são os autores que abordam a temática da dor nos seus estudos científicos, como Bottega & Fontana (2010), Calil & Pimenta (2010), Coker *et al.* (2010) e Silveira *et al.* (2016), todos eles convergindo para a constatação quase generalizada de que se trata de um fenómeno extremamente complexo vivenciado pelos doentes, não se limitando apenas a sintomas físicos e, como tal, devendo ser abordado, essencialmente, como uma experiência subjetiva e individual.

1.1 Tipos de dor

Há vários tipos de dor identificados pelos profissionais de saúde e, a sua classificação, é um dos primeiros passos para uma correta avaliação e controlo. Desta forma, é fundamental o profissional de saúde conhecer os tipos de dor, para uma melhoria da sua atividade profissional no que respeita à monitorização da dor da pessoa em situação crítica.

A IASP definiu em 2011 uma classificação fisiológica para os diversos tipos de dor, englobando a sua taxilogia e semiologia. Desta forma, as classificações e descrições dos vários tipos de dor encontrados na literatura obedecem às linhas orientadoras emanadas por este organismo.

A dor aguda é provocada por uma lesão cuja intensidade se relaciona com o estímulo que a desencadeia. É localizada e tem como função informar a pessoa de que algo não está bem. Normalmente, é um processo transitório, até cerca de 3 meses, o seu início é súbito e as áreas dolorosas são facilmente identificadas. Trata-se de uma dor auto controlável ou rapidamente corrigida com possibilidade de alívio total (McGillion & Watt-Watson, 2010). A dor aguda está habitualmente relacionada com um acontecimento patológico, é autolimitada e possui uma importante função fisiológica de aviso, existindo claramente uma resposta do organismo a um agente agressor, o que se traduz numa necessidade de vigilância sistemática, tem um início repentino e uma duração transitória (Howard & Steinmann, 2011).

A dor crónica revela-se o oposto da dor aguda. É uma dor que persiste para além de um processo de cura e pode estar presente por um período superior a 6 meses. A localização pode ser desconhecida ou impossível de localizar, por ser uma sensação dolorosa difusa e a pessoa tem dificuldade em localizá-la objetivamente. Por outro lado, o seu tratamento torna-se difícil, uma vez que não existe um local específico de dor e o doente pode sofrer profundas alterações na sua vida, quer psicológicas quer somáticas, que contribuem para o insucesso do controlo da dor crónica (McGillion & Watt-Watson, 2010). A dor crónica é um fenómeno complexo e multidimensional, habitualmente definida como “uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas” (OE, 2008, p. 25). Esta, afeta uma percentagem significativa da população e tem consequências na saúde, bem-estar e qualidade de vida, bem como na capacidade para trabalhar ou desenvolver atividades de vida

diárias, estando associada ao sofrimento. De acordo com o Estudo da Prevalência da Dor Crónica na População Portuguesa, elaborado pela FMUP, entre fevereiro de 2007 e maio de 2008, cerca de 30% dos portugueses têm dor crónica, 14% dor moderada a grave e 35% dos doentes com dor crónica acham que a sua dor não está bem controlada, não estando contentes com o tratamento e considerando que a terapêutica não é eficaz ou a sua dor não é devidamente valorizada pelos profissionais de saúde (ALERT - *Life Sciences Computing S.A.*, 2008).

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

A abordagem da dor crónica requer uma atuação coordenada por parte da equipa multidisciplinar, no sentido de identificar os problemas de saúde e adequar os planos de tratamento a cada situação, respondendo efetiva e eficazmente às necessidades dos doentes e famílias (OE, 2008). Requer sensibilidade, compromisso, competência e responsabilidade, de modo a estabelecer diagnósticos da situação precisos e desenvolver intervenções adequadas, de forma controlada, contínua e estruturada, implementando ajustes no plano terapêutico sempre que necessário (Watt-Watson, 2003).

A dor oncológica é dos sintomas que mais se verifica nos doentes com cancro nas fases de diagnóstico (20-50%) e avançada (75%) (Cardoso, 2013). Outro estudo comprova que a evolução do cancro e a sua metastização conduz à experiência de dor em mais de 90% dos doentes (Deters, 2003). Sabe-se, também, que “a maioria dos doentes com dor oncológica irá sentir dor permanente com flutuações na intensidade e distribuição ao longo do tempo” (Pereira, 2010, p. 72). Assim, se percebe, a importância da avaliação da dor oncológica e do seu tratamento eficaz e atempado na prevenção da morbilidade e na melhoria da qualidade de vida (Cardoso, 2013).

A avaliação da dor oncológica é fundamental, no sentido de perceber as necessidades do doente e instituir a terapêutica adequada, pelo que se deve recorrer ao uso de escalas e questionários

devidamente validados, documentar a avaliação da evolução da doença e suas repercussões a nível físico, psicológico, familiar e conhecer a história da dor com a análise de anteriores terapêuticas (Cardoso, 2013). Segundo Pereira (2010, p. 73), “a dor não controlada e outros sintomas causam ansiedade e depressão, enquanto ansiedade e depressão muitas vezes exacerbam a experiência da dor”. De acordo com o mesmo autor (2010, p. 107-108), “a gestão ideal da dor oncológica requer uma avaliação extensiva, a determinação e implementação de um plano individualizado de gestão que se apoia em alguns princípios básicos, reavaliação e contínua modificação para responder às mudanças nas necessidades”.

A dor osteoarticular ou dor musculoesquelética é um estado incapacitante, de difícil diagnóstico e tratamento, pois é muitas vezes subjetiva e associada a fatores psicossociais e laborais, que interferem no significado atribuído à dor (Silva & Branco, 2012). Torna-se, assim, vital realizar uma boa avaliação da dor e perceber o seu impacto na qualidade de vida dos doentes (Silva & Branco, 2012). O tratamento da dor osteoarticular exige uma abordagem multimodal (utilização de estratégias múltiplas no alívio da dor), farmacológica e não farmacológica, com envolvimento de componentes físicas e psicológicas, que permitam avaliar a eficácia do tratamento em termos de ganho de função e alívio algico (IASP; Silva & Branco 2012; Watt-Watson, 2003). Nesta perspetiva, a estratégia educativa, baseada nos ensinamentos sobre exercício físico e posturas ergonómicas, desempenha um papel muito importante no alívio da dor, sendo os principais objetivos no tratamento da dor osteoarticular: “diminuir a dor e o sofrimento associado, recuperar a função física e mental, melhorar o estado de humor, facilitar a reintegração nas atividades de vida diária, diminuir o abstencionismo laboral e recuperar a integração social” (Silva & Branco 2012, p. 55). Também, o ensino sobre o uso apropriado dos analgésicos (que englobam opióides), anti-inflamatórios e terapêutica adjuvante prescrita (como antiepiléticos, antidepressivos e relaxantes musculares), o estabelecimento de metas, a perceção das expectativas do doente e a sua intervenção ativa são ferramentas úteis e fundamentais no processo de recuperação (Watt-Watson, 2003).

A dor irruptiva diz respeito a uma exacerbação transitória da dor (apesar do adequado controlo da dor basal), que pode ocorrer de forma espontânea ou estar associada a causas específicas, previsíveis ou não (Cardoso, 2013). Estes episódios de dor moderada ou intensa têm uma frequência e duração muito variáveis, podendo estar associados a determinadas atividades ou movimentos, como tossir ou andar e, devem ser combatidos através da administração de

analgésicos potentes, de rápido início de ação e curta duração (Cardoso, 2013). A dor irruptiva é muito frequente em doentes com dor oncológica, mas também pode surgir noutro tipo de doentes e de situações (Cardoso, 2013). Devido à sua elevada frequência (ocorre em 19-95% dos doentes com dor oncológica) e ao significativo impacto na qualidade de vida dos doentes (DGS, 2013a). De facto, “tem havido um interesse emergente em encontrar opióides com uma atuação rápida e curta duração de ação para gerir a dor irruptiva e a dor constante” (Pereira 2010, p. 106). O fentanilo é o opióide de eleição utilizado no tratamento da dor irruptiva e, a via sublingual é a preferencialmente prescrita, pois tem um “rápido início de ação, de 5-15 minutos” (Cardoso, 2013, p. 42). Além da abordagem farmacológica, o tratamento da dor e melhoria da qualidade de vida também passam pelo recurso às vertentes psicossocial, de reabilitação e a modalidades não farmacológicas que “incluem massagem, terapêutica de relaxamento, fisioterapia e terapia ocupacional, acupuntura e estimulação elétrica transcutânea” (Pereira, 2010, p. 100). Pode, ainda, recorrer-se à cirurgia, quimioterapia e radioterapia, ou outras técnicas, mesmo que invasivas, que possam contribuir para o alívio da dor. A estimulação nervosa elétrica transcutânea é uma dessas técnicas e, consiste na “estimulação das terminações nervosas da pele e tecido subcutâneo, através da colocação de elétrodos sobre a área dolorosa e conectados a uma bateria portátil”, com impacto na redução do uso de opióides e na melhoria da qualidade de vida (Cardoso, 2013, p. 74). O mesmo autor, defende que a eletroacupuntura produz um importante efeito analgésico e refere-se a uma técnica em que “as agulhas são colocadas nos pontos convencionados e ligadas por elétrodos a um estimulador elétrico”, sendo que “o recurso a diferentes frequências permite a libertação de diferentes morfina endógenas” (Cardoso, 2013, p. 74).

A dor nociceptiva surge por estimulação dos nociceptores e pode ser provocada por um estímulo sem lesão aparente, como por exemplo o choque elétrico, ou derivar de uma lesão real, como é o caso das queimaduras. A dor nociceptiva é provocada por uma lesão tecidual que estimula diretamente os recetores da dor, estando o sistema nervoso íntegro. De acordo com o local de origem esta pode ser somática ou visceral. A dor somática é descrita, geralmente, como uma picada ou aperto, podendo ser superficial (pele) ou profunda (músculo, osso). A dor visceral é habitualmente de difícil localização, descrita como uma moinha, podendo ser irradiada e frequentemente acompanhada por reações autonómicas (Costa, Santos, Alves, & Costa, 2007).

A dor neuropática deve-se a um compromisso neurológico, sem lesão tecidual ativa. Esta resulta da lesão de fibras nervosas e o impulso doloroso origina-se nas vias nervosas em vez de nas terminações nervosas, sendo projetada para a área de inervação do respetivo nervo (Costa *et al.*, 2007; OMS, 2012). A dor neuropática surge em consequência de uma lesão do sistema nervoso central ou periférico, que resulta em diminuição ou disfunção dos mecanismos inibidores nociceptivos ou por lesão de um destes elementos. Um exemplo comum deste tipo de dor é a dor fantasma, relatada, muitas vezes, pelos doentes amputados no pós-operatório.

A dor neuropática pode coexistir com a dor nociceptiva, designando-a a OMS como “*mixed pain*”, sendo que em algumas doenças a pessoa pode apresentar dor somática, visceral e neuropática, ao mesmo tempo ou cada uma delas separadamente, em diferentes momentos (OMS, 2012).

A dor psicogénica não apresenta nenhum fator fisiológico, sendo caracterizada pela presença de patologia desconhecida ou uma psicopatologia (McGillion & Watt-Watson, 2010).

A literatura é esclarecedora no que diz respeito ao recurso a intervenções não farmacológicas no controlo da dor, que devem incluir o conforto físico, encorajamento verbal, massagem, posicionamentos, distração, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração e imagens (Oliveira & Grenho, 2012; Trautman, 2001).

Para além das medidas terapêuticas supramencionadas, urge abordar as intervenções não farmacológicas, detentoras de um papel fulcral na gestão da dor. A OE recomenda a aplicação de intervenções não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica, sendo que estas devem ser selecionadas de acordo com as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (OE, 2008). Existem diversos documentos institucionais e científicos onde é feita alusão a várias medidas nesse âmbito, nas dimensões cognitivo-comportamental, físico e de suporte emocional, nomeadamente: técnica cognitiva/comportamental; reestruturação cognitiva; treino de habilidades de *coping* e de redução do *stress*; relaxamento com imaginação e *biofeedback*; distração; aplicação de frio e de calor; exercício físico ativo e passivo; imobilização; massagem; estimulação elétrica transcutânea; toque terapêutico; conforto.

A pessoa em situação crítica pode estar consciente e orientada, ter alterações de consciência, por sedação ou não, e/ou alterações da comunicação por presença de tubo orotraqueal ou por outras condições relacionados com a sua situação fisiopatológica (Nürnberg, Saboonchi, Sackey, & Björling, 2011). A gestão e controlo da dor nestes doentes implica a vigilância e monitorização, o que requer o uso de escalas de monitorização da dor que têm por base os indicadores de dor. Estas escalas permitem identificar a intensidade da dor do indivíduo, implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia. A dificuldade na monitorização da dor surge quando estamos perante a pessoa em situação crítica, habitualmente com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo orotraqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua. Nestes doentes, o enfermeiro pode basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor (Urden, Stacy & Lough, 2008). As escalas que contemplam estes indicadores são denominadas escalas comportamentais de dor e, são um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor em cuidados críticos. (Urden *et al.*, 2008). Um bom exemplo destas escalas é a escala BPS (*Behavioral Pain Scale*).

A OMS apresentou uma escala analgésica constituída por três degraus (dor ligeira, dor moderada e dor severa), sendo que, de acordo com a intensidade avaliada e/ou o agravamento da mesma, é recomendada a administração de determinado grupo de fármacos. Na base encontram-se os medicamentos analgésicos anti-inflamatórios não esteróides e outros analgésicos, como o paracetamol e o metamizol. No degrau intermédio os opióides designados por fracos, como a codeína ou o tramadol e, no topo da escada os opióides designados por fortes, tais como a morfina, a buprenorfina ou o fentanil (DGS, 2008b). A qualquer degrau podem ser adicionados medicamentos adjuvantes, tais como os antidepressivos tricíclicos, os anticonvulsivantes, corticóides, reguladores do metabolismo do cálcio, relaxantes musculares, ansiolíticos ou antiespasmódicos (DGS, 2008b; OE, 2008).

Todas as pessoas com dor devem ser alvo de abordagem farmacológica, não farmacológica ou ambas, independentemente da causa subjacente ser ou não identificada, sendo que o facto de não ser possível estabelecer uma causa subjacente não deve ser uma razão para concluir que a dor é simulada (OMS, 2012).

Segundo a OE (2008), sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou a reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. A mesma entidade salienta, também, a importância primordial dos registos na obtenção de dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação, tendo emanado algumas recomendações, tais como: “incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial e registar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados” (OE, 2008, p. 19). Por sua vez, a DGS (2003, p. 1) refere que o “registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feito 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”.

Contudo, embora os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação escrita para a continuidade dos cuidados, observa-se, na prática clínica, que esta é, por vezes, negligenciada pelos profissionais de enfermagem, uma vez que os registos, quando realizados, são escassos e incompletos (Pimpão, Filho, Vaghetti, & Lunardi, 2010). Quando tal se verifica, fica comprometida a continuidade dos cuidados à pessoa com dor, assim como a instituição e a equipa de enfermagem, no caso dos registos não conterem as informações necessárias para os apoiar em caso de um processo judicial (Pimpão *et al.*, 2010).

1.2 A dor como motivo de utilização do serviço de urgência

No que concerne à atividade assistencial, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (2012, p. 8) define urgência como um “processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” e, por emergência, um “processo para o qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo. A situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão”.

O Inquérito Nacional de Saúde 2014, apresentado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), salienta que mais de metade da população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos

(4,8 milhões) refere ter sentido alguma dor física nas quatro semanas prévias, sendo que cerca de 3,2 milhões afirmaram que a dor sentida interferiu na realização das suas tarefas habituais. A dor física sentida foi classificada como ligeira ou muito ligeira por 2,1 milhões de pessoas, como moderada por cerca de 1,3 milhões e como intensa ou muito intensa por cerca de 1,4 milhões de pessoas (INE, 2016).

A dor constitui-se, efetivamente, como 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 desencadeante específico (Bergman, 2012; DGS, 2008a; IASP, 2011; Pretorius, Searle & Marshall, 2014; Souza, Chianca, Diniz & Chianca 2012).

Reportando-nos aos doentes, que recorrem aos SU hospitalares, segundo Downey & Zun (2010) a dor é a razão mais comum pela qual as pessoas se deslocam ao serviço de urgência, afirmando que pelo menos 75% das pessoas apresenta a dor como queixa principal, dados por sinal também testemunhados por Keating & Smith (2011) ao referirem que aproximadamente sete, em cada dez pessoas, se desloca ao SU por manifestarem dor. Sendo a dor, para Downey & Zun (2010), a razão mais comum para que a pessoa se dirija ao serviço de urgência, os resultados e abordagem reflexiva sobre a avaliação da dor são elucidativos em alguns estudos.

Em 2007, Ritsema, Kelen, Pronovost & Pham publicaram um estudo referente ao ano de 2001, onde a dor foi manifestada por 57% das pessoas que recorreram ao serviço de urgência. Já em 2003, após a implementação de um padrão de qualidade de avaliação certificado por uma entidade internacionalmente reconhecida, verificaram que a percentagem de pessoas que referia dor como motivo de ida ao serviço de urgência tinha aumentado para 74%, o que demonstra a importância da utilização de instrumentos de avaliação fidedignos.

Por sua vez, num outro estudo, realizado por Todd *et al.* (2007), 78% das pessoas que recorreram ao serviço de urgência apresentaram como queixa principal a dor, sendo que a sua intensidade variava entre 4 e 10, com uma média de 8 (0 a 10). Ainda neste contexto de estudos, Berben, Meijs, van Grunsven, Schoonhoven & van Achterberg (2011) referem que 91% das idas ao serviço de urgência eram devidas à dor, sendo que a média na admissão foi de 5,9 (0 a 10).

Num outro estudo, Marinangeli *et al.* (2009) referenciam que a dor está presente em 2/3 das pessoas, sendo que 41,75% referem dor moderada a intensa. Para Calil & Pimenta (2010), 85% das pessoas que recorreram ao serviço de urgência referiram dor intensa e moderada no momento da triagem, o que também corrobora os resultados do estudo de Downey & Zun (2010), em que 82% das pessoas relataram ter dor intensa (7-10).

Finalmente, ainda segundo outro estudo, de autoria de Baharuddin, Mohamad, Rahman, Ahmad & Him (2010), é referido que no momento da admissão 69% das pessoas manifestaram dor moderada, enquanto 28,7% referiram dor severa.

2. Barreiras na monitorização da dor nos serviços de urgência

De acordo com o objeto do estudo, além da percepção do investigador de algumas barreiras existentes na monitorização da dor nos serviços de urgência, foi fundamental efetuar pesquisa bibliográfica acerca deste fenómeno. Assim, as barreiras surgiram essencialmente da análise de estudos já previamente existentes e do estudo de autores que refletiram sobre este tema.

Neste sentido, “a melhor evidência disponível indica uma grande lacuna entre uma compreensão cada vez mais sofisticada da fisiopatologia da dor e insuficiência generalizada do seu tratamento” (Brennan, Carr & Cousins, 2007, p. 205). Esta questão surge uma vez que a “[...] prática é muitas vezes conduzida por mitos e preconceitos em vez de conhecimento baseado na evidência” (Wilson, 2007, p. 1012). “O modelo biomédico de doença centra-se na fisiopatologia ao invés da qualidade de vida, reforça atitudes enraizadas que marginalizam o controlo da dor como uma prioridade” (Brennan *et al.*, 2007, p. 205).

Alguns estudos revelam que a dor nem sempre é devidamente valorizada pelos profissionais de saúde, atuando estes em conformidade com a sua percepção e experiência de dor. Silveira *et al.* (2016) enumeram o défice de conhecimento sobre a dor como um dos principais obstáculos à melhoria do bem-estar do doente. É referido que os profissionais de saúde por vezes desvalorizam a dor, levando os doentes a interpretá-la e aceitá-la como uma condição da sua doença.

Como tal, algumas organizações de saúde (salientando o facto da dor ser caracterizada enquanto fenómeno subjetivo) têm sido alvo, muitas vezes, de um controlo inadequado. Daí a verificação de que, quando a dor crónica ou aguda não é tratada de forma efetiva, há a esperar efeitos prejudiciais sobre os doentes, sendo frequentemente a principal causa de insatisfação, além de piorar as condições clínicas, comprometer da qualidade de vida e aumentar os custos relacionados com os cuidados médicos.

Quanto às barreiras que dizem respeito aos próprios enfermeiros, segundo a opinião de Costalino (2015), entre outros considerandos, salienta o facto dos enfermeiros, que pouco experienciaram a dor ao longo da sua vida, serem os que menos valorizam a dor nos seus doentes. Igualmente, de acordo com o mesmo estudioso, é de parecer que os enfermeiros mais

experientes subvalorizam a dor na sua intensidade, contrariamente aos enfermeiros menos experientes que sobrevalorizam as queixas álgicas. Acresce, ainda, o reconhecimento da dor como experiência única e multifatorial, não podendo ser quantificada/avaliada através de instrumentos de medida, como outros parâmetros vitais ou dados biométricos do indivíduo. Sendo uma experiência complexa, individual e de difícil mensuração levanta, como é óbvio, imensos constrangimentos aos enfermeiros. Nesse sentido, são de esperar as necessárias competências individuais capazes de entender a dor no outro, seja de teor científico e técnico como, também, aferidas as habilidades de empatia, cumplicidade, compaixão e afetividade. Costalino (2015) refere que os enfermeiros que mais valorizam a dor dos seus doentes são aqueles que em algum momento das suas vidas vivenciaram a dor ou experienciaram situações dolorosas.

Desenvolver e demonstrar estas competências, para Silveira *et al.* (2016) ajuda o doente a sentir que o enfermeiro sabe realmente compreender a sua dor, contribuindo e promovendo assim o seu bem-estar. Segundo os mesmos autores, as principais queixas dos doentes dizem respeito à demora no atendimento e, à falta de atenção e de respeito por parte dos profissionais perante a dor. Apontam, inclusive, como exemplos concretos, situações em que os profissionais questionam, por vezes, a presença de dor, quantificando ou tentando quantificar a sua intensidade sem a caracterizar ou efetuar a sua monitorização.

O estudo de Young, Horton & Davidhizar (2006) refere que a atitude positiva face à avaliação do controlo da dor está relacionada com a educação, mas não necessariamente com a experiência profissional. Este estudo realça, também, a ideia de que a educação desempenha um papel fundamental na avaliação e controlo da dor. Num outro estudo sobre os efeitos de um programa de educação sobre a dor para enfermeiros realizado na China, Zhang *et al.* (2008) afirmam que o conhecimento dos enfermeiros que não receberam formação sobre a dor estava abaixo do que era esperado. Neste estudo quasi-experimental foram observados dois grupos, um grupo de controlo (n=90) e um grupo experimental (n=106). O grupo de controlo não recebeu qualquer tipo de formação, enquanto o outro grupo recebeu 6 horas diárias de formação durante 5 semanas sobre a dor, sendo que uma parte dessa formação era relativa à implementação e demonstração clínica no controlo da dor e a outra parte relativa a um programa de educação. No grupo que recebeu formação, observou-se uma evolução significativa no que diz respeito aos conhecimentos e atitudes face ao controlo da dor. Este resultado vem comprovar a importância

da educação na área da dor para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros necessitam de formação constante para aumentar os seus conhecimentos e capacidades relativamente a este tema. A educação para a dor deve ser uma prioridade.

A investigação de Malviya, Voepel-Lewis, Merkel & Tait (2005) (amostra de 114 enfermeiros e 103 fisiatras) salienta, que as barreiras de controlo da dor mais mencionadas estão relacionadas com a falta de conhecimentos relativos ao controlo da dor. Acrescenta-se, ainda, um estudo de Barreira & Gomes (2008) com uma amostra de 14 enfermeiros, que refere que 72% dos inquiridos solicitaram formação na área da dor para melhor responder às necessidades dos doentes. Tsai, Tsai Y., Chien & Lin (2007) apontam como principais resultados que os enfermeiros com melhores conhecimentos sobre a gestão da dor identificam menos barreiras para o controlo da dor; enfermeiros com mais experiências e mais horas de formação sobre o controlo da dor apresentam mais conhecimentos acerca desta temática; finalmente, enfermeiros que trabalham na urgência de hospitais centrais identificam melhor as barreiras do que os enfermeiros que exercem funções em hospitais distritais.

Nos estudos de Nascimento & Kreling (2011), Allione *et al.* (2011) e Manwere, Chipfuwa, Hukwamba & Chironda (2015), foi ainda realçada a necessidade de mais formação no âmbito da dor por parte dos enfermeiros. O anteriormente referido, vai de encontro ao preconizado pela OE, que salienta a necessidade de se incluir a reflexão sobre as práticas de cuidados na formação em contexto laboral (OE, 2008). A mesma entidade reforça que a competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua, devendo esta ser planeada de forma a “garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação, controlo da dor e, a incorporação de novas práticas” (OE, 2008, p. 20). A DGS e a IASP corroboram o anteriormente referido, salientando que a elevada prevalência da dor e a transversalidade na abordagem clínica deveriam requerer uma formação adequada (DGS, 2013; IASP, 2011).

Uma outra investigação realizada por Oliver *et al.* (2008) admite que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais ênfase e preocupação têm com a dor como 5º sinal vital. Para além disso, este estudo faz referência ao fatalismo e estoicismo como barreiras na avaliação e controlo da dor. O fatalismo reporta-se ao acreditar que a dor é inevitável e não pode ser

adequadamente controlada por medicamentos e tecnologias existentes. Já o estoicismo define-se como o acreditar de que os indivíduos devem ser fortes e tolerar o desconforto sem queixas.

A OE (2008) criou um guia orientador de boas práticas que tenta colmatar algumas das barreiras existentes na monitorização da dor como 5º sinal vital. Algumas das intervenções que devem ser postas em prática, para eliminar barreiras relativas aos doentes, passam pelo ensino acerca de medidas de controlo da dor, da utilização da medicação e a instrução sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor. Este guia faz também referência à importância da formação dos enfermeiros no âmbito da dor. Sugere-se, assim, que haja um planeamento e formação contínua por parte dos enfermeiros, de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor e a incorporação de novas práticas de cuidados. Salientam-se, ainda, medidas de atuação a nível das barreiras do âmbito organizacional, como por exemplo: definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para a avaliação da qualidade no controlo da dor; implementar protocolos e guias de orientação de prática clínica; promover o acesso a programas de formação avançada sobre dor, em particular aos enfermeiros que trabalham em unidades de dor crónica.

A existência de poucas *guidelines*, bem como a não priorização do tratamento da dor, são as causas apontadas a nível do sistema de cuidados de saúde. Já no que diz respeito aos profissionais de saúde, as principais dificuldades identificadas são relativas às crenças pessoais, comportamentos e grande rotatividade laboral (DGS, 2003). Relativamente ao doente/família, as dificuldades encontradas fazem referência a uma comunicação deficiente, podendo ter várias origens, nomeadamente idade, idioma, capacidades cognitivas, doença física ou psicológica concomitante e tradições culturais (National Pharmaceutical Council, NPC, 2001).

Fosnocht, Swanson & Barton (2005), em relação ao serviço de urgência, apontam como motivo para um mau controlo da dor no SU, a falta de pesquisa, documentação e *guidelines* para o profissional de emergência, como, também, referem uma resistência encontrada no próprio SU, o seu ambiente e o número de interrupções pelas múltiplas tarefas ou doentes em simultâneo. Estes autores acrescentam, tendo em conta os resultados do seu estudo, que não havia diferenças entre o número de doentes que tinha controlo da dor e o aumento ou decréscimo do

rácio profissionais/doentes, o que os leva a concluir que o excesso de trabalho de um SU é uma “desculpa medíocre” (Fosnocht *et al.*, 2005, p. 300) para não ser efetuado o alívio da dor. Estes autores mencionam, ainda, o medo de uso de analgésicos opióides e o mito de que o doente que não cede à analgesia tem suspeita de ser um doente com comportamentos aditivos. Também Czarnecki e seus colaboradores, em 2011, identificaram como obstáculos a inexistência de *guidelines* ou políticas hospitalares, a má comunicação entre os vários profissionais de saúde e a falta de cooperação (Czarnecki *et al.* 2011).

A diversidade de situações clínicas, os distintos níveis de prioridade e as características sociodemográficas da população determinam a complexidade do SU, sendo essencial a existência de profissionais com competências certificadas (Teixeira, 2006).

A natureza multidimensional da dor torna-a, inevitavelmente, difícil de quantificar, sendo que a utilização de escalas de avaliação são uma ferramenta que permite ao enfermeiro quantificá-la e avaliar a eficácia do tratamento, respeitando a subjetividade da pessoa pois, só ela é capaz de descrever e avaliar com exatidão a sua dor (Bottega & Fontana, 2010). Segundo os mesmos autores, a aplicação de escalas de avaliação da dor é uma maneira de melhorar, interpretar e compreender a dor da pessoa, facilitando o planeamento de intervenções e a tomada de decisão do enfermeiro, bem como o acompanhamento da eficácia do tratamento, tornando o atendimento mais humanizado e direcionado às necessidades da pessoa. Ainda, segundo Bottega & Fontana (2010), os enfermeiros são os profissionais mais sensibilizados com a importância da aplicação de escalas de avaliação da dor, possibilitando um aumento tangencial à pessoa com dor. Avaliar e tratar a dor são competências intrínsecas às funções dos profissionais de saúde, sendo indicadores de qualidade dos cuidados, integrados nas instituições de acreditação dos serviços de saúde (Batalha, 2010).

Para Motov & Khan (2009), as pessoas do sexo feminino relatam mais dor, recebem mais medicamentos para a dor e analgésicos mais fortes, comparativamente ao sexo masculino. Corroborando, Kopf & Patel (2010) referem que o sexo feminino é associado a uma maior utilização dos serviços de saúde e a uma maior prevalência de determinados quadros de dor porque apresentam limiares mais baixos, discriminação da dor mais elevada e menos tolerância aos estímulos dolorosos do que o sexo masculino. As mulheres em situação socioeconómica mais precária correm maior risco de experienciar dor. Também Azevedo *et al.* (2013), num

estudo realizado em Portugal, refere que a dor é predominante no sexo feminino e tem tendência a aumentar com o avançar da idade em ambos os sexos.

Em 2013, devido à necessidade de adotar um novo modelo orientador, foi aprovado por despacho o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, cujos princípios orientadores e os objetivos gerais foram elaborados a partir do Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2013). Este plano estratégico tem como objetivos reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa, melhorar a qualidade de vida das pessoas com dor, racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

Batalha (2010) refere que a avaliação da dor fundamenta as intervenções dos enfermeiros. Segundo o autor, a dor caso não seja identificada, não poderá ser tratada, sendo que a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos. Briggs (2010) acrescenta que o diagnóstico e avaliação da dor constituem o foco de atenção da atuação de enfermagem em muitos contextos de cuidados.

Avaliar a dor diz respeito à descoberta da natureza e significado da experiência dolorosa, através de um conjunto de informações designadas de história da dor, que compreendem: tipo de dor, duração, intensidade, estímulos que a originaram, fatores de agravamento e alívio, resposta à dor, padrão de *coping*, interferência nas atividades de vida diárias, entre outros. A avaliação torna-se, assim, essencial na identificação e quantificação da dor, na formulação dos diagnósticos e no planeamento dos cuidados (OE, 2008; OMS, 2012).

O volume e a gravidade dos problemas relacionados com a dor fazem do seu controlo uma habilidade fundamental em medicina de emergência e, ainda há evidência, que a dor é tratada inadequadamente no serviço de emergência (McManus & Harrison, 2005). Esta ideia permanece presente no trabalho de Calil & Pimenta de 2008, publicado em 2010, onde é feita menção de que “as repercussões orgânicas do processo algico intenso são subestimadas por médicos e enfermeiros” (Calil & Pimenta, 2010, p. 54).

Alguns estudos revelam as várias barreiras que influenciam uma gestão adequada da dor. Brennan *et al.* (2007), citando Warfield (1995), referem que ainda persiste a crença de que “a dor é uma parte inevitável da condição humana” (Brennan *et al.*, 2007, p. 208) e, apontam,

como exemplos de mitos quer dos profissionais quer dos doentes, a ideia persistente de que a presença de dor é necessária e benéfica para o diagnóstico e de que os “bons doentes” não se queixam. Segundo Wood (2008), essas barreiras vão desde competências e conhecimento inadequado sobre a dor, a pouca documentação sobre dor, avaliação, controlo, reavaliação, o mito e conceção da ideia de adição à medicação analgésica. No guia para enfermeiros, na aquisição de competências do controlo da dor é feita referência a estes e outros mitos. Nomeadamente, é mencionado que entre os mitos mais comuns para a ineficácia deste controlo encontram-se: a demasiada medicação e conseqüente depressão respiratória; a dor deverá ser tratada e não prevenida; as pessoas reportam sempre a sua dor, demonstram sempre a sua dor; a dor do doente pode ser detetada pelo seu comportamento; o grau de dor é frequentemente exagerado pelo doente; o doente não pode ser aliviado da sua dor na totalidade; algumas dores são boas de modo a não mascarar os sintomas do doente; e, ainda, que os recém-nascidos não têm dor e, o facto, de ser expectável que os idosos tenham alguma dor (Board of Nursing, 2010).

Os profissionais devem ter em consideração fatores que influenciam a pessoa na sua perceção e comunicação da dor, tais como idade, experiência prévia de dor, cultura, ansiedade, interrupção das atividades normais da pessoa, estado de consciência, antecedentes pessoais, dificuldades na comunicação verbal, entre outras. Por sua vez, surgem frequentemente dificuldades na avaliação da dor, decorrentes do facto das pessoas poderem sentir-se pressionadas a dizer que têm dor para justificar a sua ida ao SU, 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 doentes (Grupo Português de Triagem, GPT, 2010).

Por sua vez, na literatura internacional é possível encontrar referência à escassez de registos no âmbito da avaliação e reavaliação da dor (Bhandari, Malla, Mahato & Gupta, 2013; Haonga, Makupa, Muhina & Nungu, 2011; Wulp *et al.*, 2011), assim como de uma definição incompleta das características da mesma (Gordon *et al.*, 2008; Pereira, 2011; Souza, *et al.*, 2012).

Rose *et al.* (2012) mencionaram, no seu estudo, que os enfermeiros apresentam elevada probabilidade de não utilizarem uma escala de avaliação da dor em doentes que não

comuniquem verbalmente, utilizando-as mais frequentemente com os que o fazem. Por seu turno, Spilman *et al.* (2014) reportam a dificuldade que existe na avaliação e controlo da dor em doentes idosos vítimas de trauma, especialmente os que apresentam patologias crónicas ou, como referido no estudo anterior, menor capacidade para expressar verbalmente a sua dor, salientado que a avaliação da dor não é realizada com a frequência desejável e necessária. Um outro estudo, acrescenta que a avaliação da dor é mais frequente em doentes queimados, com doença oncológica, parturientes, crianças, politraumatizados e no pós-operatório (Oliveira *et al.*, 2014).

Pinheiro, Roso, Zamberlan, Cherobini & Perrando (2014) salientam que é fundamental o treino da equipa de enfermagem no âmbito dos instrumentos de avaliação da dor e sua aplicabilidade, por forma a se obter uma avaliação adequada e uniforme. Os mesmos autores afirmam, ainda, que é imperativo avaliar e registar a queixa de dor do doente, para que toda a informação seja transmitida ao longo dos vários turnos de trabalho e entre a equipa multiprofissional.

A OE (2008) determinou que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, sendo que o sucesso do plano terapêutico depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Tendo este processo início aquando da triagem, é fulcral que seja dada continuidade ao longo do tempo de permanência no SU. Neste sentido, e numa lógica de continuidade e avaliação da evolução, a mesma escala deverá ser disponibilizada no sistema informático das diversas áreas de encaminhamento passíveis de seleção.

Por sua vez, alguns estudos demonstram que os profissionais de saúde, perante a dor crónica, cuidam dos seus doentes de acordo com os seus conhecimentos e crenças. Num estudo realizado por Silva, Diniz, Araújo & Souza (2013), os autores concluíram que os enfermeiros possuem poucos conhecimentos na área da dor, efetuando uma inadequada gestão da mesma, o que se reflete na qualidade de vida do doente e conseqüente satisfação face aos cuidados recebidos. Corroborando idêntica ideia, Silveira *et al.* (2016) referem que os enfermeiros apenas interrogam os doentes quanto à existência de dor, avaliando a intensidade e localização, e “[...] limitando-se a realizar somente a intervenção farmacológica” (Silveira *et al.*, 2016, p. 63).

Neste contexto há a realçar, igualmente, como um justificativo do reconhecimento das barreiras que os enfermeiros enfrentam, o facto da dor, como sintoma, ter merecido pouca atenção da comunidade médica e dos sistemas de saúde. Apenas no último quarto do século passado a dor foi percecionada como fenómeno clínico de importância fundamental, a merecer atenção especial e, desta forma, originando inúmeras abordagens de estudo científico no respeitante à investigação, diagnóstico e tratamento da dor. Para isso, foi fundamental o seu reconhecimento como 5º sinal vital por parte da DGS.

A dor constitui-se, efetivamente, como 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 desencadeante específico (DGS, 2008a). Por norma, o primeiro contacto da pessoa com dor com um profissional de saúde é no momento da triagem.

Vários estudos foram desenvolvidos neste âmbito, existindo menção a várias barreiras, tais como: a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos, o desajuste dos rácios enfermeiro/doente, a necessidade de priorização constante entre pessoa em situação crítica e pessoa com dor, a frustração em relação à recorrência abusiva ao departamento de emergência, a pouca coesão da equipa multidisciplinar e a complexidade da dor e das expectativas da pessoa com dor (Al-Saher, Hill & Anderson, 2011; Bennetts, Campbell-Brophy, Huckson & Doherty, 2012; Bergman, 2012; Pretorius *et al.*, 2014).

Coker *et al.* (2010) realizaram um estudo com uma amostra de 192 enfermeiros a exercer profissão em 6 serviços de urgência. Este estudo realiza uma divisão em barreiras relacionadas com o doente, o sistema e o prestador de cuidados. Após a aplicação de um instrumento de avaliação qualitativo, realizado pelos autores em questão, verificou-se que 58% das barreiras identificadas se relacionavam com o doente, sendo elas: a dificuldade de avaliação da dor nos doentes com redução cognitiva; barreiras linguísticas; problemas sensoriais; alguns dos doentes só reportam a dor ao médico e não ao enfermeiro; dificuldade em completar as escalas da dor; e, ainda, relutância na adesão terapêutica devido aos efeitos secundários da mesma. No respeitante às barreiras relacionadas com o sistema, num total de 33%, são mencionadas, por excelência, as seguintes: tempo insuficiente para proporcionar alívio da dor de forma não farmacológica; falta de tempo para a educação e promoção da saúde; escassez de medidas não

farmacológicas; e, por fim, a desorganização do próprio sistema. Relativamente às barreiras relacionadas com o prestador de cuidados, a principal barreira identificada é a relutância da prescrição de terapêutica por sobredosagem.

Quanto aos fatores mais determinantes no surgimento das barreiras, de acordo com a NPC (2001), estas podem ter origem no sistema de cuidados de saúde, no pessoal prestador de cuidados e/ou no doente/família. Curiosamente, estes fatores foram abordados por Berben *et al.* (2011), ao realizarem um estudo qualitativo a enfermeiros, paramédicos e médicos, com o objetivo de compreender os fatores facilitadores e barreiras do controlo da dor em doentes vítimas de trauma. No estudo acima referido foram identificadas barreiras em vários setores: o conhecimento, a comunicação entre os profissionais, assim como, aspetos organizacionais e relacionados com os doentes.

No que diz respeito ao conhecimento, é referido por Berben *et al.* (2011) que existe uma lacuna na formação dos profissionais de saúde relativamente ao controlo da dor, referindo, ainda, a pouca importância dada ao controlo da dor e, mesmo, o facto da existência de um défice de conhecimentos relativamente às consequências da ausência do tratamento da dor. O estudo realça, também, a existência da falta de comunicação entre os profissionais de saúde. Quanto aos aspetos organizacionais, consideram que a falta de *feedback* e *guidelines* são obstáculos identificados. Por último, o estudo conclui que a recusa dos doentes na adesão terapêutica, bem como fatores culturais e individuais, são aspetos relacionados com o doente e que, como tal, dificultam a avaliação e controlo da dor.

Algumas organizações, como a OMS, Associação Internacional para o Estudo da Dor (AIPED), Agência para Política de Cuidados e Pesquisas na Área da Saúde (APCPAS) e Sociedade Americana da Dor (SAD), propõem a inclusão no currículo médico de capítulos com conteúdo sobre a dor, com o objetivo de prepararem os profissionais para a avaliar e tratá-la efetivamente. Estas organizações baseiam-se na referência ao preconceito generalizado da falta de conhecimento e habilidade por parte dos profissionais da área da saúde, na preocupação descabida com os efeitos colaterais dos opiáceos, na confusão entre tolerância e adição e na relutância dos pacientes em se queixar e usar analgésicos opiáceos. Acresce, ainda, a deficiência em avaliar e documentar rotineiramente a dor, a falta de protocolos de tratamento e o conceito de menosprezo do sintoma dor.

A perspectiva de Santos, Pimenta & Nobre (2007), é de que a prática baseada na evidência propõe que os problemas clínicos que surgem na prática, no ensino ou na pesquisa sejam decompostos e, a seguir, organizados.

A subvalorização da dor é um dos problemas encontrados na prática clínica diária, sobretudo em serviços de urgência, reconhecendo-se a importância e a necessidade de avaliação de todas as pessoas com queixas algícas nestes serviços (Silva *et al.*, 2013). Com efeito, esta problemática tem feito parte integrante da formação dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, no sentido de os sensibilizar para a monitorização deste parâmetro vital.

Wilson (2007) menciona, ao citar Brockopp *et al.* (1998), que as barreiras à gestão eficaz da dor são mais complexas do que a falta de conhecimento por parte dos prestadores de cuidados de saúde, sugerindo que “[...] a educação não é adequada quando comportamentos inadequados são mantidos por atitudes, problemas sociais e estruturais” (Wilson, 2007, p. 1019).

Herr, na sua declaração das recomendações da prática clínica na avaliação da dor nos doentes entubados e/ou inconscientes, refere que o “auto relato de dor deve ser tentado, porém, a obtenção de uma avaliação de um doente crítico pode ser dificultada por delírio, limitação cognitiva e de comunicação, nível de consciência, a presença de um tubo endotraqueal, sedativos e bloqueadores neuromusculares” (Herr, 2006, p. 49).

3. Monitorização da dor no serviço de urgência

A monitorização da dor no serviço de urgência inicia-se no primeiro contacto entre o doente e o profissional de saúde. Este momento é, quase sempre, na triagem, onde o enfermeiro aborda o doente questionando-o sobre o motivo da sua ida ao SU. Quando são doentes que não conseguem expressar a sua queixa, esta é descrita pelo acompanhante ou pelos bombeiros. Assim, é fundamental uma abordagem e compreensão do que é o STM, instrumento de triagem protocolado em todos os serviços de urgência em Portugal. Este instrumento permite definir prioridades de acordo com as queixas e sintomas dos doentes, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de uma primeira avaliação do estado de saúde dos doentes. O enfermeiro atribui uma pulseira com uma determinada cor que representa o grau de gravidade, encaminhando o doente para a especialidade médica mais adequada à sua queixa (das existentes em cada serviço de urgência).

Segundo o GPT (2010), a avaliação da dor em contexto de urgência é um processo que exige perícia e treino, 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. As dificuldades na avaliação da dor vão para além da intervenção de enfermagem no momento da triagem.

Perante este panorama, a OE (2008) aconselha o enfermeiro no sentido de dever colaborar com todos os membros da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, envolvendo a pessoa, cuidador e família, ajustando o mesmo aos resultados e recursos disponíveis. Caso contrário, se a dor for desvalorizada, estamos perante um erro ético e uma falha no exercício profissional.

Assim, para o profissional fazer uma correta avaliação e, conseqüente, controlo da dor, a sua tomada de decisão tem de assentar num vasto conhecimento técnico, científico e ético, pois terá de explorar as causas da dor, os antecedentes pessoais, dominar os meios farmacológicos e não farmacológicos disponíveis para fazer face à problemática com que se depara. Como referem Bottega & Fontana (2010), promover o alívio da dor exige habilidade, conhecimento e, acima de tudo, compromisso.

A OE (2008) refere que o enfermeiro é responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, pelo que a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica, suportando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos. Assim, torna-se importante que a responsabilidade da aquisição e atualização de conhecimentos sobre a dor deva ser partilhada pela instituição de prestação de cuidados e pelos enfermeiros, individualmente, recomendando a realização de estudos que conduzam à inovação dos cuidados de enfermagem na avaliação e controlo da dor.

Neste espírito, e no contexto de tais orientações, considera-se o momento da triagem como sendo o primeiro onde o doente manifesta a sua dor e em que um profissional de saúde a valoriza, qualifica ou quantifica, dependendo do uso de uma escala numérica ou qualitativa. No entanto, durante a permanência do doente no serviço de urgência, a dor deve ser constantemente monitorizada por todos os profissionais de saúde envolventes no tratamento do doente. Cuidar de alguém com dor é uma tarefa complexa devido a toda uma multidimensionalidade de fatores que a envolvem, sendo um direito de cada cidadão o alívio da mesma.

Há que referir, entretanto, a constatação de várias situações poderem interferir com a avaliação da dor na triagem e, como tal, a necessidade do enfermeiro estar atento às mesmas. A título de exemplo, destacam-se as mencionadas por Coutinho, Cecilio & Mota (2012), nomeadamente a localização da dor, a ingestão prévia de analgésicos, a idade, o sexo, a experiência prévia de dor, as influências culturais, a ansiedade e o compromisso nas atividades de vida diária. Neste sentido, de modo a alcançar uma prestação de cuidados de excelência, são exigidos aos enfermeiros conhecimentos adequados, habilidades e atitudes em relação à dor, sua avaliação e gestão (Wood, 2008).

No respeitante a esta necessidade de cuidados de excelência há a relevar que, desde 2014, todos os serviços de urgência em Portugal têm obrigatoriedade de ter em funcionamento o STM, através da emissão do Despacho n.º 10319/14. Assim, todos os cidadãos que recorram a um serviço de urgência público são, numa fase inicial, após a sua inscrição, submetidos a um sistema de triagem perante um enfermeiro, certificado para o efeito pelo GPT.

Segundo a DGS (2015), a triagem deve ser efetuada por médico e/ou enfermeiro, considerados aptos para tal após frequência e aproveitamento em curso de formação específico, sendo que em Portugal é maioritariamente realizada por enfermeiros. O STM constitui-se, assim, como um instrumento de apoio à gestão do risco clínico, em contexto de SU, possibilitando a atribuição rápida de uma prioridade clínica, baseada na identificação de problemas, sendo posteriormente efetuado encaminhamento da pessoa para a área de atendimento adequada (DGS, 2015; GPT, 2010).

Em termos gerais, o STM é constituído por 52 (cinquenta e dois) fluxogramas, tendo como finalidade estabelecer uma prioridade clínica baseada na avaliação do risco e, conseqüente, prioridade no atendimento justificado por sinais e sintomas declarados pelo doente. Este sistema inclui vários fluxogramas, cabendo ao enfermeiro triador escolher qual o mais adequado perante a queixa do doente. A dor é, naturalmente, um dos parâmetros presentes na maioria dos fluxogramas e, por isso, obrigatoriamente terá de ser avaliada pelo enfermeiro. O risco é estratificado em cinco categorias de gravidade (Souza *et al.*, 2012), sendo a queixa inicial do doente motivo para opção por uma delas, com discriminadores que possibilitam determinar as prioridades mais elevadas.

Acresce, por sua vez, o facto de que a dor, embora seja discriminadora para atribuição de uma prioridade elevada, a mesma nem sempre é caracterizada quanto à presença de irradiação, o tipo de dor, os fatores de alívio ou agravamento, conforme a norma da DGS (2003). Por outro lado, o STM, como sistema de triagem por prioridades, não prevê monitorização da dor, dependendo esta, por vezes, da prescrição médica ou da perceção do enfermeiro, como competência autónoma deste grupo profissional. Significa que a própria dor crónica, ao não estar abrangida na triagem de prioridades, é pontualmente sujeita a pouca atenção e negligenciada, mesmo pelos profissionais de saúde.

Em termos sintéticos, o STM passa por uma avaliação da dor numa escala unidimensional, avaliando apenas a intensidade, através da régua da dor, caracterizada por uma 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. Recentemente, algumas alterações foram introduzidas, definindo-se como prioridade não urgente uma dor de intensidade ligeira (entre 1 e 4), que permanece com duração superior a 7 dias.

Como aspetos positivos da dor ser um fator a avaliar no STM, há a referir: a mensuração da intensidade da dor e os danos causados nas atividades de vida do indivíduo; combinar a utilização de expressões verbais com uma escala visual analógica; rápida e fácil utilização, permitindo uma célere avaliação no processo de classificação do risco na realização da triagem de prioridades (Silva *et al.*, 2013).

Como referência importante a considerar, no STM, a avaliação da dor, devido à sua subjetividade, pode ser difícil de qualificar ou quantificar, pelo que quanto melhor e mais adequada for a sua valorização e interpretação, mais eficaz se torna no sistema. Como salientam Silva *et al.* (2013), o recurso a este processo é determinante, reconhecendo que a dor é uma queixa preponderante, de tal forma que já está incluída na avaliação da pessoa no momento da sua admissão no serviço. É neste momento que o enfermeiro, que faz triagem, assume um papel primordial em todo o processo, uma vez que é o primeiro profissional de saúde que contacta com a pessoa, devendo ser capaz de valorizar e interpretar a dor manifestada, de forma a atribuir-lhe uma prioridade.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

A metodologia é fundamental num trabalho de investigação, ela implica a organização das diversas fases do trabalho, nomeadamente definir o problema a ser estudado, a formulação das questões de investigação e definir os objetivos. Também a metodologia dá conta do processo investigativo, determinando o instrumento de colheita de dados, a população a ser estudada e a identificação das variáveis. Neste sentido, neste capítulo faz-se uma breve caracterização do estudo e descrevem-se os métodos de análise e interpretação dos dados a utilizar.

1. Caracterização do estudo

Segundo Fortin (2009), os conceitos pilares da investigação devem ser operacionalizados de forma a permitir a medição das variáveis ou a descrição de comportamentos.

Em linhas gerais, a metodologia corresponde ao conjunto dos métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2009). Por isso, na condução de uma investigação e ou estudo, de carácter científico, assente num processo racional, o investigador é orientado por determinados objetivos operacionais. Estes vão depender da natureza dos fenómenos e das variáveis em presença, bem como das condições de maior ou menor controlo em que a investigação vai ocorrer. Como tal, importa saber o que se vai fazer, quando e como vai ser feito, junto de quem e por quem vai ser levado a efeito e como serão os resultados avaliados (Polit & Hungler, 1995).

Nos estudos de investigação, as opções recaem numa metodologia quantitativa, qualitativa e/ou de investigação-ação, embora entendamos, como aliás é o parecer de muitos estudiosos nesta matéria, que no plano de uma investigação todos os elementos metodológicos se devem considerar em sintonia. De facto, na forma como se conceptualiza um plano de trabalho, cabe ao investigador questionar os aspetos da delimitação do problema, as hipóteses e as variáveis em estudo, como lhe cabe, também, questionar os sujeitos e as amostras a utilizar, os

momentos de avaliação, quais os instrumentos a utilizar e que análises se devem efetuar com os dados.

Nesse espírito, a presente investigação caracteriza-se como um estudo exploratório e descritivo, com utilização de metodologia quantitativa, pretendendo-se identificar as principais barreiras descritas pelos enfermeiros na monitorização da dor no serviço de urgência. Assim, perante as características referidas, os dados foram recolhidos através de um questionário sob a forma de escala de *Likert*.

1.1 Definição do problema

Uma investigação tem sempre origem numa situação que causa preocupação, dúvidas, ou uma certa inquietação exigindo, portanto, uma explicação ou melhor compreensão do fenómeno observado.

Quando se diz que todo o trabalho de investigação tem início com algum tipo de problema, torna-se conveniente esclarecer o significado deste termo o qual, segundo Fortin (1999, p. 374, citado em 2009), é caracterizado como um “[...] enunciado formal do objetivo de uma investigação, tomando a forma de uma afirmação, que implica a possibilidade de uma investigação empírica e permite encontrar resposta”. Assim, a opção por uma determinada metodologia obriga, antes de mais, a conhecer as várias opções possíveis, isto é, a responder à pertinente questão, de que forma conhecemos o que conhecemos. Neste sentido Fortin (2009, p. 17) refere que a “[...] investigação científica é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”. Este processo leva à aquisição de novos conhecimentos.

Como tem vindo a ser descrito, os enfermeiros que trabalham num serviço de urgência têm a necessidade constante de monitorizar a dor dos doentes. Esta é, uma das áreas de intervenção destes profissionais na sua prática clínica. No entanto, existem variadíssimas barreiras que dificultam uma correta avaliação da dor e, por vezes, o seu alívio, ou seja, a sua monitorização, existindo, muitas vezes, doentes com dor nos serviços de urgência. O investigador como elemento que vivencia esta situação diariamente, preocupa-se com esta situação, procurando na

bibliografia existente o que é que pode potenciar tal problemática. Como descrito no capítulo anterior, vários foram os estudos que identificaram barreiras na monitorização da dor, evidenciando-as a partir dos enfermeiros e outros profissionais de saúde. A salientar, o estudo de Coker *et al.* (2010), de abordagem qualitativa, que incidiu diretamente sobre este tema, também com os enfermeiros num contexto de serviço de urgência, contribuindo para a realização do instrumento de colheita de dados. O presente estudo parte das premissas emanadas no estudo referido para a problemática exposta neste trabalho de investigação.

Desta forma, este trabalho de investigação tenta identificar quais as barreiras consideradas importantes na monitorização da dor no doente por parte dos enfermeiros do serviço de urgência estudado, alertando, assim, estes profissionais para a problemática e, se possível, tirar elações que possam ajudar a minorizar essas barreiras.

1.2 Questões de investigação

Uma pergunta de pesquisa bem construída possibilita a definição correta das evidências que são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, pois maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca a pesquisa e evita a realização de pesquisas desnecessárias. Como realça Ribeiro (1999, p. 24), “[...] a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação. À questão de investigação segue-se a formulação dos objetivos da investigação. Estes representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação.”

No entanto, para se reunir as condições necessárias para formular um problema de investigação é imperativo escolher, previamente, um tema referente a uma situação problemática e estruturar uma questão orientadora do tipo de investigação a realizar, que lhe dará significado. A questão de investigação surge sob a forma de uma interrogação explícita, relativa ao problema que se pretende examinar e analisar, com o intuito de se obter novas informações. A questão, como já mencionado, surgiu proveniente de observações ao longo da experiência profissional do investigador no serviço de urgência, diariamente contactando com doentes portadores de dor, com a pesquisa efetuada sobre o tema e a constatação que, também, outros autores já se tinham dedicado a estudos semelhantes. Logo, havia um ponto de partida para explorar este

tema no serviço escolhido. Assim, define-se como questão de investigação: “Quais as Barreiras na Monitorização da Dor identificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência?”

1.3 Objetivos da investigação

Todo e qualquer trabalho (de investigação ou não) pressupõe objetivos delineados pelos autores do mesmo. São eles que despertam no investigador a sede de desenvolver um trabalho. Isto é, definida a questão de investigação, é imprescindível o enunciado dos objetivos do estudo, os quais indicam a direção da investigação (Fortin, 2009).

Como já foi descrito anteriormente, o fenómeno da dor em contexto dos serviços de urgência é uma problemática constante, quer para os enfermeiros, como para os próprios doentes que sentem a dor. Para um correto alívio e controlo deste sinal vital, o enfermeiro depara-se com várias dificuldades que condicionam a vida e o bem-estar tanto do doente como do próprio trabalho de enfermagem.

Para o presente trabalho foram definidos os seguintes objetivos:

- i) Identificar as barreiras descritas pelos enfermeiros do serviço de urgência na monitorização da dor;
- ii) Descrever as principais barreiras identificadas pelos enfermeiros do serviço de urgência na monitorização da dor.

2. Procedimentos na organização da investigação

As opções metodológicas assumem um papel determinante em investigação, ao possibilitarem estabelecer uma ligação coerente e lógica entre os propósitos que presidem à realização da investigação, e os resultados que se poderão obter em função das opções tomadas.

A fase metodológica é fundamental no processo de investigação, pois é nesta fase que são definidos os meios que vão ser utilizados na realização da investigação, com o intuito de garantir fiabilidade nos resultados obtidos. É no decorrer da fase metodológica que o investigador delimita a sua maneira de proceder, de forma a obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Fortin (2009, p. 17) refere que a “investigação científica é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”. Este processo leva à aquisição de novos conhecimentos. A metodologia corresponde, assim, ao conjunto dos métodos e das técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2009, p. 17). Nesta sequência, são requisitos essenciais um planeamento sistemático e exaustivo, organização e persistência (Gray, Grove & Sutherland, 2017). O conhecimento gerado através da investigação em enfermagem promove a sustentação científica, essencial em todas as áreas de enfermagem, sendo fulcral na maximização da qualidade dos cuidados à pessoa, família e comunidade (Gray *et al.*, 2017).

O percurso metodológico consiste na construção de uma base sólida para o desenvolvimento e orientação do estudo, sendo de grande importância na investigação. Tem como objetivo “precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação” (Fortin, 2009, p. 214). Deste modo, conduz o investigador na planificação e realização do seu estudo, a fim de serem atingidos os objetivos delineados (Fortin, 2009). O desenho de investigação é o plano lógico definido pelo investigador para dar resposta às questões formuladas, tem como objetivo controlar potenciais fontes de enviesamento, delimitar as variáveis em estudo, distinguir as centrais das outras variáveis, medi-las com exatidão assegurando a credibilidade dos dados (Fortin, 2009). A mesma autora, refere que “o desenvolvimento da investigação, no seio de uma disciplina, não é independente da evolução da profissão, do seu ensino e da sua prática” (Fortin, 2009, p. 26). O investigador,

chegando à fase metodológica, deverá definir os métodos a usar para obter respostas às questões de investigação enunciadas.

Em traços gerais, compreenderá uma metodologia quantitativa que, segundo Fortin (2009, p. 20), se “[...] interessa pelas causas objetivas dos fenómenos e faz abstração da situação própria de cada indivíduo, apela à dedução, às regras da lógica e da medida”. Como tal, é baseada na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objetivos e comporta um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis. A objetividade e a generalização são características muito próprias da metodologia quantitativa.

Neste trabalho, foi utilizada uma metodologia quantitativa, num estudo exploratório descritivo para, através da utilização de escala tipo *Likert*, identificar onde é que os enfermeiros do serviço de urgência, objeto de estudo, se posicionam relativamente às barreiras enunciadas. Essas barreiras, como já foi demonstrado anteriormente, foram identificadas por diversos autores nos seus estudos com profissionais de saúde e, surgiram em consonância com o conhecimento do investigador enquanto conhecedor da problemática em causa. Assim, a estatística descritiva permitiu conhecer melhor a população em causa relativamente à sua posição perante as barreiras referidas pelo investigador.

Tendo em consideração as múltiplas teorias provenientes de diversificados estudos quanto à abordagem e classificação dos vários procedimentos metodológicos, embora classificações desta natureza sejam sempre um pouco arbitrárias, é necessário clarificar as diferentes lógicas ou estratégias de investigação normalmente utilizadas na investigação.

2.1 Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados é uma etapa do trabalho de investigação que permite obter os dados necessários para alcançar os objetivos do estudo. A escolha do instrumento está relacionada com as variáveis em estudo e a sua operacionalização, tendo em conta determinados fatores, nomeadamente os objetivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis e a obtenção de medidas apropriadas às definições conceptuais (Fortin, 2009).

Deste modo, a tarefa de desenvolver uma metodologia para a reunião dos dados é desafiadora sendo que, se não existirem métodos apropriados para a recolha dos dados, a precisão e validade das informações recolhidas e das conclusões da investigação podem ser questionadas (Polit & Beck, 2011).

Reportando mais objetivamente à escolha do método de colheita de dados, este depende, por excelência, do nível da investigação, do tipo de fenómeno em estudo, das variáveis e dos instrumentos disponíveis (Fortin, 2009). Assim, os instrumentos de recolha de dados devem permitir ao investigador munir-se de um conjunto de dados sobre determinado fenómeno que lhe possibilitem perceber e interpretar esse fenómeno. Desta forma, recorreu-se a técnicas de investigação de teor quantitativo, utilizando um inquérito por questionário, construído segundo a forma de uma escala de *Likert* (Apêndice I).

Segundo Fortin (2009), o questionário tem como objetivo recolher informação relativa a acontecimentos, atitudes e comportamentos. Contrariamente à entrevista, o questionário é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência. É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. O questionário não permite ir tão em profundidade como a entrevista, mas permite um melhor controlo dos enviesamentos.

Através deste inquérito, apostou-se num número de questões apresentadas, por escrito, aos inquiridos, com o intuito de conhecer as suas opiniões, sentimentos, interesses e expectativas cimentadas pelas suas situações vivenciadas na atividade profissional de enfermagem, na monitorização da dor aos doentes num serviço de urgência.

Para efetuar a colheita de dados o investigador deve escolher um método adequado aos objetivos do estudo, às questões de investigação e hipóteses, assim como à análise da revisão sistemática da literatura, já realizada anteriormente, acerca da problemática em estudo.

Após pesquisa efetuada, não foram identificadas escalas validadas para a população em estudo que avaliem as barreiras existentes na monitorização da dor. Existem, de facto, inúmeras escalas para avaliação da dor, mas o objetivo deste estudo direciona o foco de atenção para as barreiras

identificadas pelos enfermeiros na monitorização da dor num serviço de urgência e, desta forma, para esta temática específica não foram encontradas escalas, nem para o serviço de urgência, nem para outro serviço. Da pesquisa efetuada, o estudo com o instrumento de colheita de dados sobre este tema que mais se assemelha a esta investigação é o estudo de cariz qualitativo efetuado por Coker *et al.*, em 2010. A partir desse estudo, foi possível dar seguimento a algumas ideias, adequando esta investigação à população pretendida e à metodologia efetuada, de âmbito unicamente quantitativo, descritivo e exploratório.

Assim, após autorização das comissões de ética quer da Universidade do Minho (Anexo I), quer do hospital (Anexo II), entregou-se um questionário com respostas fechadas a todos os enfermeiros que aceitaram participar no estudo (Apêndice I). Esse instrumento inicia-se com uma caracterização sociodemográfica da população, seguida de questões com respostas tipo *Likert*, com 5 opções de resposta “Nunca; Raras Vezes; Algumas Vezes; Frequentemente; Sempre”.

O instrumento de colheita de dados foi elaborado pelo investigador com base na literatura que suporta este trabalho de investigação e em duas revisões sistemáticas da literatura realizadas no 1º semestre deste curso de mestrado, assim como na experiência do investigador que trabalha diariamente no mesmo contexto dos sujeitos da amostra do estudo, conhece e identifica barreiras na monitorização da dor, motivo que despertou o interesse para a escolha do tema em estudo. Assim, foi elaborado um questionário e submetido a um pré-teste, onde foi pedida a colaboração de três enfermeiras de três serviços de urgência distintos do Norte do país, que não fizeram parte da amostra.

O questionário é composto por duas partes. Na primeira, é composto por dados de caracterização sociodemográfica, para um melhor conhecimento da amostra em estudo. Numa segunda parte, é apresentado um questionário com 33 questões fechadas, de resposta tipo *Likert*, acerca das possíveis barreiras existentes no SU na monitorização da dor, barreiras essas identificadas na revisão da literatura efetuada e na experiência do investigador, como elemento que vive o mesmo contexto da amostra participante.

Com os dados colhidos através deste instrumento, após submissão a controlo e análise estatística, pretendeu-se verificar o posicionamento dos enfermeiros do serviço de urgência quanto à identificação de barreiras na monitorização da dor.

2.2 Identificação das variáveis

Variável é, segundo Fortin (1999, p. 376, citado em 2009) uma “[...] característica de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores”.

De acordo com Fortin (2009), as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados. Uma variável corresponde a uma qualidade ou característica atribuída a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e, às quais, é atribuído um valor numérico, no caso de estudos quantitativos (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora, a classificação de uma variável está diretamente relacionada com a sua utilização numa investigação, podendo ser denominada como independente ou dependente.

Ainda segundo Fortin (2009), as variáveis estudadas devem ser definidas de forma operacional e os instrumentos de medida que servirão para avaliar cada uma destas, devem ser especificados. “O investigador deve indicar se as escalas de medidas empregadas são normalizadas e traduzidas de uma outra língua e se o questionário foi concebido especialmente para responder às necessidades do estudo” (Fortin, 2009, p. 494).

Segundo Fortin (2009), os conceitos pilares da investigação devem ser operacionalizados de forma a permitir a medição das variáveis ou a descrição de comportamentos.

Dentro das variáveis podem ser identificadas as dependentes e as independentes. A variável independente é a variável que, segundo Polit (1995), influencia a variável dependente, sendo, assim, a variável manipulada. Ou seja, as variáveis dependentes resultam da ação das variáveis

independentes e, segundo Polit (1995), assume-se como a variável que interessa, de sobremaneira, ao investigador. A partir desta análise, este estudo tem como variáveis:

- i) Variável dependente: as barreiras identificadas pelos enfermeiros, aquando da monitorização da dor dos doentes ao recorrerem a um serviço de urgência.
- ii) Variáveis independentes: dados de caracterização sociodemográfica. Neste contexto foram considerados: sexo, idade, tempo total de exercício como enfermeiro; anos a trabalhar no presente SU, assim como outros dados pessoais respeitantes ao exercício da enfermagem nesta área específica, da identificação de barreiras no serviço de urgência na monitorização da dor.

2.3 População e amostra do estudo

No âmbito da investigação, os trabalhos de pesquisa, por vezes, abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-los na sua totalidade. Por essa razão, é muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, uma pequena parte dos elementos que compõem o universo.

Várias são as definições de população, com Polit *et al.* (1995, p. 143) a defini-la como “[...] toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios: população-alvo, como toda a população na qual o pesquisador está interessado; população acessível, como os casos da população-alvo que estão acessíveis ao pesquisador como um grupo de sujeitos”.

Por sua vez, segundo Fortin (2000, p. 202, citado em 2009), população é considerada como “[...] uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Compreendendo (Fortin, 2009, p. 41), população são “[...] todos os elementos de pessoas, grupos e/ou objetos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”. Por outro lado, no respeitante ao conceito de amostra, na perspetiva de Fortin (2000, p. 202, citado em 2009), amostra é “[...] um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma

população”, devendo a amostra ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.

Assim, a amostra consiste na escolha de um grupo de pessoas que representem a população em estudo, face a determinado fenómeno, com um conjunto de características representativas da população-alvo. Indo ao encontro de Fortin (2009, p. 208) “[...] a amostra por conveniência, ou amostragem acidental, favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de um estudo”.

Tendo em consideração as diversas definições apresentadas, a população considerada na presente investigação, contempla todos os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência estudado e estão diretamente envolvidos na prestação de cuidados de enfermagem aos doentes. A amostra, é assim igual à população.

O serviço estudado contempla, atualmente, um total de 89 enfermeiros. A estes 89 indivíduos excluem-se os elementos com cargos unicamente de chefia/gestão/coordenação. Assim, a população estudada contempla um total de 86 enfermeiros. Destes, exclui-se o investigador a quem se pretende a participação e solicitação da colaboração para obter o maior número de respostas possível. Além deste, excluíram-se os enfermeiros com ausência prolongada. O total da amostra foi de 81 enfermeiros.

2.4 Validação do instrumento

O pré-teste é uma fase fundamental da pesquisa, onde a população-alvo entra em contacto com as questões e possibilitam ao investigador verificar se a tradução da escala pode ser entendida e interpretada corretamente pelos sujeitos. Segundo alguns investigadores, o pré-teste pode, além de possibilitar ajustes e deteção de incoerências, aumentar a validade do instrumento (Widenfel & Treffers, 2005).

Malhotra (2002) ressalta que o pré-teste abrange não somente a compreensão dos itens, mas também outras questões referentes à: compreensão das respostas da escala; *layout* do questionário; dificuldade em responder às questões, instruções dos questionários; e, também, o

grau de atenção dos inquiridos. Além disso, o ambiente onde serão colhidos os dados também deve ser considerado.

Com a aplicação do pré-teste, pretendeu-se detetar se o questionário a ser aplicado continha erros de construção ou possibilidade de indução de resposta ou dúvida, com vista a um eventual reajustamento ou correção, antes da sua aplicação final.

O questionário, como já foi referido anteriormente, foi construído com base em pesquisa bibliográfica, incidindo, de forma especial, em estudos da área da saúde que identificavam barreiras na monitorização da dor. Estudos que mereceram devida seriação, destacando-se os seguintes, como os que mais contribuíram para a construção deste instrumento: “*Problems and Barriers in Ensuring Effective Acute and Post-Operative Pain Management – an International Perspective*” de Dabrowska, Dabrowski & Basinski, (2015), “*Nurses’ Perceived Barriers to Assessment and Management of Pain in a University Hospital*” de Elcigil, Maltepe, Esrefgil & Mutafoglu (2011), e o estudo de Coker *et al.* (2010). No entanto, há a realçar outros importantes contributos para a conceção deste questionário, dos quais se destacam a experiência do investigador enquanto elemento a desempenhar funções em ambiente similar ao da amostra e, também, percecionando e identificando algumas barreiras.

Em termos sucintos, o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra com características muito semelhantes à população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões.

Este foi realizado a enfermeiros de três serviços de urgência diferentes, também da zona Norte de Portugal, a exercerem a profissão num serviço com características semelhantes às pretendidas, sofrendo pontuais e ajustadas alterações face às dificuldades e propostas apresentadas pelos inquiridos. O pré-teste foi, por isso, um fator determinante na construção do instrumento para a colheita de dados, pois foi realizado a indivíduos com características semelhantes às da amostra. Os indivíduos são enfermeiros e trabalham num serviço de urgência próximo, geograficamente, do serviço em estudo. Com a elaboração deste pré-teste foram

sugeridas alterações na construção das premissas, identificaram-se barreiras que ainda não estavam incluídas e foram testadas as dificuldades nas respostas.

A realização do pré-teste foi fundamental neste estudo de investigação, nomeadamente na construção do instrumento de colheita de dados, pois sem este não seria possível atestar a exequibilidade de aplicação do instrumento à amostra em estudo. Assim, por ter sido possível e acessível o preenchimento deste, com a colheita de resultados plausíveis, atestou-se o funcionamento do questionário para a colheita de dados na população pretendida.

3. Métodos de análise e interpretação dos resultados

O método quantitativo é conclusivo e tem como objetivo quantificar um problema e entender a dimensão dele. Este tipo de pesquisa fornece informações numéricas sobre o comportamento da pessoa. A pesquisa quantitativa usa questionários estruturados com perguntas fechadas, em que os elementos da amostra selecionam entre uma lista de possíveis opções. Neste trabalho utilizou-se uma escala tipo *Likert*, como já referido anteriormente.

Para a análise estatística desses dados foi utilizado o programa informático IBM SPSS *Statistics* 22. Este é utilizado para uma ampla gama de análises estatísticas como estatísticas descritivas (por exemplo, as médias e as frequências), as estatísticas bivariadas (por exemplo, análise de variância, teste *t-student*), análise fatorial e a representação gráfica de dados. Embora originalmente concebido e nomeado para as ciências sociais, este pode ser utilizado para muitos tipos de conjuntos de dados experimentais ou observacionais, incluindo as ciências ambientais e a ecologia. É considerado relativamente simples de utilizar por causa da sua interface gráfica, ao contrário de cálculo manual de estatísticas ou codificação em uma linguagem de programação estatística.

Assim, com a utilização deste *software* informático, foi possível fazer a análise da estatística descritiva dos dados sociodemográficos e das barreiras identificadas pelos enfermeiros do serviço de urgência na monitorização da dor. Desta forma, foi possível observar o posicionamento destes indivíduos relativamente ao objeto de estudo, que são as barreiras na monitorização da dor. Estes dados fornecidos poderão ajudar a alertar os profissionais de saúde do serviço e chefias para esta problemática, assim como, provavelmente, identificar barreiras passíveis de serem reduzidas com pequenas intervenções e comportamentos na prática diária destes profissionais de saúde.

Após a obtenção destes dados, foi realizado um paralelismo especificamente para cada uma das barreiras do questionário, com os dados da pesquisa bibliográfica, isto é, os estudos já realizados neste âmbito e os resultados obtidos, para se atestar o posicionamento da amostra face às barreiras na monitorização da dor.

4. Procedimentos formais e éticos

A colheita de dados é uma fase fundamental para o trabalho de investigação. Sem esses dados seria impossível a obtenção de conclusões e, por isso, impossível a conclusão do trabalho. Como a amostra foram os enfermeiros do serviço de urgência de um hospital do Norte de Portugal e, a recolha de dados (entrega e preenchimento dos questionários) foi realizada dentro da instituição e durante o horário de trabalho dos profissionais, foi fundamental submeter um pedido de autorização à comissão de ética do hospital. O nome do hospital não é divulgado na apresentação da dissertação, vindo rasurado o nome da instituição no documento anexo (Anexo II). Desta forma, o nome da instituição permanecerá em anonimato, referindo-se sempre a um “hospital do Norte do país”.

Os enfermeiros da população escolhida por conveniência tiveram o direito ao princípio ético da autonomia, na medida em que poderiam escolher responder ou não ao questionário, independentemente dos seus motivos, sem qualquer tipo de prejuízo, comentário ou juízo de valor.

A autonomia é conhecida também como o valor da liberdade, é fundamental para expressar as nossas convicções, valores, princípios e, conseqüentemente, usufruir do direito da tomada de decisão individual, encarando a pessoa como um fim e não como um meio. Desta forma, pode-se referir que o princípio ético da autonomia é o que o indivíduo deseja e, é o que prevalece na relação com o investigador.

Neste sentido, o consentimento informado é o direito do indivíduo, ou seja, o enfermeiro, sempre que capacitado das devidas competências para tomar decisões, deve ser correta e verdadeiramente informado acerca da sua situação no envolvimento do estudo, de forma a fazer as suas escolhas conscientemente e com base nos seus próprios valores éticos e morais (Silva & Mendes, 2002).

Deste modo, o objetivo do consentimento informado enquanto resultado do princípio ético da autonomia é aumentar a autonomia pessoal, decisões que afetam o bem-estar físico e mental do indivíduo (Vicente, 2014).

Caso alguns dos enfermeiros se recusassem a participar no estudo de investigação, estes foram informados de que nenhum mal iria advir para eles próprios por esse motivo. Assim, foi

cumprido o princípio ético da não-maleficência, que consiste em não fazer mal ou causar dano a outrem, o que no contexto de investigação em cuidados de saúde se reporta, não só a danos corporais decorrentes da própria prática de cuidados, como a danos psicológicos, devido a uma maior vulnerabilidade do indivíduo quando em situação de participante no estudo (Vicente, 2014).

Este princípio tem raízes muito antigas na medicina, já Hipócrates enfatizava o dever de não prejudicar o doente. Queirós (2001) acrescenta que este princípio está relacionado com o princípio da beneficência. Refere-se a males não morais e sobretudo a males corporais como dores, doença ou morte. Este princípio é em si mais vinculativo que o da beneficência.

Então, entenda-se o princípio na beneficência, a obrigação de promover objetivamente o bem-estar dos indivíduos e, não apenas de evitar o mal. A beneficência não pode ser como uma obrigação de resultados, mas como uma obrigação de meios. O princípio da beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para o seu benefício. Assim, é evidente que a tomada de decisão baseada exclusivamente neste princípio pode incorrer em paternalismo, enquanto atuação limitante da liberdade do outro (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Este estudo pode ser benéfico para os enfermeiros do serviço, no sentido que pode ajudar a identificar problemas passíveis de serem resolvidos e minorizados com a ajuda das chefias de enfermagem.

No seguimento dos princípios básicos éticos, falta a abordagem ao princípio da justiça que, neste caso em particular, se refere à justa distribuição de recursos e à igual oportunidade, nomeadamente no tempo disponibilizado para o preenchimento do questionário. Neste estudo, foi disponibilizado o tempo necessário para cada indivíduo, sem pressões por parte do investigador, assim como, sempre que possível, proporcionou-se um ambiente calmo e tranquilo para a explicação do conteúdo do estudo. Contudo, as exigências da justiça distributiva são problemas muitas vezes de difícil resolução tendo em conta a limitação, ou, por vezes, escassez de recursos disponíveis. Neste princípio, há que ter em conta que nem todos os enfermeiros são iguais e que, conseqüentemente, as suas necessidades no preenchimento do questionário divergem. Assim, este princípio não implica proporcionar a todos exatamente as mesmas condições na participação do estudo (preenchimento do questionário), implica sim, responder de forma satisfatória às diferentes necessidades dos enfermeiros, como aguardar o tempo necessário pelas respostas, estar disponível para o esclarecimento de todas as dúvidas e,

respeitar se dissessem que não era o momento adequado para a participação no estudo (Vicente, 2014).

Segundo Rawls (2001) a distribuição natural dos bens não é justa nem injusta, nem é justo que os homens nasçam em algumas condições particulares dentro da sociedade. Estes são simplesmente factos naturais. O que é justo ou injusto é o modo como tratamos destes factos.

Como se trata de um estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, sob orientação e supervisão de docentes desta universidade e para proposta à obtenção do grau de mestre por parte desta instituição foi, também, necessária a aprovação da comissão de ética da Universidade do Minho para a realização deste estudo de investigação (Anexo I).

O questionário foi entregue a cada enfermeiro em papel, dentro de envelope fechado. Este questionário foi anónimo sem ter em parte alguma a identificação do enfermeiro. Após preenchimento, o enfermeiro devolveu o questionário ao investigador, pessoalmente e dentro do mesmo envelope fechado.

Antes da entrega do questionário, foi pedido o consentimento ao enfermeiro para participar no estudo, assinando um documento de consentimento informado pelo investigador e pelo enfermeiro, em duplicado, um exemplar para cada um (Apêndice II).

Os dados ficarão guardados em disco externo codificado, durante 2 anos após a conclusão do trabalho, devido a uma possível publicação. No entanto, mesmo que os dados fossem extraviados, nunca seriam identificados os participantes nem a instituição, pois não há referência a estes nos questionários.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são expostos os resultados obtidos através do questionário e feita a interpretação e discussão dos resultados. Tal como no questionário, esta apresentação segue os seus itens, iniciando-se pelos dados sociodemográficos, para um melhor conhecimento da amostra e, posteriormente, a análise dos 33 itens incluídos no questionário. A análise e interpretação dos resultados é feita à luz dos estudos referenciados no capítulo I.

Após recolha e respetivo tratamento dos dados obtidos apresenta-se, em formato de tabela e graficamente, a estatística descritiva de cada item do questionário, quer de caracterização sociodemográfica, quer de resposta às 33 (trinta e três) questões sobre as barreiras apresentadas no questionário.

Conforme referido anteriormente, a amostra foi de 81 (oitenta e um) enfermeiros, aos quais foi proposto o preenchimento de um inquérito por questionário, sob a forma de escala de *Likert*, sendo esse questionário composto por duas partes: na primeira, inquiriu-se sobre essenciais dados sociodemográficos dos enfermeiros participantes nesta amostra; na segunda parte, foi aplicado um questionário com 33 (trinta e três) questões fechadas, de resposta tipo *Likert*, acerca das possíveis barreiras existentes no serviço de urgência aquando da monitorização da dor.

1. Dados sociodemográficos

Dos 81 (oitenta e um) enfermeiros da nossa amostra, 32 (trinta e dois) são do sexo masculino e 49 (quarenta e nove) ao sexo feminino, ambos diretamente envolvidos na prestação de cuidados. Por sua vez, no tocante às idades, estas situam-se entre os 26 (vinte e seis) e os 60 (sessenta) anos, perfazendo uma média de 39 (trinta e nove) anos. Quanto ao exercício da profissão, o(a) enfermeiro(a) com menos experiência exerce há 2 (dois) anos e o(a) mais experiente há 40 (quarenta) anos, com uma média de 16 (dezasseis) anos de experiência na globalidade da amostra. Relativamente aos anos de trabalho na profissão de enfermagem, no serviço de

urgência em questão, os valores compreendem-se entre alguns meses (menos de um ano) e 34 (trinta e quatro) anos de serviço, com uma média de 11 (onze) anos de trabalho neste serviço. Constata-se, assim, que é uma equipa de enfermagem com experiência considerável na profissão e no serviço de urgência e, apresentando grande heterogeneidade nas faixas etárias, assim como, nos anos de profissão. Desta forma, entende-se que o ensino de enfermagem e a formação na área da dor é diferente, pois estes enfermeiros pertencem a diferentes gerações de ensino. De seguida, apresenta-se uma tabela resumindo estes dados.

Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Idade dos participantes	81	26	60	39,49	8,911
Anos de profissão exercício de Enfermagem	81	2	40	16,47	9,249
Anos de trabalho no SU	81	0	34	11,38	8,686

Relativamente à questão sobre a temática da dor constar no plano curricular durante a formação base dos enfermeiros, conforme dados obtidos, pode constatar-se uma percentagem de 79% dos enfermeiros relatar tê-la adquirido no curso base, tal não tendo ocorrido com a restante percentagem de 21%. Contudo, neste serviço existem enfermeiros com décadas de profissão, pelo que, sobretudo estes, poderão já não ter presente na sua memória o plano curricular do curso base de enfermagem que frequentaram.

Por outro lado, entre os 81 (oitenta e um) enfermeiros inquiridos, várias são as escolas de formação base frequentadas e, esse, pode ser um motivo para diferentes conteúdos e organizações dos planos curriculares. A título de exemplo, só no final do século XX é que a temática da dor começou a ganhar alguma relevância nos cursos de saúde e, como já referido no capítulo I, apenas no século XXI começou a ser considerada como 5º sinal vital, através da normativa da DGS.

Fazendo o paralelismo com a bibliografia utilizada, Berben *et al.* (2011) referem exatamente a questão da existência de uma lacuna na formação dos profissionais de saúde relativamente ao controlo da dor, sendo dada pouca importância ao tema e havendo um défice de conhecimento. Num estudo realizado por Silva *et al.* (2013), concluíram que os enfermeiros possuem poucos conhecimentos na área da dor, efetuando uma inadequada gestão da mesma. Tsai *et al.* (2007)

apontam, ainda, que os enfermeiros com melhores conhecimentos sobre a gestão da dor identificam menos barreiras para o controlo da mesma. Enfermeiros mais experientes e com mais horas de formação sobre o controlo da dor apresentam mais conhecimentos sobre a temática.

De seguida, apresenta-se em tabela e graficamente os dados relativos à inclusão da temática da dor no plano curricular dos cursos base de enfermagem.

Tabela 2: Inclusão da temática da dor no plano curricular do curso de licenciatura em enfermagem

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Sim	64	79,0	79,0	79,0
Não	17	21,0	21,0	100,0
Total	81	100,0	100,0	

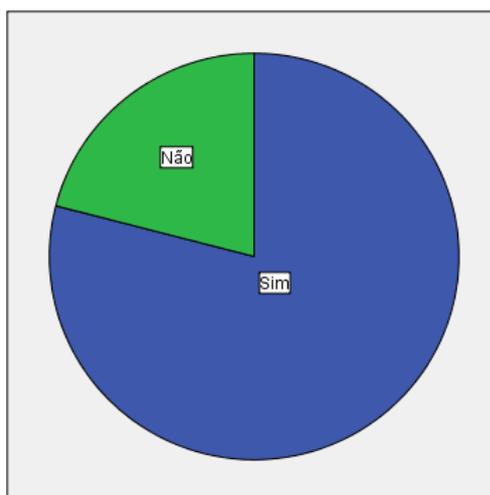


Gráfico 1: Inclusão da temática da dor no plano curricular do curso de licenciatura em enfermagem

No respeitante à opinião dos enfermeiros relativamente ao facto da formação na área da dor melhorar a prestação de cuidados, os resultados são bem elucidativos face à questão levantada. A grande maioria dos enfermeiros inquiridos (na ordem dos 97,5%) reconheceram a relevante importância do contributo proporcionado pela formação na área da dor para a melhoria dos cuidados a serem prestados à pessoa em situação crítica. Pode afirmar-se, assim, que praticamente todos os enfermeiros têm a mesma opinião. Num estudo realizado por Zhang *et al.*

(2008), os autores concluíram que a formação na área da dor melhora a prestação de cuidados. Segue-se a representação numérica e gráfica dos dados apresentados.

Tabela 3: A formação na área da dor como contributo para a melhoria dos cuidados

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Sim	79	97,5	97,5	97,5
Não	2	2,5	2,5	100,0
Total	81	100,0	100,0	

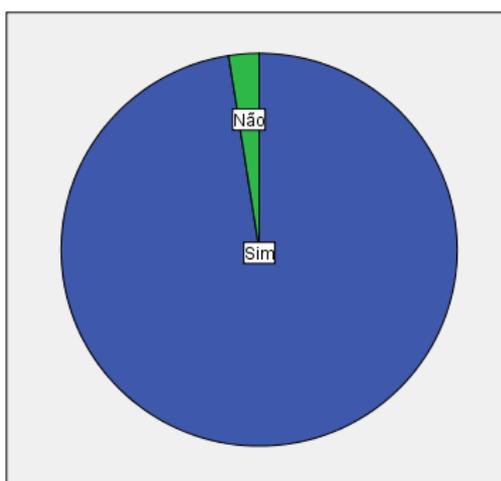


Gráfico 2: A formação na área da dor como contributo para a melhoria dos cuidados

Quando inquiridos sobre se após o término da sua licenciatura em enfermagem, os enfermeiros estiveram presentes em alguma formação na área da dor, 74,1% dos inquiridos afirmaram terem estado presentes em formações sobre esta temática desde o início da sua carreira profissional, não tendo acontecido com os restantes 25,9%. Desta forma, pode-se verificar que, apesar de tudo, esta é uma área de interesse e preocupação para os enfermeiros, sentindo necessidade de saberem mais, de forma a melhorarem a sua prática clínica. Estes dados não são concordantes com as afirmações proferidas pela APED, associação que identificou a falta de conhecimentos dos problemas de saúde em relação à dor como uma das lacunas dos profissionais de saúde, nomeadamente quanto à falta de educação e formação. Contudo, estas afirmações foram proferidas relativamente a todas as classes profissionais na área da saúde, estando, este estudo, direcionado apenas para uma população de enfermeiros.

No estudo de Zhang *et al.* (2008), referido anteriormente no Capítulo I, onde foram utilizados dois grupos, um de controlo e um experimental, os autores concluíram que os enfermeiros que tinham recebido formação tinham mais conhecimentos na monitorização da dor em relação ao grupo sem formação. Outros três estudos, efetuados por Nascimento & Kreling (2011), Allione *et al.* (2011) e Manwere *et al.* (2015), comprovam a necessidade de formação contínua por parte dos enfermeiros no âmbito da dor. Também, a OE (2008) faz referência à importância da formação dos enfermeiros no âmbito da dor.

Em seguida, apresenta-se em tabela e graficamente os dados relativos ao posicionamento da amostra sobre este tema.

Tabela 4: Formações na área da dor após o início da carreira profissional

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Sim	60	74,1	74,1	74,1
Não	21	25,9	25,9	100,0
Total	81	100,0	100,0	

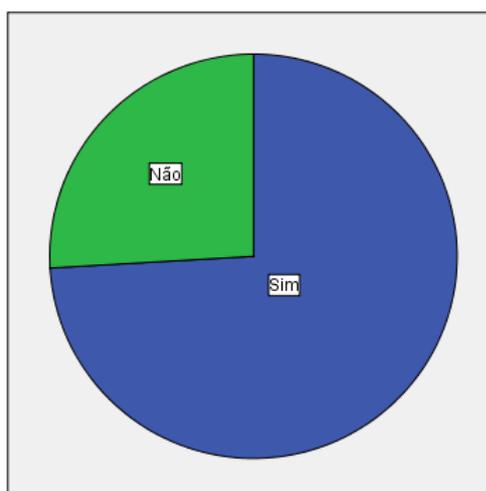


Gráfico 3: Formações na área da dor após o início da carreira profissional

Os enfermeiros deste serviço de urgência foram, também, inquiridos sobre se alguma vez já tinham vivido alguma experiência dolorosa na sua vida profissional. Entende-se, como experiência dolorosa, alguma situação relativa a algum doente que possa ter afetado

emocionalmente o enfermeiro, quer pela sua situação de saúde/doença, como pela situação social e/ou familiar. Da amostra, 91,4% afirmaram já ter vivido alguma experiência dolorosa na sua vida profissional, situação não experienciada por 8,6% dos enfermeiros. Segundo Costalino (2015), os enfermeiros que mais valorizam a dor dos seus doentes, são aqueles que em algum momento das suas vidas vivenciaram a dor ou experienciaram situações dolorosas. Em seguida, apresenta-se numérica e graficamente os dados referidos anteriormente.

Tabela 5: Vivência de experiências dolorosas na vida profissional

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sim	74	91,4	91,4	91,4
Não	7	8,6	8,6	100,0
Total	81	100,0	100,0	

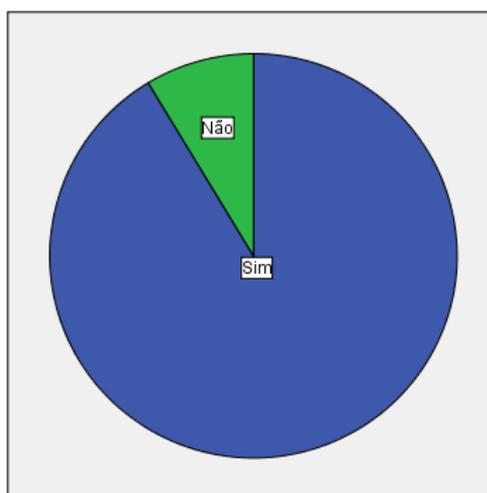


Gráfico 4: Vivência de experiências dolorosas na vida profissional

A opinião dos enfermeiros sobre se consideram existir barreiras na monitorização da dor no SU é crucial para os objetivos do estudo. O investigador identificou este problema e considerou existirem essas barreiras. Mesmo assim, o mais importante é a opinião dos restantes elementos da equipa, pois foram estes os participantes no estudo. Ademais, a identificação por parte deles da existência desta problemática no serviço por parte dos restantes elementos é muito mais representativa da população, do que apenas a identificação do problema por uma única pessoa, o investigador. No entanto, os enfermeiros foram muito esclarecedores ao corroborarem a

problemática identificada pelo investigador, pois 95,1% da amostra respondeu existirem, de facto, barreiras na monitorização da dor, enquanto que 4,9% não considerou isso ser um problema existente no serviço de urgência. De seguida, é feita a apresentação das percentagens em tabela e gráfico.

Tabela 6: Existência de barreiras na monitorização da dor no SU

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Sim	77	95,1	95,1	95,1
Não	4	4,9	4,9	100,0
Total	81	100,0	100,0	

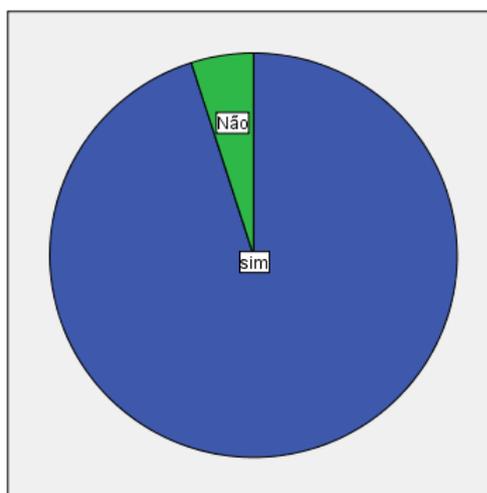


Gráfico 5: Existência de barreiras na monitorização da dor no SU

Os enfermeiros com alguma especialidade em enfermagem deveriam, à partida, ser profissionais mais atentos a estas questões, como a dor e as barreiras na sua avaliação, comparativamente com os enfermeiros apenas com licenciatura. Pelo menos, tiveram mais tempo e formação científica para se debruçar sobre este e outros temas. Ademais, espera-se que tenham um espírito mais crítico sobre as temáticas relativas ao seu ambiente profissional. Os mesmos, terão, em perspetiva, um maior desenvolvimento do sentido crítico, com ideias reflexivas mais consistentes em argumentação científica e de carácter intelectual. A amostra deste estudo constituiu uma totalidade de 37% de enfermeiros com algum tipo de especialidade em enfermagem. Os restantes 63% afirmaram não possuírem especialidade. Segue-se a

apresentação destes dados em forma de tabela e gráfico para uma melhor visualização e compreensão.

Tabela 7: Especialidade em Enfermagem

	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem acumulativa (%)
Sim	30	37,0	37,0	37,0
Não	51	63,0	63,0	100,0
Total	81	100,0	100,0	

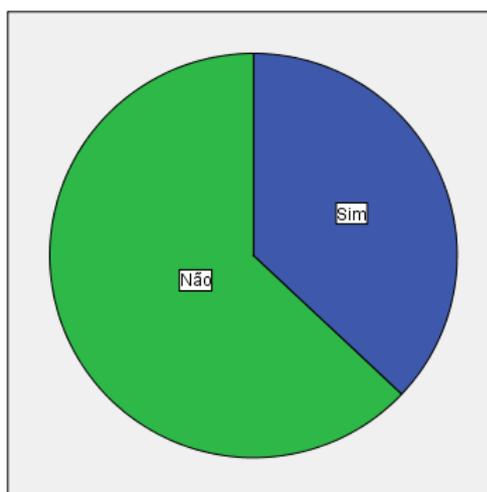


Gráfico 6: Especialidade em Enfermagem

Como foi possível observar através dos gráficos, a amostra é bastante diversificada, misturando-se uma componente de juventude com experiência na profissão de Enfermagem. Também, é possível verificar que os indivíduos são majoritariamente do sexo feminino e sem especialidade em Enfermagem.

No que toca a conhecimentos sobre a dor, a maioria dos enfermeiros afirmaram ser importante a formação nesta área, muitos deles com abordagem no seu curso de base e, contrariamente ao referido na literatura, esta população tem investido em formação na área da dor após o início da carreira profissional. Verifica-se, assim, que a maioria dos enfermeiros inquiridos reconheceram a importância da formação para uma melhor monitorização da dor dos doentes.

Constata-se, ainda, que a grande maioria dos enfermeiros já viveu alguma experiência dolorosa, o que, segundo a literatura, pode ajudar estes profissionais a valorizarem a dor. No que toca à pergunta crucial, sobre o facto de existirem barreiras na monitorização da dor no SU, mais de 95% dos inquiridos têm a mesma perspetiva que o investigador, corroborando a importância do tema.

2. Barreiras identificadas na monitorização da dor

Os dados obtidos na segunda parte do questionário incidem, de forma mais direta e objetiva, sobre pertinentes e sempre atuais questões sobre a temática do estudo. Tendo como problemática de fundo a dor das pessoas em situação crítica nos serviços de urgência, situação presenciada e vivida quotidianamente pelos enfermeiros e, o conseqüente reconhecimento, por parte destes, das múltiplas e plurifacetadas barreiras que enfrentam no respeitante à identificação e monitorização da dor. Os enfermeiros deparam-se com dificuldades e constrangimentos de toda a ordem, que condicionam não só a vida e o bem-estar da pessoa em situação crítica, como, naturalmente, o próprio trabalho de enfermagem.

Como tal, há que identificá-las, nomeadamente as já referidas na bibliografia existente sobre o tema, no sentido do conhecimento não só das possíveis causas que potenciem a existência de barreiras na monitorização da dor por parte dos enfermeiros do serviço de urgência, como, igualmente, na aposta das mesmas serem minimizadas com adequadas intervenções do serviço e/ou dos profissionais.

A primeira premissa do questionário, onde os enfermeiros eram convidados a posicionarem-se em opções de resposta da escala tipo *Likert*, entre “sempre”, “frequentemente”, “algumas vezes”, “raras vezes” e “nunca”, prendia-se com a priorização de atuação entre dor aguda e dor crónica. Relativamente a este primeiro item da escala de *Likert*, 29,6% dos enfermeiros afirmaram ter “sempre” uma atuação mais imediata perante uma dor aguda relativamente a uma dor crónica, 48,1% referiram “frequentemente” e 17,3% “algumas vezes”. Vários estudos corroboram estes dados, como os de Al-Saher *et al.* (2011), Bennetts *et al.* (2012), Bergman (2012) e Pretorius *et al.* (2014), realçando a necessidade de nos serviços de urgência haver a priorização constante entre a pessoa em situação crítica com dor aguda e a pessoa com dor crónica. De seguida, é feita a apresentação numérica e gráfica dos dados relativos ao posicionamento da amostra sobre este item.

Tabela 8: Priorização da dor aguda relativamente à dor crónica

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	4	4,9	4,9	4,9
Algumas vezes	14	17,3	17,3	22,2
Frequentemente	39	48,1	48,1	70,4
Sempre	24	29,6	29,6	100,0
Total	81	100,0	100,0	

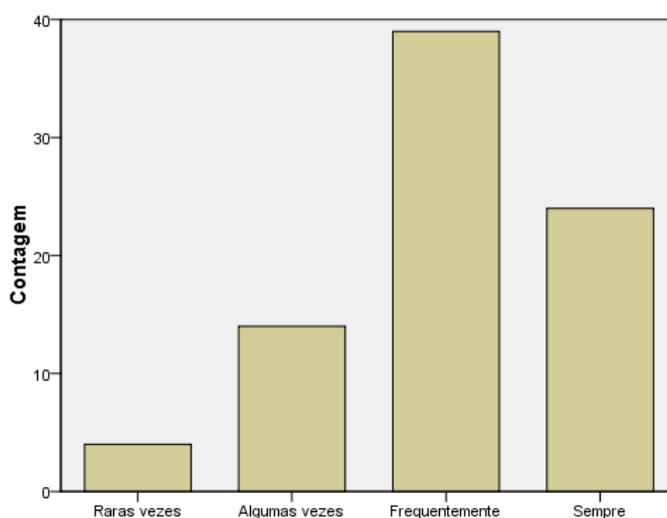


Gráfico 7: Priorização da dor aguda relativamente à dor crónica

Como tem vindo a ser destacado, com recorrência a diversos estudos, como os de Zhang *et al.* (2008), a formação na área da dor melhora a prestação de cuidados de enfermagem. Dąbrowska *et al.* (2015) também corroboram esta afirmação, ao identificarem a falta de formação na área da dor como um problema sério, uma vez que há pouca formação nessa área específica.

Os enfermeiros da amostra questionados sobre se usufríssem de maior formação na área da dor prestariam melhores cuidados de saúde, responderam de forma bastante diversificada, tendo, dentro do grupo, afirmações algo dispare. Relativamente a este item, 25,9% dos inquiridos responderam “sempre”, 38,3% “frequentemente”, 25,9% “algumas vezes”, 6,2%

“raras vezes” e 3,7% “nunca”. Segue-se em tabela e gráfico os dados relativos às opiniões da amostra.

Tabela 9: Usufruir de mais formação na área da dor como contributo de melhoria da prestação de cuidados

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	3	3,7	3,7	3,7
Raras vezes	5	6,2	6,2	9,9
Algumas vezes	21	25,9	25,9	35,8
Frequentemente	31	38,3	38,3	74,1
Sempre	21	25,9	25,9	100,0
Total	81	100,0	100,0	

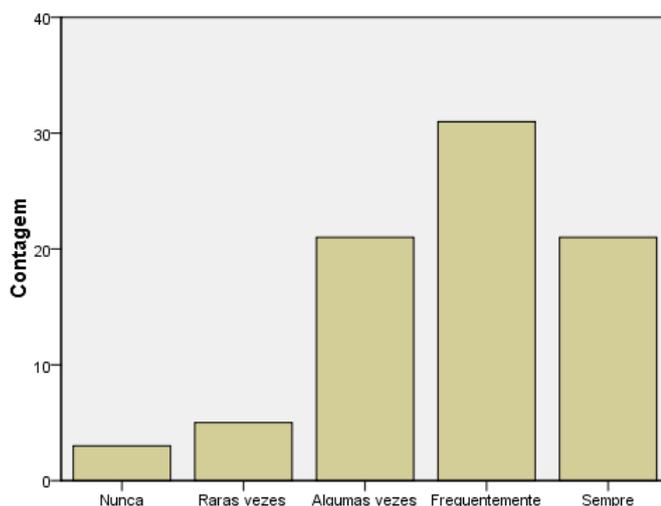


Gráfico 8: Usufruir de mais formação na área da dor como contributo de melhoria da prestação de cuidados

Na opinião dos enfermeiros deste serviço de urgência, a propósito da questão das pessoas em situação crítica terem dificuldade em avaliar a sua dor, 11% afirmaram que os doentes têm “sempre” dificuldade, 55,6% que têm “frequentemente” dificuldade e 32,1% “algumas vezes”. Estes dados comprovam que estes enfermeiros identificam esta como sendo uma barreira importante na monitorização da dor no SU. Segue-se a apresentação dos dados referidos em formato de tabela e graficamente, para uma melhor visualização.

Tabela 10: Dificuldade dos doentes na avaliação da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	1	1,2	1,2	1,2
Algumas vezes	26	32,1	32,1	33,3
Frequentemente	45	55,6	55,6	88,9
Sempre	9	11,1	11,1	100,0
Total	81	100,0	100,0	

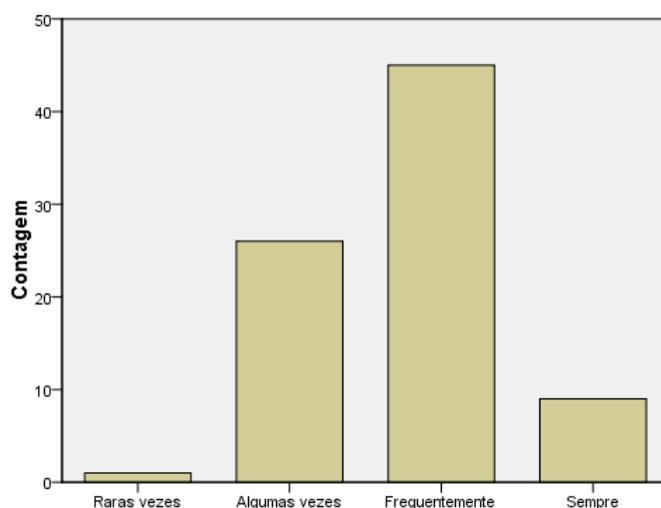


Gráfico 9: Dificuldade dos doentes na avaliação da dor

De acordo com Elcigil *et al.* (2011), as pessoas em situação crítica têm dificuldades em completar as escalas da dor. Ideia, também, expressa no trabalho de Coker *et al.* (2010). Esta barreira é comprovada pela população inquirida, uma vez que 11,1% da amostra referem que os doentes têm “sempre” dificuldade em compreender a utilidade das escalas de avaliação da dor, 58% “frequentemente” e 25,9% “algumas vezes”. Seguidamente apresentam-se os dados referidos em tabela e gráfico.

Tabela 11: Dificuldade dos doentes em compreender a utilidade das escalas da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	4	4,9	4,9	4,9
Algumas vezes	21	25,9	25,9	30,9
Frequentemente	47	58,0	58,0	88,9
Sempre	9	11,1	11,1	100,0
Total	81	100,0	100,0	

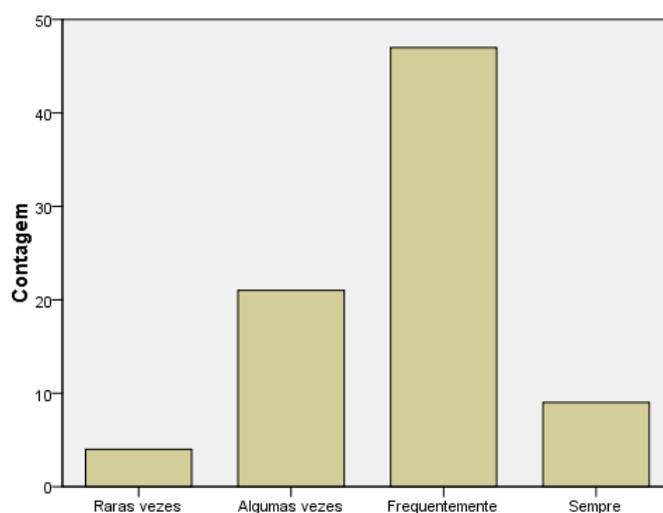


Gráfico 10: Dificuldade dos doentes em compreender a utilidade das escalas da dor

As dificuldades comunicacionais entre doentes e enfermeiros é outras das barreiras identificadas na monitorização da dor. A NPC (2001) defende que, relativamente ao doente, as dificuldades encontradas fazem referência a uma comunicação deficiente, podendo ter várias origens, nomeadamente a idade, idioma, capacidades cognitivas, doença física ou psicológica concomitante e tradições. Também, o GPT (2010) refere que os profissionais, no momento da triagem de Manchester, devem ter em consideração fatores que influenciam o doente na sua perceção e comunicação da dor, tais como a idade, experiência prévia de dor, cultura, ansiedade, interrupção das atividades normais do doente, estado de consciência, antecedentes pessoais e dificuldades de comunicação verbal.

Maioritariamente, os enfermeiros são da opinião que as dificuldades comunicacionais entre a pessoa em situação crítica e o profissional de saúde podem ser uma barreira na sua avaliação. Situação por sinal evidente, a partir dos resultados que se seguem, obtidos e demonstrados numérica e graficamente, onde 13,6% afirmaram “sempre”, 60,5% “frequentemente” e 25,9% “algumas vezes”, tendo nenhum inquirido respondido “raras vezes” ou “nunca”.

Tabela 12: Dificuldades comunicacionais entre doente e profissional de saúde como barreira na monitorização da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Algumas vezes	21	25,9	25,9	25,9
Frequentemente	49	60,5	60,5	86,4
Sempre	11	13,6	13,6	100,0
Total	81	100,0	100,0	

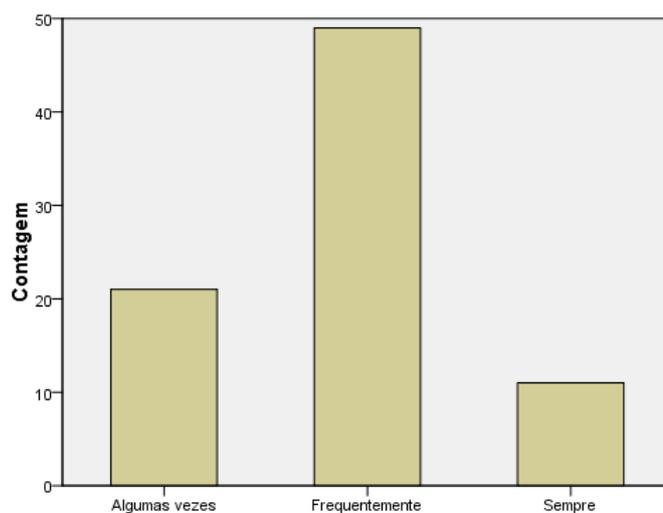


Gráfico 11: Dificuldades comunicacionais entre doente e profissional de saúde como barreira na monitorização da dor

Num serviço de urgência são vários os profissionais de saúde em funções, englobando médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos e assistentes sociais. Com muita frequência verifica-se, por parte das pessoas em situação crítica, um relato da dor diferente conforme os citados profissionais de saúde que os abordam, com Elcigil *et al.* (2011) a

realçarem que, por vezes, os doentes relatam a sua dor ao médico, mas não ao enfermeiro. No estudo de Coker *et al.* (2010), esta ideia também é corroborada.

Neste contexto, os resultados obtidos ilustram, essa situação: 9,9% dos enfermeiros são da opinião que as pessoas em situação crítica mudam “sempre” o relato da sua dor de profissional para profissional de saúde, 55,6% que mudam “frequentemente” esse relato de dor, 32,1% “algumas vezes” e 2,5% “raras vezes”. Apresentam-se, em seguida, tabela e gráfico sobre estes dados.

Tabela 13: Os doentes relatam a dor de forma diferente face ao profissional de saúde

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	2	2,5	2,5	2,5
Algumas vezes	26	32,1	32,1	34,6
Frequentemente	45	55,6	55,6	90,1
Sempre	8	9,9	9,9	100,0
Total	81	100,0	100,0	

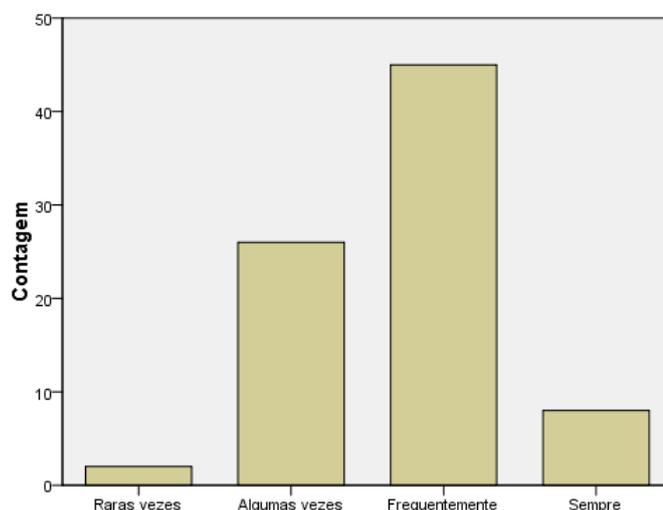


Gráfico 12: Os doentes relatam a dor de forma diferente face ao profissional de saúde

Relativamente à influência da administração de medicação analgésica numa futura reavaliação da dor, a opinião dos enfermeiros deste serviço é heterogénea, uma vez que 2,5% responderam

“sempre”, a mesma percentagem que “nunca”, enquanto 32,1% mencionaram que “frequentemente” tem influência, 37% “algumas vezes” e 25,9% “raras vezes”. Apresenta-se, em seguida, os dados referidos em tabela e gráfico.

Tabela 14: A influência da administração de analgesia numa futura reavaliação da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	2	2,5	2,5	2,5
Raras vezes	21	25,9	25,9	28,4
Algumas vezes	30	37,0	37,0	65,4
Frequentemente	26	32,1	32,1	97,5
Sempre	2	2,5	2,5	100,0
Total	81	100,0	100,0	

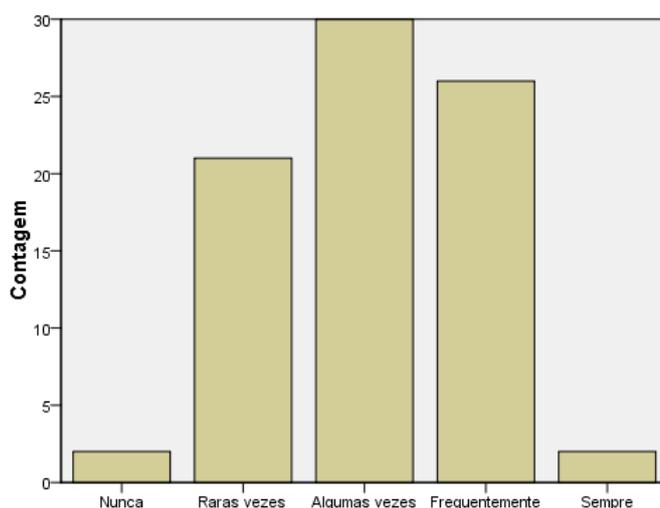


Gráfico 13: A influência da administração de analgesia numa futura reavaliação da dor

Dąbrowska *et al.* (2015), no seu artigo publicado pela Universidade de Medicina de Cracóvia, salientam que a demência é uma condição de saúde que dificulta a avaliação da dor. Este é apenas um exemplo de uma doença que altera a atividade cognitiva das pessoas em situação crítica. No estudo de Coker *et al.* (2010), a redução cognitiva e as barreiras linguísticas são, também, identificadas como um entrave à monitorização da dor. Neste sentido, os inquiridos são dessa opinião, uma vez que 13,6% consideraram que o défice cognitivo dificulta “sempre” a monitorização da dor, 55,6% “frequentemente”, 22,2% “algumas vezes” e 8,6% “raras vezes”,

não havendo qualquer elemento que tenha referido o “nunca”. Segue-se, a representação numérica e gráfica destes valores.

Tabela 15: Dificuldade na monitorização da dor em doentes com défice cognitivo

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	7	8,6	8,6	8,6
Algumas vezes	18	22,2	22,2	30,9
Frequentemente	45	55,6	55,6	86,4
Sempre	11	13,6	13,6	100,0
Total	81	100,0	100,0	

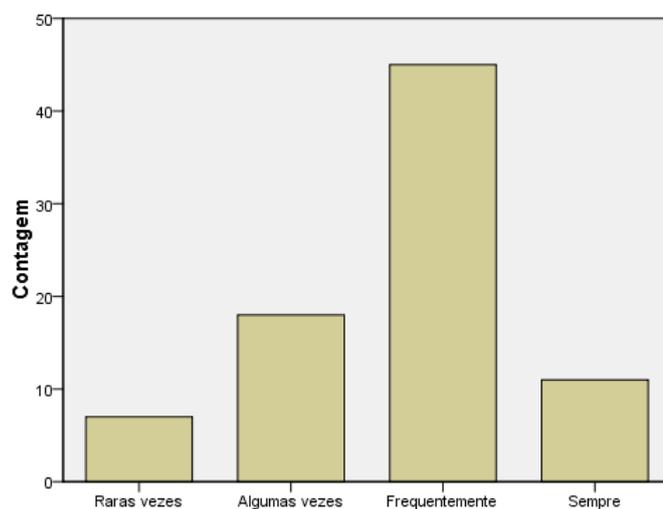


Gráfico 14: Dificuldade na monitorização da dor em doentes com défice cognitivo

No estudo de Oliver *et al.* (2008), o fatalismo e o estoicismo são referidos como barreiras na monitorização da dor, assim como, Brennan *et al.* (2007) referem que persiste o mito, em alguns doentes, de que a presença de dor é necessária e benéfica para diagnosticar doenças e, de que os bons doentes não se queixam. Face aos dados obtidos constata-se o facto da população inquirida não ser consensual sobre esta barreira no serviço estudado, pois 4,9% referiram “sempre”, 46,9% “frequentemente”, 42% “algumas vezes” e 6,2% “raras vezes”. Seguem-se os dados numéricos e gráficos que ilustram a estatística descritiva.

Tabela 16: Valorização do estoicismo pelos doentes como barreira na monitorização da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	5	6,2	6,2	6,2
Algumas vezes	34	42,0	42,0	48,1
Frequentemente	38	46,9	46,9	95,1
Sempre	4	4,9	4,9	100,0
Total	81	100,0	100,0	

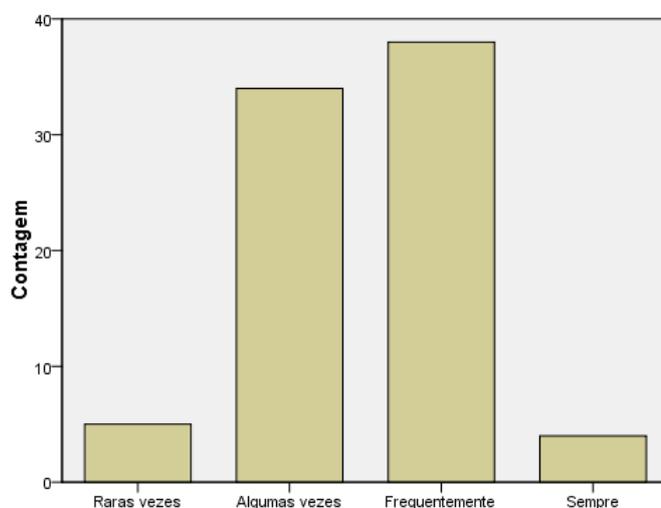


Gráfico 15: Valorização do estoicismo pelos doentes como barreira na monitorização da dor

Certos autores, como é o caso de Wood (2008), referem a existência do mito e conceção da ideia de adição a medicação analgésica. Elcigil *et al.* (2011) defendem que as pessoas em situação crítica têm dificuldade em tomar medicação para a dor devido ao medo de causar dependência. O estudo de Coker *et al.* (2010) evidencia, também, a relutância na adesão terapêutica devido aos efeitos secundários da mesma. Por sua vez, Berben *et al.* (2011), identificam no seu estudo, como barreira na monitorização da dor, a recusa dos doentes na adesão terapêutica.

Na opinião dos inquiridos, 13,6% referiram que os doentes apresentam “sempre” relutância na adesão terapêutica, 43,2% “frequentemente”, 29,3% “algumas vezes” e 13,6% “raras vezes”. Apresentam-se, em seguida, estes dados em forma de tabela e de gráfico.

Tabela 17: A relutância dos doentes na adesão terapêutica

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	11	13,6	13,6	13,6
Algumas vezes	24	29,6	29,6	43,2
Frequentemente	35	43,2	43,2	86,4
Sempre	11	13,6	13,6	100,0
Total	81	100,0	100,0	

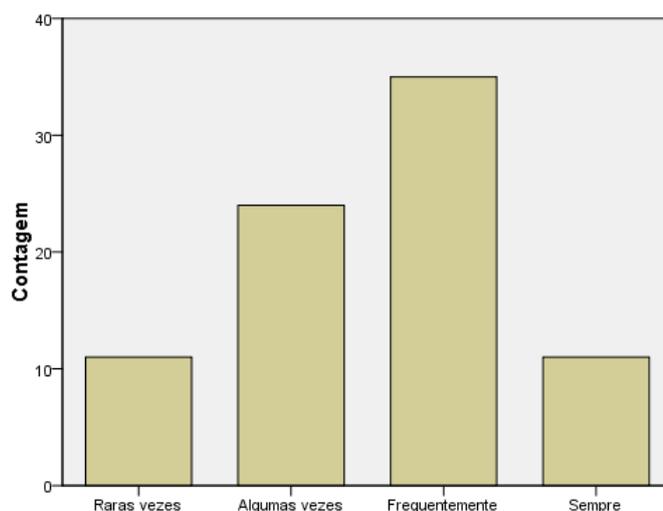


Gráfico 16: A relutância dos doentes na adesão terapêutica

A relutância das pessoas em situação crítica em reportar a dor pode ser por medo dos efeitos secundários da medicação, segundo afirmam Elcigil *et al.* (2011). Questionados sobre se essa relutância em reportar a dor dificulta a avaliação por parte dos profissionais de saúde, os resultados obtidos são exemplificativos, onde 12,3% responderam “sempre”, 40,7% “frequentemente”, 42% “algumas vezes” e 4,9% “raras vezes”. Perante tais dados, não se pode afirmar que os enfermeiros se posicionaram maioritariamente numa determinada posição, pois há uma grande variedade de respostas dado que estas são pouco unânimes. Apresentam-se, em seguida, uma tabela e gráfico de forma a uma melhor visualização destes dados.

Tabela 18: Relutância dos doentes em reportar a dor, como barreira na sua avaliação

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	4	4,9	4,9	4,9
Algumas vezes	34	42,0	42,0	46,9
Frequentemente	33	40,7	40,7	87,7
Sempre	10	12,3	12,3	100,0
Total	81	100,0	100,0	

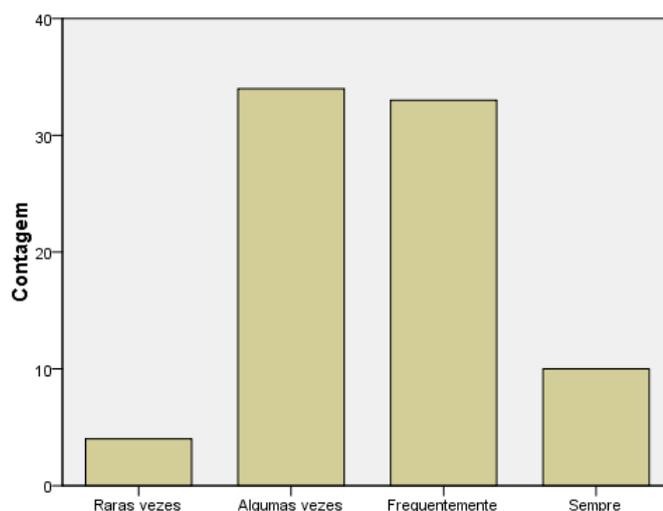


Gráfico 17: Relutância dos doentes em reportar a dor, como barreira na sua avaliação

Fosnocht *et al.* (2005) apontam como motivo para um mau controlo da dor no SU a falta de pesquisa, documentação e *guidelines* para o profissional de emergência. Esta barreira é, também, identificada por Czarnecki *et al.* (2011), afirmando a inexistência de *guidelines* ou políticas hospitalares, como um obstáculo na monitorização da dor na pessoa em situação crítica. A OE (2008) salienta a necessidade de atuação a nível das barreiras no âmbito organizacional, como por exemplo: definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para a avaliação da qualidade no controlo da dor, implementando protocolos como forma de medir e auditar esses padrões de qualidade. Esta ideia é, ainda, defendida por organizações como a OMS, AIPED, APCPAS e SAD. No estudo publicado por Dąbrowska *et al.* (2015) verificou-se que a introdução de protocolos de controlo da dor nos serviços de urgência promoveu um aumento da percentagem de pessoas em situação crítica que receberam analgesia.

O serviço estudado não possui qualquer protocolo de administração de analgesia, pelo que foi possível apurar. Como tal, esta ausência de *guidelines* surge como uma das barreiras existentes neste serviço de acordo com a população inquirida, com 14,8% a responderem que esta é “sempre” uma barreira na monitorização da dor, 37% “frequentemente”, 34,6% “algumas vezes”, 9,9% “raras vezes” e 3,7% “nunca”.

Seguem-se os dados numéricos e gráficos sobre o posicionamento dos indivíduos da amostra relativamente a esta barreira na monitorização da dor.

Tabela 19: Ausência de *guidelines* no SU como barreira na monitorização da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	3	3,7	3,7	3,7
Raras vezes	8	9,9	9,9	13,6
Algumas vezes	28	34,6	34,6	48,1
Frequentemente	30	37,0	37,0	85,2
Sempre	12	14,8	14,8	100,0
Total	81	100,0	100,0	

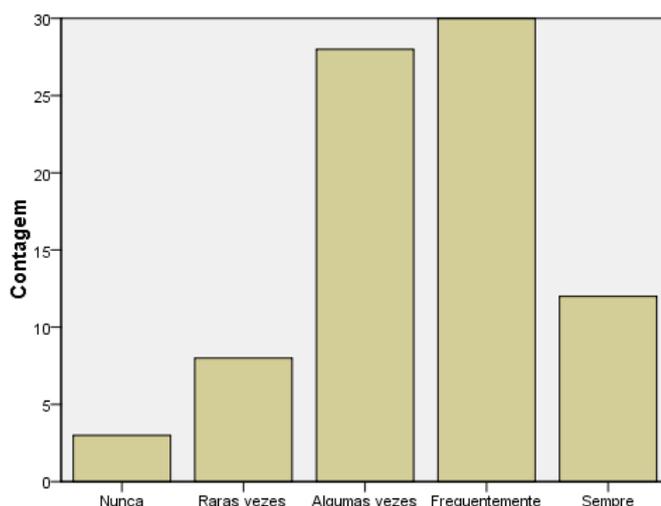


Gráfico 18: Ausência de *guidelines* no SU como barreira na monitorização da dor

Dąbrowska *et al.* (2015) demonstraram num estudo que de 247 enfermeiras estudadas, 70% revelaram ter tido dificuldades em contactar ou comunicar com os médicos para discutirem a situação das pessoas em situação crítica relativamente ao controlo da dor. Da população

estudada, neste trabalho, 17,3% afirmaram que a ausência ou falta de comunicação entre médico e enfermeiro sobre a dor do doente dificulta “sempre” a monitorização da mesma, 39,5% “frequentemente” e 37% “algumas vezes”. De seguida, apresentam-se estes números em tabela e gráfico.

Tabela 20: Ausência ou falta de comunicação entre médico e enfermeiro sobre a dor do doente, como barreiras na monitorização da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	5	6,2	6,2	6,2
Algumas vezes	30	37,0	37,0	43,2
Frequentemente	32	39,5	39,5	82,7
Sempre	14	17,3	17,3	100,0
Total	81	100,0	100,0	

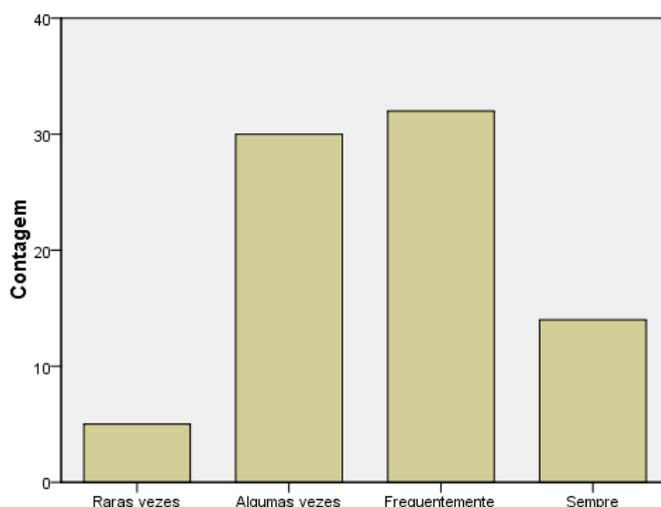


Gráfico 19: Ausência ou falta de comunicação entre médico e enfermeiro sobre a dor do doente, como barreiras na monitorização da dor

Fazendo, novamente, referência ao estudo de Coker *et al.* (2010), estes autores identificam o tempo como insuficiente num SU para proporcionar o alívio da dor de forma não farmacológica. Esta é uma barreira permanentemente existente na maior parte dos serviços de saúde portugueses e mundiais. Compreender-se-á, assim, os dados muito explícitos a que se chegou, bem evidenciados na tabela e gráfico que se seguem, onde 40,7% afirmaram que é “sempre” uma barreira, 43,2% “frequentemente” e 11,1% “algumas vezes”.

Tabela 21: A falta de tempo para adotar medidas não farmacológicas

	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem acumulativa (%)
Raras vezes	4	4,9	4,9	4,9
Algumas vezes	9	11,1	11,1	16,0
Frequentemente	35	43,2	43,2	59,3
Sempre	33	40,7	40,7	100,0
Total	81	100,0	100,0	

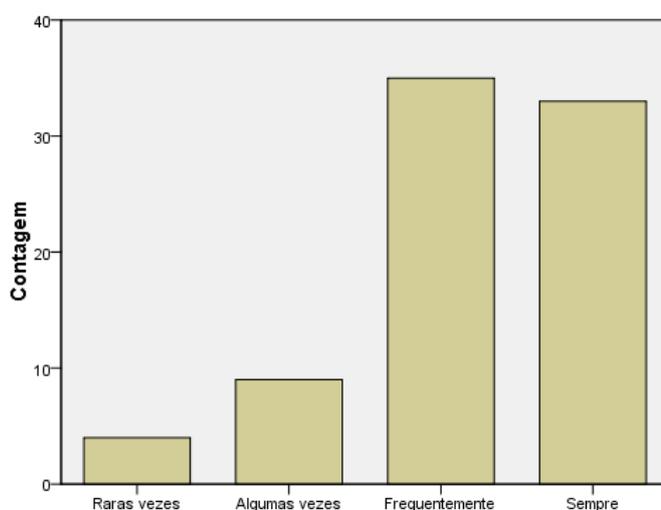


Gráfico 20: A falta de tempo para adotar medidas não farmacológicas

Caill & Pimenta (2010, p. 54) afirmam que “as repercussões orgânicas do processo algico intenso são subestimadas por médicos e enfermeiros”. Costalino (2015), por sua vez, salienta o facto dos enfermeiros que pouco experienciaram a dor ao longo da sua vida, serem os que menos valorizam a dor nos seus doentes.

Relativamente à opinião dos enfermeiros do serviço de urgência estudado sobre se consideravam existir uma desvalorização da dor como 5º sinal vital, esta opinião traduz-se em “sempre” 16%, “frequentemente” 37%, “algumas vezes” 27,2% e “raras vezes” 17,3%. Em seguida, estes dados são representados em forma de tabela e graficamente.

Tabela 22: Desvalorização da dor como 5º sinal vital

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	2	2,5	2,5	2,5
Raras vezes	14	17,3	17,3	19,8
Algumas vezes	22	27,2	27,2	46,9
Frequentemente	30	37,0	37,0	84,0
Sempre	13	16,0	16,0	100,0
Total	81	100,0	100,0	

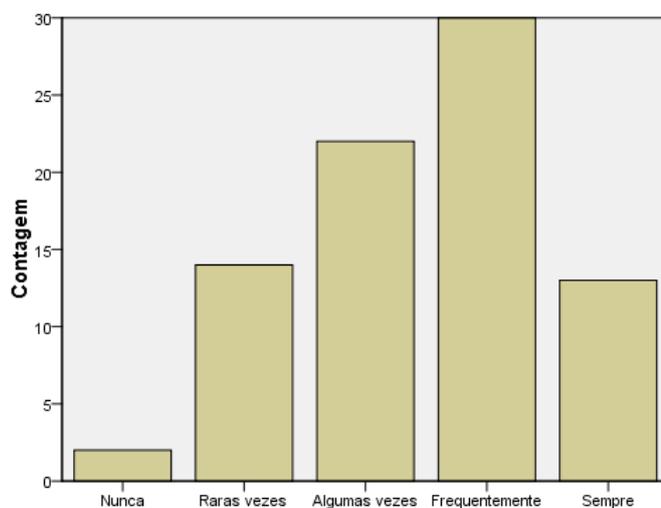


Gráfico 21: Desvalorização da dor como 5º sinal vital

A falta de tempo condiciona a educação para a saúde, não promovendo uma continuidade de cuidados no controlo da dor, posição retirada do estudo de Elcigil *et al.* (2015). Por sua vez, fazendo, novamente, o paralelismo com um dos estudos referenciados para a elaboração deste questionário, Dąbrowska *et al.* (2015) defendem que a falta de conhecimento e a falta de tempo para a educação continuada são barreiras para a monitorização efetiva da dor.

Ao pronunciarem-se sobre esta temática, os enfermeiros referiram a falta de tempo como condicionante na educação para a saúde como sendo “sempre” uma barreira na monitorização da dor em 29,6%, 38,3% referiram “frequentemente” e “algumas vezes” 29,3%. Segue-se a apresentação numérica e gráfica destes dados.

Tabela 23: A falta de tempo condiciona a educação para a saúde, não promovendo uma continuidade de cuidados no controlo da dor

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Raras vezes	2	2,5	2,5	2,5
Algumas vezes	24	29,6	29,6	32,1
Frequentemente	31	38,3	38,3	70,4
Sempre	24	29,6	29,6	100,0
Total	81	100,0	100,0	

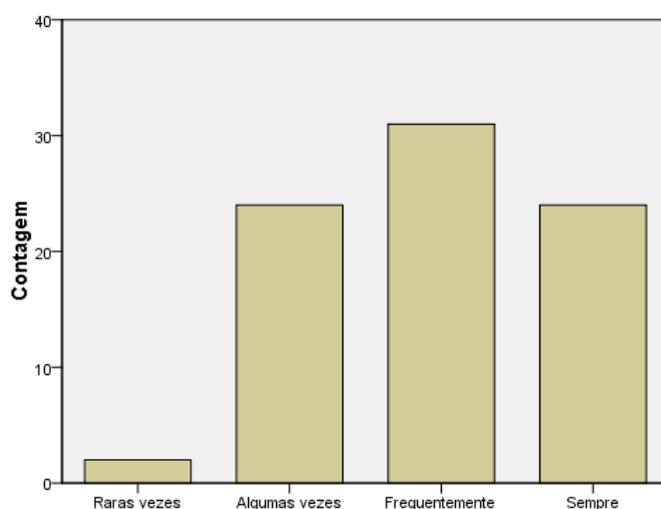


Gráfico 22: A falta de tempo condiciona a educação para a saúde, não promovendo uma continuidade de cuidados no controlo da dor

A falta de medidas não farmacológicas é, de facto, uma realidade no serviço de urgência estudado. Uma barreira identificada, também, no trabalho de Dąbrowska *et al.* (2015), que tem sido um pilar importante na argumentação dos resultados do estudo, onde é afirmado que os métodos não farmacológicos de controlo da dor continuam a ser uma opção terapêutica negligenciada. Além deste trabalho, Coker *et al.* (2010) referem esta barreira, afirmando que há falta de tempo para a educação e promoção da saúde, nomeadamente, no que se refere a medidas não farmacológicas. Silveira *et al.* (2016) no seu trabalho, afirmam que os enfermeiros apenas interrogam os doentes quanto à existência de dor, avaliando a intensidade e localização, limitando-se a realizar somente a intervenção farmacológica. Testemunhando esta visão, 32,1% dos enfermeiros deste serviço referiram que há “sempre” uma escassez destas medidas e

53,1% “frequentemente”. Verifica-se, assim, que a amostra do estudo é da mesma opinião que os autores referidos. Segue-se a representação numérica e gráfica dos valores estatísticos sobre esta temática.

Tabela 24: Escassez de medidas não farmacológicas no SU

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	5	6,2	6,2	6,2
Algumas vezes	7	8,6	8,6	14,8
Frequentemente	43	53,1	53,1	67,9
Sempre	26	32,1	32,1	100,0
Total	81	100,0	100,0	

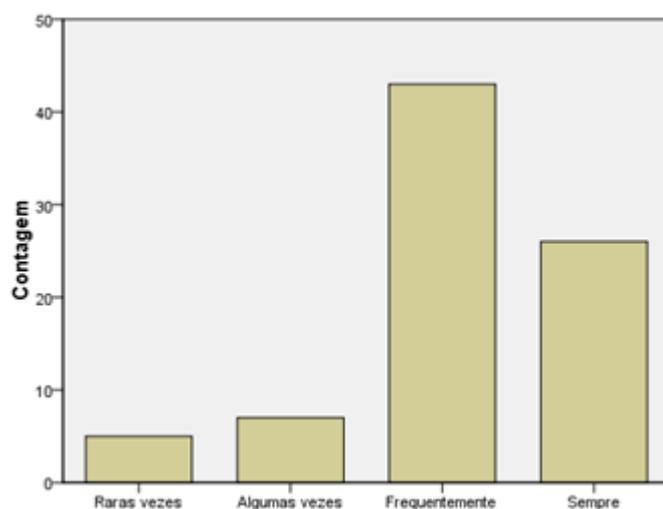


Gráfico 23: Escassez de medidas não farmacológicas no SU

Elcigil *et al.* (2015) afirmam que as equipas de enfermagem têm relutância na administração de opióides. Por sua vez, Fosnocht *et al.* (2005) mencionam o medo de uso de analgésicos opióides e o mito de que o doente que não cede à analgesia tem suspeita de ser um doente com comportamentos aditivos. Organizações como a OMS, AIPED, APCPAS e SAD, referindo-se à pouca formação dos profissionais de saúde na área da dor, abordam o preconceito generalizado da falta de conhecimento e habilidade por parte dos profissionais de saúde e, da sua preocupação descabida com os efeitos colaterais dos opiáceos. No guia para enfermeiros, na aquisição de competências do controlo da dor, referindo-se aos mitos, é relatada a demasiada

medicação e, conseqüente, depressão do sistema respiratório (Board of Nursing, 2010). No entanto, pelo menos devido à conseqüência de depressão do sistema respiratório, que era a situação colocada aos inquiridos, os enfermeiros tiveram algumas dúvidas, como é possível verificar na tabela e gráfico representativos, onde 1,2% afirmaram “sempre”, 25,9% “frequentemente”, 42% “algumas vezes”, 28,4% “raras vezes” e 2,5% “nunca”.

Tabela 25: Relutância dos profissionais de saúde na administração de opióides por receio de depressão do centro respiratório

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	2	2,5	2,5	2,5
Raras vezes	23	28,4	28,4	30,9
Algumas vezes	34	42,0	42,0	72,8
Frequentemente	21	25,9	25,9	98,8
Sempre	1	1,2	1,2	100,0
Total	81	100,0	100,0	

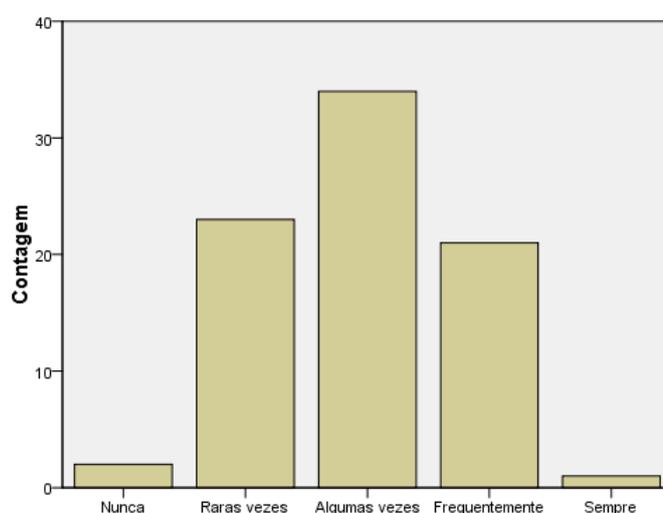


Gráfico 24: Relutância dos profissionais de saúde na administração de opióides por receio de depressão do centro respiratório

Ambos os estudos, de Dąbrowska *et al.* (2015) e Elcigil *et al.* (2011,) serviram como referências orientadoras para a construção do questionário, sendo perentórios em identificarem que algumas instituições proporcionam acesso limitado a médicos especialistas na dor, às consultas

da dor e tudo o que esteja relacionado com analgesia e monitorização da dor. Os enfermeiros do serviço tiveram alguma heterogeneidade de resultados perante esta questão, afirmando “sempre” 3,7%, “frequentemente” 23,5%, “algumas vezes” 38,3%, “raras vezes” 30,9% e “nunca” 3,7%. Seguem as representações numéricas e gráficas destes valores.

Tabela 26: Ausência de especialistas na área da dor como motivo de não priorização da dor como 5º sinal vital

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	3	3,7	3,7	3,7
Raras vezes	25	30,9	30,9	34,6
Algumas vezes	31	38,3	38,3	72,8
Frequentemente	19	23,5	23,5	96,3
Sempre	3	3,7	3,7	100,0
Total	81	100,0	100,0	

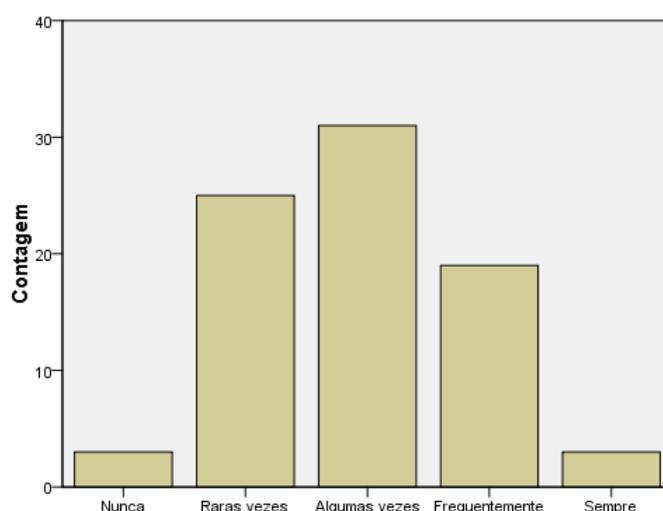


Gráfico 25: Ausência de especialistas na área da dor como motivo de não priorização da dor como 5º sinal vital

No estudo polaco de Dąbrowska *et al.* (2015) é referido a existência de outros estudos, que foram consultados pelos autores, corroborando o facto de algumas vezes, os médicos subestimarem o nível de dor das pessoas em situação crítica e demonstrarem uma desconfiança na avaliação da dor efetuada pelos enfermeiros. Também, a DGS reconhece o facto da dor, como sintoma, ter merecido pouca atenção da comunidade médica e dos sistemas de saúde.

Oliver *et al.* (2008) defendem que os profissionais de saúde que mais ênfase e preocupação têm com a dor como 5º sinal vital são os enfermeiros.

Relativamente à opinião dos enfermeiros deste SU, 4,9% consideraram que existem “sempre” diferenças na identificação e valorização da dor entre enfermeiros e médicos, 25,9% “frequentemente”, 35,8% “algumas vezes”, 30,9% “raras vezes” e 2,5% “nunca”. Estes valores são apresentados de seguida em formato de tabela e gráfico.

Tabela 27: As diferenças na identificação e valorização da dor entre enfermeiros e médicos

	Frequência(n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	2	2,5	2,5	2,5
Raras vezes	25	30,9	30,9	33,3
Algumas vezes	29	35,8	35,8	69,1
Frequentemente	21	25,9	25,9	95,1
Sempre	4	4,9	4,9	100,0
Total	81	100,0	100,0	

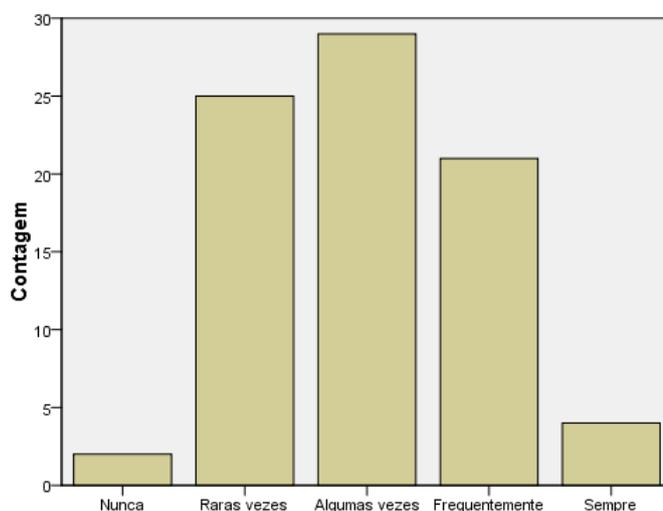


Gráfico 26: As diferenças na identificação e valorização da dor entre enfermeiros e médicos

É considerado um mito o facto de ser expectável que os idosos tenham alguma dor (Board of Nursing, 2010). Também, segundo Brennan *et al.* (2007), ainda permanece a crença de que a dor é uma parte inevitável da condição humana. Dąbrowska *et al.* (2015) relatam que as

pessoas idosas em situação crítica, podem subestimar a sua dor, pois algumas acreditam que a dor é parte normal do processo de envelhecimento. Na opinião dos enfermeiros da amostra 29,6% afirmaram que os doentes idosos consideram “frequentemente” a dor como um fenómeno inerente ao envelhecimento, 56,8% “algumas vezes” e 12,3% “raras vezes”. Segue-se a apresentação numérica e gráfica dos valores da estatística descritiva da amostra.

Tabela 28: A dor como fenómeno inerente ao envelhecimento

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	10	12,3	12,3	12,3
Algumas vezes	46	56,8	56,8	69,1
Frequentemente	24	29,6	29,6	98,8
Sempre	1	1,2	1,2	100,0
Total	81	100,0	100,0	

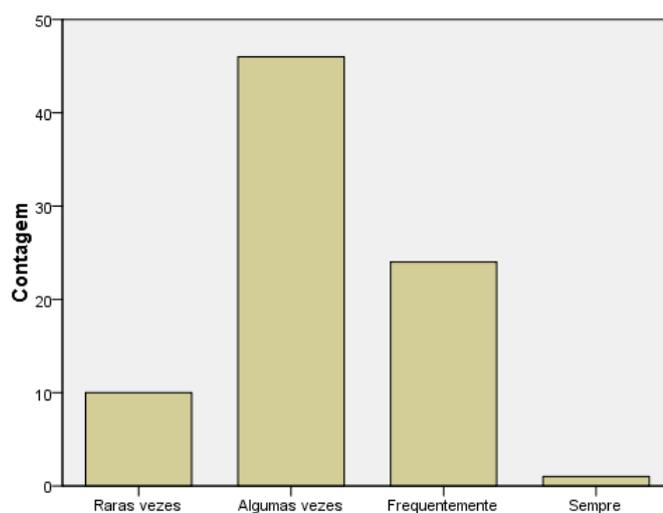


Gráfico 27: A dor como fenómeno inerente ao envelhecimento

Relembrando bibliografia já exposta anteriormente, a natureza multidimensional da dor torna-a, inevitavelmente, difícil de quantificar, sendo que a utilização de escalas de avaliação são uma ferramenta que permite ao enfermeiro quantificá-la e avaliar a eficácia do tratamento, respeitando a subjetividade da pessoa, pois só ela é capaz de descrever e avaliar com exatidão a sua dor (Bottega & Fontana, 2010). Segundo os mesmos autores, a aplicação de escalas de avaliação da dor é uma forma de melhor interpretar e compreender a dor da pessoa, facilitando

o planejamento de intervenções e a tomada de decisão do enfermeiro, bem como o acompanhamento da eficácia do tratamento, tornando o atendimento mais humanizado e direcionado às necessidades da pessoa. Ainda, segundo Bottega & Fontana (2010), os enfermeiros são os profissionais mais sensibilizados com a importância da aplicação de escalas de avaliação da dor, possibilitando um aumento tangencial na capacidade de resposta à pessoa com dor. Avaliar e tratar a dor são competências intrínsecas às funções dos profissionais de saúde, sendo indicadores de qualidade de cuidados, integrados nas instituições de acreditação dos serviços de saúde (Batalha, 2010).

Assim sendo, os enfermeiros são os profissionais que mais estão capacitados para explicarem aos doentes as escalas da dor, ajudando-os a interpretá-las e a usá-las na sua monitorização. O enfermeiro deve adequar a sua linguagem ao doente que tem, assim como a escala a utilizar, regendo-se pela situação de saúde/doença e/ou capacidade cognitiva do doente.

Conforme os dados que se seguem em tabela e graficamente, os enfermeiros do serviço de urgência não consideraram que a compreensão das escalas de avaliação da dor no serviço fosse uma das principais barreiras na monitorização da dor, pois 2,5% referiram que é “sempre” uma barreira, 30,9% afirmaram “frequentemente”, 35,8% algumas vezes e um número expressivo de 30,9% consideraram que isso acontece “raras vezes”.

Tabela 29: Dificuldade dos doentes na compreensão das escalas de avaliação da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	25	30,9	30,9	30,9
Algumas vezes	29	35,8	35,8	66,7
Frequentemente	25	30,9	30,9	97,5
Sempre	2	2,5	2,5	100,0
Total	81	100,0	100,0	

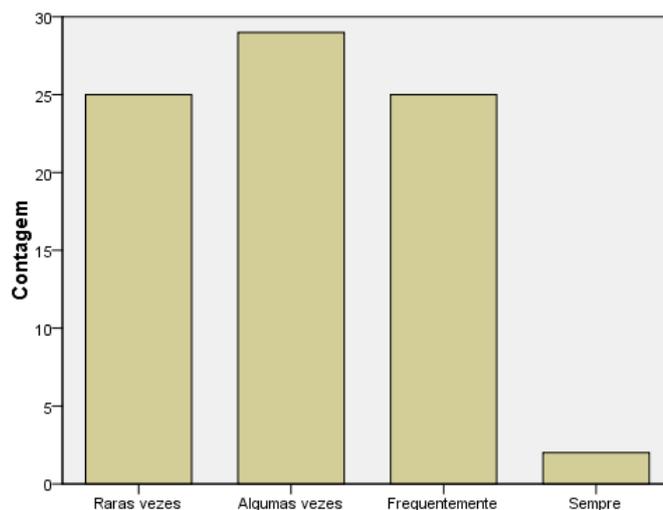


Gráfico 28: Dificuldade dos doentes na compreensão das escalas de avaliação da dor

No Board of Nursing (2010) vem descrito que o grau de dor é frequentemente exagerado pelo doente. Isto, acontece, essencialmente, no momento da triagem de Manchester, muitas vezes com o intuito de terem uma prioridade mais alta para o atendimento. Relativamente à amostra, os valores são expressivos, com 12,3% a afirmarem que esta situação acontece “sempre”, 56,8% “frequentemente” e 27,2% “algumas vezes”, de acordo com a tabela e gráfico ilustrados em seguida.

Tabela 30: Disparidade entre avaliação da dor e correspondência na escala de faces

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	3	3,7	3,7	3,7
Algumas vezes	22	27,2	27,2	30,9
Frequentemente	46	56,8	56,8	87,7
Sempre	10	12,3	12,3	100,0
Total	81	100,0	100,0	

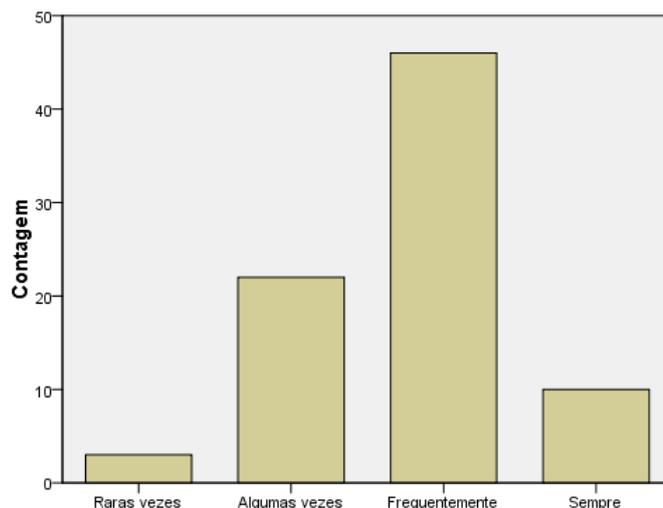


Gráfico 29: Disparidade entre avaliação da dor e correspondência na escala de faces

A lei em vigor em Portugal determina que todos os doentes nos serviços de urgência têm direito a um acompanhante. No entanto, com as deficitárias infraestruturas do serviço, a amostra em estudo considerou que a presença de familiares é uma barreira importante na monitorização da dor. Afirmação corroborada pelos dados obtidos, onde 11,1% afirmaram “sempre”, 55,6% “frequentemente”, 27,2% “algumas vezes”, 4,9% “raras vezes” e 1,2% “nunca”. Apresenta-se, de seguida, em formato de tabela e graficamente os valores referidos.

Tabela 31: Influência da presença de familiares na avaliação da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	1	1,2	1,2	1,2
Raras vezes	4	4,9	4,9	6,2
Algumas vezes	22	27,2	27,2	33,3
Frequentemente	45	55,6	55,6	88,9
Sempre	9	11,1	11,1	100,0
Total	81	100,0	100,0	

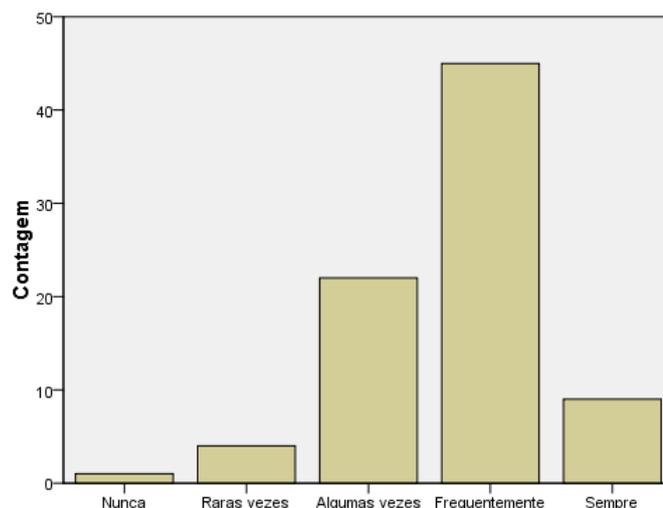


Gráfico 30: Influência da presença de familiares na avaliação da dor

Como já foi demonstrado, mais de 90% dos enfermeiros referiu já ter vivido alguma experiência dolorosa. Costalino (2015), defende que os enfermeiros mais experientes subvalorizam a dor na sua intensidade, contrariamente aos enfermeiros menos experientes que sobrevalorizam as queixas álgicas. Como já foi referido anteriormente, ainda segundo este autor, os enfermeiros que mais valorizam a dor dos seus doentes, são aqueles que em algum momento das suas vidas vivenciaram a dor ou experienciaram situações dolorosas. De acordo com os dados sociodemográficos da amostra, os enfermeiros têm, em média, 16 anos de profissão. Por sua vez, organizações como OMS, APCPAS e SAD, evidenciam a ideia de que há um menosprezo do sintoma dor. A subvalorização da dor é um dos problemas encontrados na prática clínica diária, sobretudo em serviços de urgência, reconhecendo-se a importância e a necessidade de avaliação de todas as pessoas com queixas nestes serviços (Silva *et al.*, 2013).

Os indivíduos inquiridos 9,9% consideraram que os enfermeiros do SU subvalorizam “frequentemente” a dor, 37% “algumas vezes” e 48,1% “raras vezes”. De seguida, apresentam-se os dados em formato de tabela e graficamente para uma melhor compreensão.

Tabela 32: Subvalorização da dor

	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem acumulativa 8%)
Nunca	3	3,7	3,7	3,7
Raras vezes	39	48,1	48,1	51,9
Algumas vezes	30	37,0	37,0	88,9
Frequentemente	8	9,9	9,9	98,8
Sempre	1	1,2	1,2	100,0
Total	81	100,0	100,0	

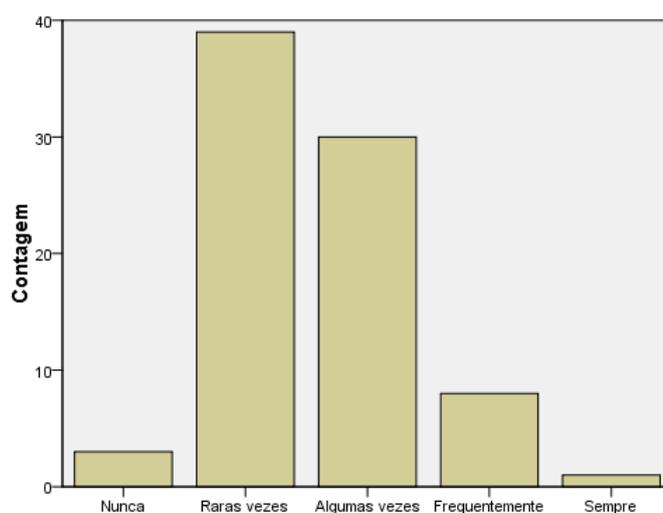


Gráfico 31: Subvalorização da dor

Herr *et al.* (2006) na sua declaração das recomendações da prática clínica na avaliação da dor nos doentes sedados e ventilados mecanicamente, referem que o autorrelato da dor deve ser tentado. Porém, a obtenção de uma avaliação de um doente crítico pode ser dificultada pelo delírio, limitação cognitiva e de comunicação, nível de consciência, a presença de um tubo endotraqueal, sedativos e bloqueadores neuromusculares.

Existem escalas próprias para avaliação da dor das pessoas em situação crítica sedadas e ventiladas, como é o caso da escala BPS (*Behavioral Pain Scale*). Contudo, esta não é muito utilizada nos serviços de urgência, sendo mais frequente em serviços de cuidados intensivos, onde há maior e melhor monitorização das pessoas em situação crítica, devido aos rácios enfermeiro/pessoa em situação crítica. Este serviço não é exceção, pois a maioria dos

enfermeiros não conseguem fazer uma correta monitorização da dor nestas pessoas em situação crítica, afirmação corroborada pelos dados obtidos através da amostra, onde 19,8% afirmaram conseguir realizar “frequentemente” uma correta monitorização da dor num doente sedado e ventilado, 27,2% “algumas vezes”, 39,5% “raras vezes” e 11,1% “nunca”.

Em seguida, apresentam-se numérica e graficamente os dados da amostra no estudo, relativamente a esta barreira na monitorização da dor.

Tabela 33: Monitorização da dor num doente sedado e ventilado

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	9	11,1	11,1	11,1
Raras vezes	32	39,5	39,5	50,6
Algumas vezes	22	27,2	27,2	77,8
Frequentemente	16	19,8	19,8	97,5
Sempre	2	2,5	2,5	100,0
Total	81	100,0	100,0	

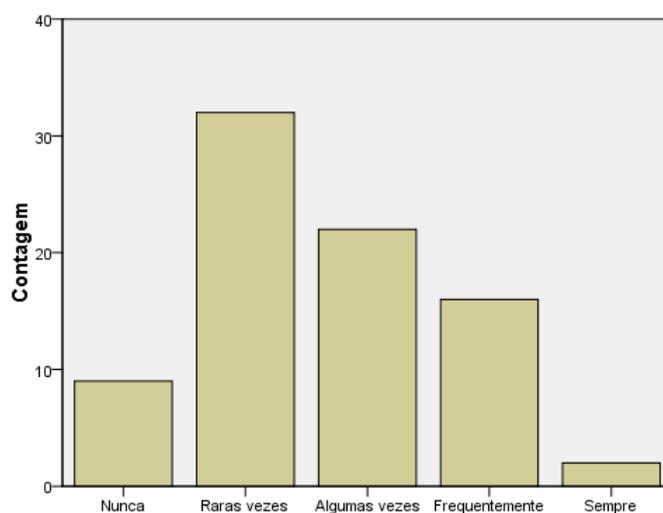


Gráfico 32: Monitorização da dor num doente sedado e ventilado

O SU em estudo, sendo um serviço de urgência polivalente, recebe pessoas em situação crítica politraumatizadas ou queimadas, por exemplo. Estes são doentes que estão muitas vezes

inconscientes, dada a gravidade da sua situação de saúde (Spliman *et al.*, 2014). Contudo, têm dor, apenas não a conseguem manifestar, pelo que cabe aos profissionais de saúde aliviarem essa dor e monitorizá-la durante todo o processo de estabilização e tratamento dos doentes (Oliveira *et al.* 2014).

Rose *et al.* (2012) referem no seu estudo que os enfermeiros apresentam elevada probabilidade de, perante estes doentes em situação crítica, não utilizarem uma escala de dor em doentes inconscientes. Esta afirmação é corroborada pelos dados obtidos da amostra, onde 21% afirmaram utilizar apenas “algumas vezes” escalas de avaliação da dor para doentes inconscientes, 27,2% “raras vezes” e um número expressivo de 40,7% refere “nunca” utilizar. De seguida, estes dados são apresentados em tabela e gráfico.

Tabela 34: Utilização de escalas de avaliação da dor para doentes inconscientes

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa 8%)
Nunca	33	40,7	40,7	40,7
Raras vezes	22	27,2	27,2	67,9
Algumas vezes	17	21,0	21,0	88,9
Frequentemente	8	9,9	9,9	98,8
Sempre	1	1,2	1,2	100,0
Total	81	100,0	100,0	

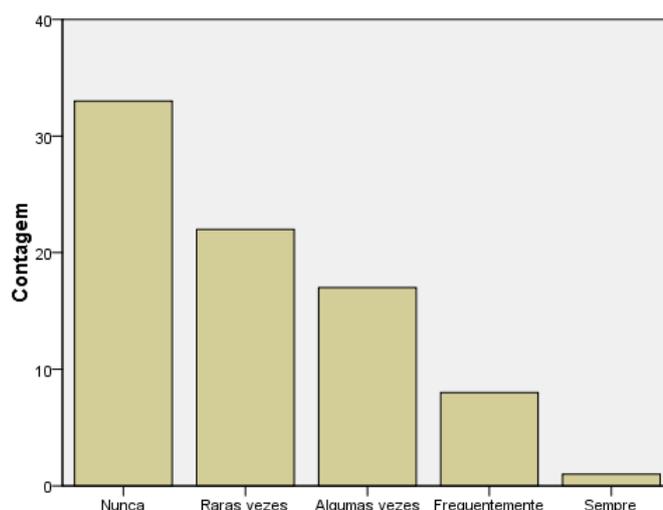


Gráfico 33: Utilização de escalas de avaliação da dor para doentes inconscientes

A escala de coma de Glasgow é muito utilizada no SU, essencialmente na triagem de Manchester, para avaliar o nível de consciência dos doentes. Esta escala pode estar alterada quer pelo défice cognitivo do doente devido a alguma doença genética, quer pela situação de doença que o levou ao SU (ex: traumatismo crânio-encefálico). Quando, após a aplicação da escala a um doente, o *score* é inferior a 15, significa que o doente está com alguma alteração cognitiva. Esta escala avalia resposta ocular, resposta verbal e resposta motora. Da amostra deste estudo, 19,8% revelaram apresentar “frequentemente” dificuldade em avaliar a dor num doente com Glasgow inferior a 15, 48,1% “algumas vezes” e 28,4% “raras vezes”. Todos os dados estatísticos descritivos sobre esta barreira na monitorização da dor seguem-se em tabela e graficamente.

Tabela 35: Avaliação da dor em doentes com Glasgow inferior a 15

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	2	2,5	2,5	2,5
Raras vezes	23	28,4	28,4	30,9
Algumas vezes	39	48,1	48,1	79,0
Frequentemente	16	19,8	19,8	98,8
Sempre	1	1,2	1,2	100,0
Total	81	100,0	100,0	

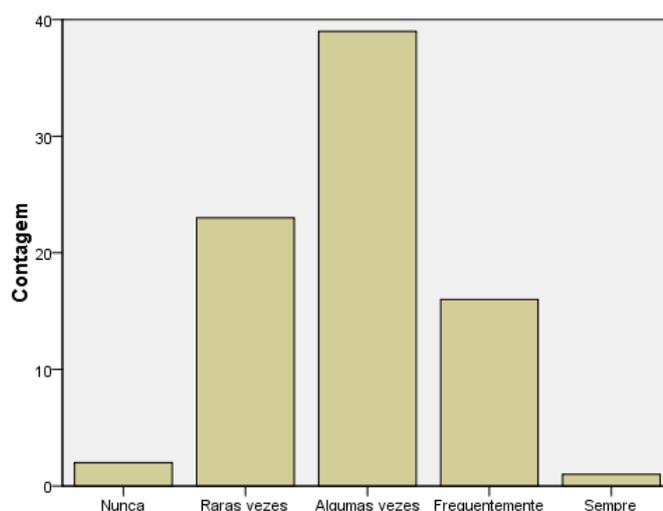


Gráfico 34: Avaliação da dor em doentes com Glasgow inferior a 15

O GPT (2010) identifica frequentes dificuldades na avaliação da dor, decorrentes do facto de as pessoas poderem sentir-se pressionadas a dizer que têm dor para justificar a sua ida ao SU. É uma prática comum como forma de tentarem conseguir uma prioridade mais elevada, tentando reduzir o tempo de espera. Na opinião dos enfermeiros estudados 14,8% referiram que os doentes exageram “sempre” no relato da dor no momento da triagem, 64,2% “frequentemente” e 19,8% “algumas vezes”. Apresenta-se a tabela e o gráfico correspondente a estes dados.

Tabela 36: Tentativa de persuasão no momento da triagem, dos doentes para com os enfermeiros

	Frequência (n)	Percentagem (n)	Percentagem válida (n)	Percentagem acumulativa (n)
Raras vezes	1	1,2	1,2	1,2
Algumas vezes	16	19,8	19,8	21,0
Frequentemente	52	64,2	64,2	85,2
Sempre	12	14,8	14,8	100,0
Total	81	100,0	100,0	

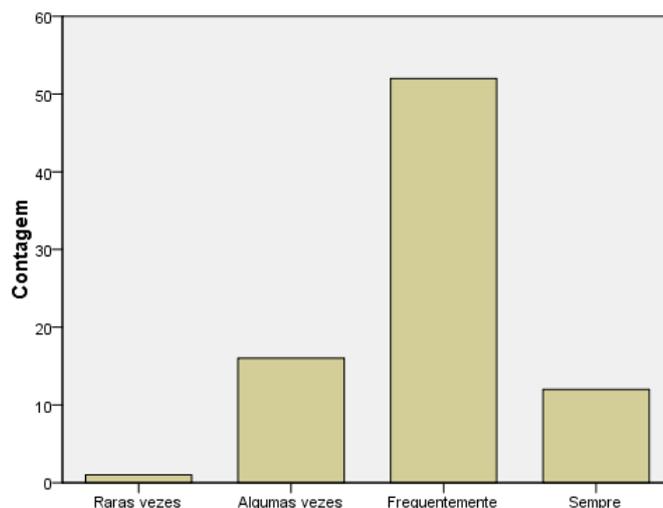


Gráfico 35: Tentativa de persuasão no momento da triagem, dos doentes para com os enfermeiros

Por obrigatoriedade do STM, a avaliação da dor é realizada a quase todos os doentes que recorrem ao SU na sua admissão, como forma de o sistema informático atribuir uma prioridade de atendimento. Daí em diante, durante todo o tempo de permanência no SU, não há mais nenhum alerta de qualquer sistema informático e/ou protocolo para a reavaliação da dor dos

doentes. Esta tarefa fica, então, ao critério de cada enfermeiro. Dos inquiridos, 14,8% afirmaram que isso acontece “frequentemente”, 51,9% “algumas vezes” e 32,1% “raras vezes”, não sendo esta uma das principais barreiras identificadas pelos enfermeiros deste serviço na monitorização da dor. Em seguida, apresenta-se a tabela e o gráfico referentes à estatística descritiva desta barreira.

Tabela 37: Avaliação da dor apenas no momento da admissão

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Raras vezes	26	32,1	32,1	32,1
Algumas vezes	42	51,9	51,9	84,0
Frequentemente	12	14,8	14,8	98,8
Sempre	1	1,2	1,2	100,0
Total	81	100,0	100,0	

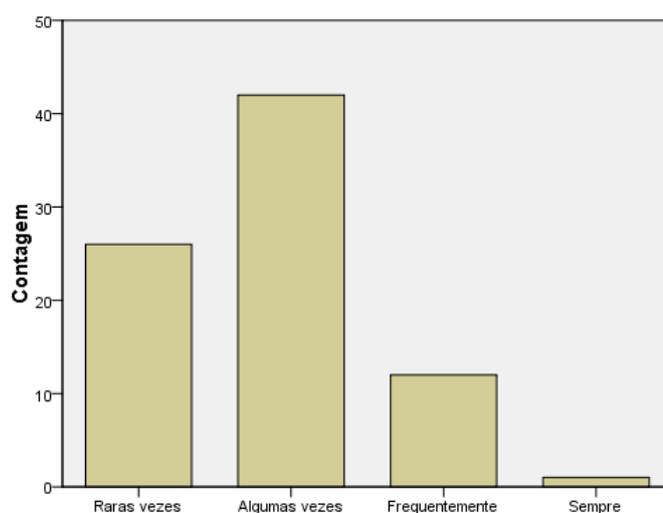


Gráfico 36: Avaliação da dor apenas no momento da admissão

O SU, por excelência, é um serviço onde os rácios enfermeiro/doente estão constantemente a variar ao longo do dia de trabalho. A equipa de enfermagem é sempre em igual número, contudo, ninguém consegue prever exatamente quantos doentes irão entrar pela porta do SU a pedir ajuda. Desta forma, estas características inerentes a qualquer serviço de urgência podem,

desde logo, ser uma barreira na monitorização da dor, sobretudo quando há uma elevada procura de cuidados de saúde.

No estudo de Fosnocht *et al.* (2005), é feita referência a uma resistência nos serviços de urgência no que toca a ambiente e número de interrupções pelas múltiplas tarefas ou doentes em simultâneo. Adicionalmente, autores como Al-Saher *et al.* (2011), Bennets *et al.* (2012), Bergman (2012) e Pretorius *et al.* (2014), discutem também o desajuste dos rácios enfermeiro/doente, a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos nos serviços de urgência. Posteriormente, Dąbrowska *et al.* (2015) referem que a escassez de pessoal também constitui barreira para o perfeito atendimento das pessoas em situação crítica. De acordo com os dados obtidos, o serviço estudado não é exceção pois 28,4% dos inquiridos consideraram que os rácios enfermeiro/doente representam “sempre” uma barreira na monitorização da dor, 59,3% “frequentemente”, 8,6% “algumas vezes” e 3,7% “raras vezes”. Apresentam-se, em seguida, os dados em tabela e gráfico para uma melhor visualização e interpretação.

Tabela: 38: Rácios enfermeiro/doente no SU como barreira na monitorização da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	3	3,7	3,7	3,7
Algumas vezes	7	8,6	8,6	12,3
Frequentemente	48	59,3	59,3	71,6
Sempre	23	28,4	28,4	100,0
Total	81	100,0	100,0	

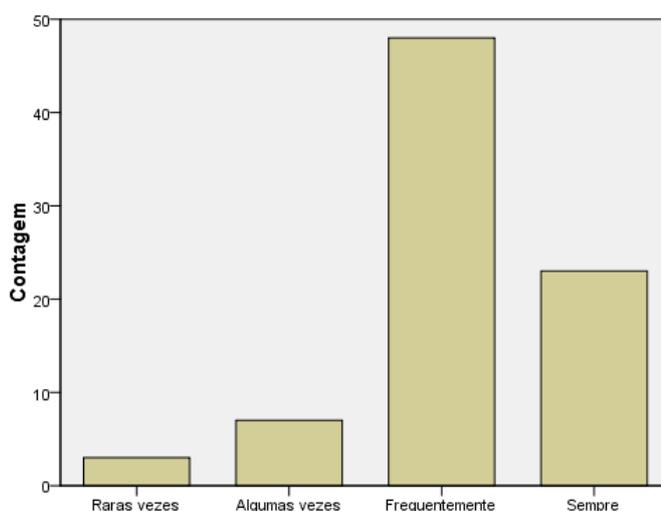


Gráfico 37: Rácios enfermeiro/doente no SU como barreira na monitorização da dor

O serviço onde foi efetuado o estudo é constituído por uma arquitetura e construção antiga, com limitações estruturais e organizacionais. Este facto, na opinião dos enfermeiros inquiridos, dificulta o trabalho dos seus profissionais de saúde deste serviço. Mais concretamente, 17,3% da amostra consideraram que estas limitações constituem “sempre” uma barreira na monitorização da dor, 53,1% “frequentemente” e 28,4% “algumas vezes”. Em seguida, apresentam-se os dados em formato de tabela e graficamente.

Tabela 39: Estrutura e organização do SU como barreira na monitorização da dor

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Raras vezes	1	1,2	1,2	1,2
Algumas vezes	23	28,4	28,4	29,6
Frequentemente	43	53,1	53,1	82,7
Sempre	14	17,3	17,3	100,0
Total	81	100,0	100,0	

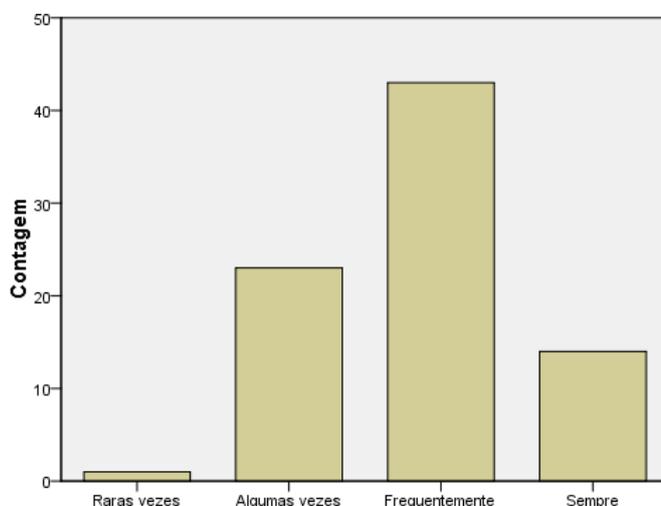


Gráfico 38: Estrutura e organização do SU como barreira na monitorização da dor

Algumas organizações, como a OMS, AIPED, APCPAS e SAD, fazem referência à deficiência em avaliar e documentar rotineiramente a dor por parte dos profissionais de saúde, propondo a inclusão no currículo médico de capítulos com conteúdo sobre a dor, com o objetivo de preparar os profissionais para a avaliar e tratar efetivamente.

Na literatura internacional, é possível encontrar várias referências à escassez de registos no âmbito da avaliação e reavaliação da dor (Haonga *et al.*, 2011; Wulp *et al.*, 2011; Bhandari *et al.*, 2013). A nível nacional, a OE (2008) determinou que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, sendo que o sucesso do plano terapêutico depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Tendo este processo início aquando da triagem, é fulcral que seja dada continuidade ao longo do tempo de permanência no SU. Neste sentido, e numa lógica de continuidade e avaliação da evolução, a mesma escala deverá ser disponibilizada no sistema informático das diversas áreas de encaminhamento passíveis de seleção. Pinheiro *et al.* (2014), dizem-nos que é imperativo avaliar e registar a queixa de dor do doente, para que toda a informação seja transmitida ao longo dos vários turnos de trabalho e entre a equipa multiprofissional.

Os registos devem ser um elemento integrante do processo de enfermagem e uma prática corrente de todos os profissionais de saúde. No entanto, por diversas razões já abordadas anteriormente sobre as barreiras referidas, nem sempre é realizado este procedimento. Segundo os dados da amostra, 7,4% dos enfermeiros procedem “sempre” ao registo da dor após administração de analgesia, 17,3% “frequentemente” e 28,4% “algumas vezes”. Por sua vez, um número expressivo de 40,7% referiu proceder “raras vezes” ao registo da dor e 6,2% “nunca”. Segue-se a apresentação destes dados em tabela e gráfico para uma melhor visualização e interpretação.

Tabela 40: Registo da dor após administração de analgesia

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nunca	5	6,2	6,2	6,2
Raras vezes	33	40,7	40,7	46,9
Algumas vezes	23	28,4	28,4	75,3
Frequentemente	14	17,3	17,3	92,6
Sempre	6	7,4	7,4	100,0
Total	81	100,0	100,0	

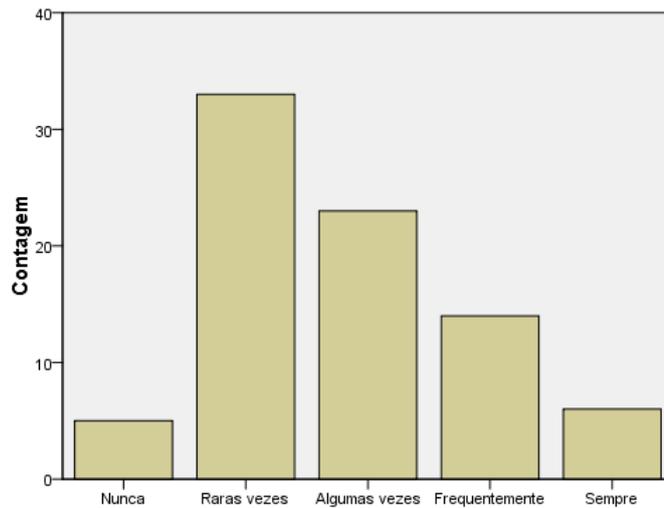


Gráfico 39: Registo da dor após administração de analgesia

Os resultados apresentados são elucidativos no que toca à identificação e descrição das barreiras existentes no serviço de urgência da população em estudo. Como foi possível constatar, a maioria dos resultados obtidos neste estudo foram semelhantes aos estudos desenvolvidos nesta área, embora algumas diferenças tenham sido identificadas. Contudo, estes são os resultados para esta população neste contexto e, para satisfazer a pertinência deste estudo, são resultados de enorme importância e validade.

CONCLUSÃO

O presente estudo norteou-se por uma investigação sobre as principais barreiras na monitorização da dor identificadas pelos enfermeiros de um serviço de urgência, no sentido de melhorar o atendimento da pessoa que apresenta dor, intervir no seu controlo, assegurando os cuidados necessários por parte dos profissionais em prol da qualidade dos mesmos e, como tal, da satisfação dos doentes.

Neste sentido, enquanto problemática diária com que se deparam os profissionais de enfermagem, o presente estudo vai ao encontro da inquestionável necessidade de uma maior reflexão e formação contínua destes profissionais sobre a monitorização da dor, tendo em consideração a presença de multifacetadas barreiras que surgem a vários níveis.

As barreiras evidenciadas aquando da revisão de literatura específica sobre a monitorização e avaliação dos cuidados de saúde relativamente ao sintoma dor, constituem inegavelmente uma condição necessária para a identificação desses problemas na população em estudo, como um alerta sobre a importância do tema no serviço e, se possível, ajudar a melhorar a sua condição, quer para o bem-estar dos profissionais de saúde como dos doentes que recorrem ao SU.

A pesquisa e fundamentação de índole teórica forneceu informação, orientações e conceitos essenciais para a compreensão da temática em análise, nomeadamente no que concerne às principais barreiras percecionadas e identificadas pelos enfermeiros num serviço de urgência na monitorização da dor dos doentes, isto é, como é efetivamente avaliada e registada a dor, no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

Como resultados positivos acrescidos à investigação, o recurso a pesquisa de bibliografia existente sobre o tema e de estudos já efetuados nesta área, permitiu o desenvolvimento e aplicação de um inquérito por questionário aos enfermeiros do SU em estudo, obtendo-se, posteriormente, resultados que possibilitaram a resposta às questões de investigação previamente formuladas, considerando-se, deste modo, que os objetivos propostos foram alcançados.

Como forma de cumprir os objetivos que presidiram a este estudo, foi elaborado um inquérito por questionário, sob a forma de escala de *Likert*, a uma amostra de enfermeiros, no total de 81 (oitenta e um), cujos resultados e conclusões obtidos elucidam não só sobre a identificação das barreiras descritas pelos enfermeiros do serviço de urgência na monitorização da dor, como as possíveis causas que as potenciam, assim como identificação das que poderão vir a ser minimizadas com algum tipo de intervenção do serviço e de outros profissionais.

Assim, em termos genéricos, os resultados a que chegamos remetem-nos, antes de mais, para a necessidade de formação contínua respeitante à construção e consolidação de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais nesta área específica de cuidados de enfermagem.

Igualmente, a partir dos resultados obtidos pelo presente estudo, temos consciência de que a aposta na realização de estudos de investigação nesta área, desenvolvidos por enfermeiros, permitirão um contínuo crescimento da Enfermagem enquanto profissão e, essencialmente, enquanto ciência. A atualização das suas práticas e comportamentos permite prestar mais e melhores cuidados de qualidade aos doentes. Considera-se, igualmente, que a realização de estudos semelhantes em outros serviços de urgência, assim como investigações com horizonte temporal mais alargado, diferentes critérios de seleção e/ou diferentes metodologias, poderão fornecer um inegável contributo para a atuação diária do profissional de enfermagem.

Sendo o controlo e alívio da dor um direito humano básico, torna-se indispensável realizar a monitorização e os registos sistematizados da mesma, numa abordagem de avaliação inicial e de reavaliação contínua, durante todo o tempo de permanência dos doentes no SU e na instituição de saúde. Nesse sentido, o profissional de enfermagem assume um papel preponderante neste âmbito, mobilizando todos os conhecimentos que detém no âmbito das suas competências profissionais.

Advindas destas essenciais premissas crescem, naturalmente, como propostas de melhoria, entre outras, a necessidade da existência de protocolos na monitorização da dor, de formação sempre atualizada e melhoria dos registos da dor dos doentes e das relações humanas. Sugere-se, assim, uma estrutura base ou guia, adaptada posteriormente à individualidade de cada pessoa em situação crítica. Ou seja, construção de um protocolo de atuação no âmbito da avaliação da dor, enquanto guia orientador da intervenção do enfermeiro e, potencialmente,

como promotor da uniformização da informação registada. A melhoria nesta prática terá que ter obrigatoriamente, como base o STM pois, como já foi referido, é o primeiro momento de monitorização da dor dos doentes no SU e, por isso, consideramos que a ação de enfermagem de monitorização da dor deverá surgir, a partir deste momento, de um modo sistemático.

Por sua vez, sugere-se, igualmente, a promoção de sessões de formação contínua aos enfermeiros no âmbito da dor, sensibilizando a equipa para a importância do cumprimento das diretrizes emanadas nacional e internacionalmente e, para a relevância do seu papel, no âmbito da avaliação e gestão da dor da pessoa em situação crítica, alvo de cuidados.

Podemos concluir, que os enfermeiros estão sensibilizados para a temática em estudo, manifestando a necessidade de investimento em formação na gestão da dor da pessoa em situação crítica com capacidades cognitivas comprometidas, melhoria dos registos e elaboração de protocolos de atuação, os quais poderão contribuir para uma avaliação e gestão da dor da pessoa em situação crítica no SU mais completa dando, também, cumprimento às normas legislativas dos cuidados à pessoa em situação crítica com dor.

Pelo exposto, há também que refletir e avaliar o percurso investigativo desenvolvido, enfatizando as conclusões mais relevantes, mencionando as limitações inerentes, apresentando algumas sugestões e enaltecendo as implicações para a prática clínica, para a investigação e para a formação.

No que se refere ao SU e à população estudada, sugere-se a criação e implementação de protocolos e diretrizes para uma melhor monitorização da dor por parte dos enfermeiros do serviço. Neste ponto, destaca-se o potencial da formação em serviço sobre a dor que no nosso entendimento deveria ser tomada em consideração.

Após análise estatística, as questões onde os enfermeiros mais se destacaram foram: a atuação sobre a dor aguda em detrimento da dor crónica; a necessidade de maior formação e conhecimento na área da dor para melhoria dos cuidados de saúde prestados; o tempo insuficiente para a adoção de medidas não farmacológicas no SU, assim como a escassez de medidas não farmacológicas implementadas no serviço; a falta de tempo como condição para a educação para a saúde, prejudicando uma continuidade de cuidados; os rácios

enfermeiro/doente; e, por fim, os registos da avaliação da dor durante todo o tempo de permanência no SU.

Como notas finais, considera-se este trabalho de investigação, em primeiro lugar, um desafio para o investigador, enquanto elemento profissional no serviço em estudo, sentindo algumas dificuldades em gerir o processo investigativo, dado ser o primeiro trabalho de investigação.

Um outro aspeto diz respeito às barreiras identificadas e constituintes do questionário que consideramos que limitam o participante quanto à sua resposta, pois outras barreiras existem para além das mencionadas no inquérito por questionário, conforme escala de *Likert*. Futuramente, poderá incluir-se uma ou duas questões abertas, de forma a permitir ao participante dar o seu contributo na identificação de mais barreiras e, dessa forma, tornar o trabalho num estudo misto (de cariz quantitativo e qualitativo).

Ainda no respeitante a algumas limitações inerentes ao estudo, no que concerne à validade do mesmo, este diz respeito a um contexto específico e particular de cuidados, com características e especificidades únicas, pelo que os resultados não são passíveis de ser generalizados. Por sua vez, a componente transversal inerente ao mesmo, implica uma análise dos resultados circunscrita apenas ao horizonte temporal contemplado na recolha de dados, sendo que seria passível a obtenção de diferentes resultados num horizonte temporal mais alargado e/ou com outros critérios de seleção da amostra.

Apesar das limitações enunciadas, considera-se que os resultados obtidos com o desenvolvimento deste estudo se constituem como um importante contributo no âmbito da avaliação e registo da dor no SU pelos enfermeiros, sobretudo para o contexto em que este foi desenvolvido.

Este estudo, pode ser um ponto de partida para outros estudos, assim como outros estudos foram importantes para a realização deste, nomeadamente o de *Coker et al.* (2010). Podem surgir estudos com objetivos idênticos noutros contextos, noutros serviços de urgência de outras regiões do país, estudos com vários serviços de urgência de uma determinada região geográfica, assim como estudos noutros serviços dos hospitais.

Como considerandos finais, temos consciência plena de que muito há a investigar quanto a esta temática, reconhecendo, por outro lado, o grande contributo proporcionado por este estudo, não só pelos conhecimentos adicionais a partir da revisão bibliográfica, mas, sobretudo, dos resultados a que chegamos a partir do inquérito por questionário. Acréscimo de dados e de referências que, naturalmente, são um motivo significativo e pertinente para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, em termos de segurança e da qualidade dos mesmos e, conseqüentemente, da qualidade de vida da pessoa em situação crítica com experiência de dor.

A realização deste estudo valoriza a Enfermagem enquanto profissão e ciência, pois a investigação é fundamental para um contínuo crescimento dos profissionais e da profissão, melhorando efetivamente a prestação de cuidados, a vida dos doentes e o crescimento da própria Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Shaer, D., Hill, P. & Anderson, M. (2011). *Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention*. Medsurg Nursing.

ALERT - Life Sciences Computing S.A. (2008). Estudo da prevalência da dor crónica na população portuguesa.

Allione, A., Melchio, R., Martini, G., Dutto, L., Ricca, M., Bernardi, E. & Tartaglino, B. (2011). *Factors influencing desired and received analgesia in emergency department*. Internal and Emergency Medicine.

Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. & Castro-Lopes, J. (2013). *Chronic pain and health services utilization is there overuse of diagnostic tests and inequalities in non-pharmacologic treatment methods utilization?* Medical Care.

Baharuddin, K., Mohamad, N., Rahman, N., Ahmad, R. & Him, N. (2010). *Assessing patient pain scores in the emergency department*. The Malaysian Journal of Medical Sciences.

Barreira, A. & Gomes, O. (2008). *Avaliação e Registo da Dor: Um imperativo em Enfermagem*. Introdução à definição de Dor. Pain.

Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crónica*. Lisboa, Portugal: Permanyer Portugal.

Batalha L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Bhandari, R., Malla, G., Mahato, I. & Gupta, P. (2013). *Use of analgesia in an emergency department*. Journal of Nepal Medical Association.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto editora.

Bennetts, S., Campbell-Brophy, E., Huckson, S. & Doherty, S. (2012). *Pain management in Australia emergency departments: current practice, enablers, barriers and future directions*. Emergency Medicine Australasia.

Berben, S., Meijs, T., van Dongen, R., van Vugt, A., Vloet, L., Mintjes-de-Groot, J. & van Achterberg, T. (2008). *Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the accident & emergency department*. International Journal of the Care of the Injured.

Berben, S., Meijs, T., van Grunsven, P., Schoonhoven, L. & van Achterberg, T. (2011). *Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care*. Injury, 1-6. Elsevier Ltd.

Bergman, C. (2012). *Emergency Nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' pain*. Journal of Emergency Nursing.

Board of Nursing (2010). *Pain Management Nursing Role/ Core Competency*. A Guide for Nurses. <http://pdfcast.org/pdf/pain-managementnursing->

Bottega, F. & Fontana, R. (2010). *A dor como quinto sinal: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral*. Revista Scielo.

Brennan, F., Carr, D. & Cousins, M. (2007). *Pain Management: A Fundamental Human Right*. Anesthesia & Analgesia.

Briggs, E. (2010). *Assessment and expression of pain*. Nursing Standart.

Calil, A. & Pimenta, C. (2010). *Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência*. Acta Paul Enfermagem.

Cardoso, A. (2013). *Manual de Tratamento da Dor*. Lisboa: Lidel.

Costalino, L. (2015). *A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas*. Salusvita.

Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L., Turpie, I. & Taniguchi, A. (2010). *Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units*. Applied nursing research.

Costa, C., Santos, C., Alves, P. & Costa, A. (2007). *Dor oncológica*. Revista Portuguesa de Pneumologia.

Coutinho, A., Cecílio, L. & Mota, J. (2012). *Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de manchester*. Revista Médica de Minas Gerais. Brasil.

Creswell, J. (2010). *Projeto de pesquisa – métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Código Deontológico dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Czarnecki, M. & Al, E. (2011). *Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. www.medscape.com

Dabrowska, W., Dabrowski, S. & Basinski, A. (2015) – *Problems and Barriers in Ensuring Effective Acute and Post-Operative Pain Management – an International Perspective*. Copyright by Wroclaw Medical University. ISSN 1899–5276.

Decreto-Lei n° 104/98. (21 de abril de 1998). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Diário da República p.1755-1756. Lisboa.

Deters, G. (2003). Cancro. In Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência.

Despacho n° 10319, de 11 de agosto de 2014. *Diário da República n°153/14, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Diário da República, 2ª série – N° 35. Regulamento n° 124/2011 publicado a 18 de fevereiro de 2011.

Direção Geral da Saúde. (2001a). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa, Portugal.

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.

Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de controlo da Dor. Circular Normativa n° 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008*. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde. (2008a). *Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU*.

Direção Geral da Saúde (2008b). *Circular informativa n.º 09/DSCS/DPCD/DSQC de 24/03/2008. Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica*. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde (2010). *Relatório de avaliação sobre a implementação da Dor como 5º sinal vital nos hospitais portugueses*. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde (2013a). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor)*. Lisboa, Portugal.

Downey, L. & Zun, L. (2010). *Pain management in the emergency department and its relationship to patient satisfaction*. Journal of Emergencies, Trauma, and Shock.

Elcigil, A., Maltepe, H., Esrefgil, G. & Mutafoglu, K. (2011) - Nurses' Perceived Barriers to Assessment and Management of Pain in a University Hospital. J Pediatr Hematol Oncol. Volume 33, Supplement 1. Lippincott Williams & Wilkins.

Enfermagem: *CIPE® versão 2015*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

European Pain Federation (2016). About pain.

Ferreira, M. (2009). *Variáveis psicológicas na lombalgia crónica: um estudo com doentes em tratamento de fisioterapia e acupuntura*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.

Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fosnocht, D., Swanson, E. & Barton, E. (2005). *Changing Attitudes About Pain and Pain Control in the Emergency Medicine*. Emergency Medicine Clinics of North America.

Fry, M., Bennetts, S. & Huckson, S. (2011). *An Australian audit of ED pain management patterns*. Journal of Emergency Nursing.

Gordon, D., Rees, S., McCausland, M., Pellino, T., Sanford-Ring, S., Smith-Helmenstine, J. & Danis, D. (2008). *Improving reassessment and documentation of pain management*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.

Gray, J., Grove, S. & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The practice of nursing research* (8ª ed.). Elsevier.

Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de urgência - Manual do Formando* (2ª ed.). Amadora, Portugal: BMJ Publishing Group.

Haonga, B., Makupa, J., Muhina, R. & Nungu, K. (2011). *Pain management among adult patients with fractures of long bones at Muhimbili Orthopaedic Institute in Dar es Salaam, Tanzania*. Tanzania Journal of Health Research.

Herr, K., (2006). *Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. Pain Management Nursing.

Howard, P. & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6a ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

International Association for the Study of Pain (2014). *IASP taxonomy*.

Keating, L. & Smith, S. (2011). *Acute pain in the emergency department: the challenges*. British Journal of Pain.

Kopf, A. & Patel, N. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle, EUA.

Malhotra, N. (2002). *Basic Marketing Research Application to Contemporary Issues with Spss*. Pearson Education Limited. ISBN: 9780133768565.

Malviya, S., Voepel-Lewis, T., Merkel, S. & Tait, A. (2005). *Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge are ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment*. Acute Pain.

Manwere, A., Chipfuwa, T., Mukwamba, M. & Chironda, G. (2015). *Knowledge and attitudes of registered nurses towards pain management of adult medical patients: A case of Bindura hospital*. Health Science Journal.

Marinangeli, F., Narducci, C., Ursini, M., Paladini, A., Pasqualucci, A., Gatti, A. & Varrassi, G. (2009). *Acute pain and availability of analgesia in the prehospital emergency setting in Italy: A problem to be solved*. Pain Practice: the official journal of World Institute of Pain.

Martins, C. & Franco, M. (2004). *O papel formativo do enfermeiro especialista*. Nursing, N 192, pp. 6-9.

McGillion, M. & Watt-Watson, J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspetivas de saúde e doença* (pp.343-368). Loures: Lusodidacta.

McManus, J. & Harrison, B. (2005). *Pain and sedation management in the 21Century Emergency Department*. www.emed.theclinics.com

Motov, S. & Khan, A. (2009). *Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better?* Journal of Pain Research.

National Pharmaceutical Council, NPC. (2001). *Pain: Current Understanding of assessment, management, and treatments*. (p. 92).

Nascimento, L. & Kreling, M. (2011). *Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem*. Acta Paulista de Enfermagem.

Nürnberg, D., Saboonchi, F., Sackey, P. & Björling, G. (2011). *A preliminary validation of the Swedish version of the critical-care pain observation tool in adults*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica.

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R., (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, S., Grenho, F. (2012). *Dor*. In Campos, L. (Coord.) – Protocolos em medicina interna. Lisboa: Lidel.

Oliveira, R., Silva, L., Freitas, C., Oliveira, S., Pereira, M. & Leitão, I. (2014). *Measurement of pain in clinical nursing practice: integrative review*. Journal of Nursing UFPE on line.

Oliver, D., Wittenberg-Lyles, E., Demiris, G., Washington, K., Porock, D. & Day, M. (2008). *Barriers to pain management: caregiver perceptions and pain talk by hospice interdisciplinary teams*. Journal of pain and symptom management. Elsevier.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, serie 1, nº 1.

Ordem do Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista*. Lisboa.

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

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento nº 124/2011*, publicado no Diário da República, 2ª série – Nº 35 – 18 de fevereiro de 2011.

Organização Mundial de Saúde (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*.

Pereira, J. (2010). *Gestão da dor oncológica*. In Barbosa A.; Neto, I. *Manual de cuidados paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

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* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Pimpão, F., Filho, W., Vaghetti, H. & Lunardi, V. (2010). *Percepção da Equipa de Enfermagem sobre seus Registros: buscando a sistematização da assistência de Enfermagem*. Revista de Enfermagem Universidade de Enfermagem do Rio de Janeiro.

Pinheiro, A., Roso, C., Zamberlan, C., Cherobini, M. & Perrando, M. (2014). *Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa*. Journal of Nursing and Health, 4(1), 77-89.

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª edição). Porto Alegre: Artes médicas. P. 126, 227.

Polit, D. & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem - avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7ª ed.). Artmed Editora.

Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2014). *Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain*. Pain Management Nursing.

Programa Nacional de Controlo da Dor. Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito nacional de saúde 2014*. Lisboa, Portugal.

Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*, Coimbra: Quarteto Editora.

Rawls, J. (2001). *Uma Teoria da Justiça*. Lisboa: Relógio d'água. ISBN: 9789722317153.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto lei nº 161/96 de 4 de setembro – alterado pelo Decreto lei nº 104/98 de 21 de abril de 1998.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi.

Ritsema, T., Kelen, G., Pronovost, P. & Pham, J. (2007). *The national trend in quality of emergency department pain management for long bone fractures*. Academic Emergency Medicine.

Rose, L., Smith, O., Gélinas, C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E. & Watt-Watson, J. (2012). *Critical care nurses pain assessment and management practices: a survey in Canada*. American Journal of Critical Care.

Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd. ed. London: Churchill Livingstone.

Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). *Revista Latino-am Enfermagem*.

Silva, A. (2007). *Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir.

Silva, A., Diniz A., Araújo F. & Souza C. (2013). *Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de manchester*. Revista de enfermagem do Centro - Oeste Mineiro. Brasil.

Silva, I. & Branco, J. (2012). *Tratamento da dor musculoesquelética*. A dor e as suas circunstâncias. Lisboa: Lidel.

Silva, P. & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2ª ed. ISBN: 9789726712572

Silveira, N., Silveira, R., Avila, L., Gonçalves, N., Lunardi, V. & Enderle, C. (2016). Procedimentos Terapêuticos de Enfermagem no contexto da dor: percepção de pacientes. *Enfermagem em Foco*, 7(1), 61-65.

Smeltzer, S. & Bare, B. (2005). *Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Souza, C., Chianca, L., Diniz, A. & Chianca, T. (2012). Main complaints of emergency patients according to the Manchester protocol for risk classification. *Journal of Nursing*, 6 (3), 540-548 doi: 10.5205/reuol.2163-1618-1-LE.0603201207.

Souza, R., Garcia, D., Sanches, M., Gallo, A., Martins, C. & Siqueira, I. (2013). *Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico*. Revista Gaúcha Enfermagem, 34 (3), 55-63.

Spilman, S., Baumhover, L., Lillegraven, C., Lederhaas, G., Sahr, S., Schirmer, L. & Swegle, J. (2014). *Infrequent assessment of pain in elderly trauma patients*. Journal of Trauma Nursing.

Teixeira, J. (2006). *Conceitos de triagem*. Manual de Urgências e Emergências. Lisboa: Lidel.

Todd, K., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C., Fosnocht, D., Homel, P. & Tanabe, P. (2007). *Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study*. Journal of Pain.

Trautman, D. (2001). *Controlo da dor*. In Sheehy's, S. Enfermagem de urgência: da teoria à prática. 4ª ed. Loures: Lusodidacta.

Tsai, F., Tsai, Y., Chien, C. & Lin, C. (2007). Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. *Journal of clinical nursing*.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos* (5a ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Vicente, J. (2014). *Consentimento Informado na assistência privada e pública hospitalar - O que entendem os profissionais de saúde e doentes/família sobre a informação e consentimento informado praticado em Portugal*, Dissertação de Doutoramento em Bioética, Universidade Católica Portuguesa.

Watt-Watson, J. (2003). *Dor e controlo da dor*. In Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. Loures: Lusociência.

Widenfel, B. & Treffers, P. (2005) *Translation and Cross-Cultural Adaptation of Assessment Instruments Used in Psychological Research With Children and Families*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, v.8, p.135 - 147.

Wilson, B. (2007). *Nurses' Knowledge of pain*. *Journal of Clinical Nursing*.

Wood, S. (2008). Em <http://www.nursingtimes.net/nursingpractice/clinicalspecialisms/pain-management/assessmentof-pain/1861174.article>.

Wulp, I., Sturms, L., Jong, A., Schot-Balfoort, M., Schrijvers, A. & Stel, H. (2011). *Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study*. *Emergency Medicine Journal*.

Young, J., Horton, F. & Davidhizar, R. (2006). *Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management*. Journal of advanced nursing.

Zhang, C., Hsu, L., Zou, B., Li, J., Wang, H. & Huang, J. (2008). *Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China*. Journal of pain and symptom management. Elsevier Inc.

APÊNDICE I

Questionário

QUESTIONÁRIO

Desde já agradeço a sua colaboração na participação deste estudo. Solicito o preenchimento deste breve questionário (cerca de 5 minutos) que é instrumento de colheita de dados para o estudo de investigação que está a ser realizado, subordinado ao tema “Barreiras na Monitorização da Dor identificadas pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência”.

Saliento o anonimato dos dados aqui fornecidos, não devendo em parte alguma assinalar nada que o possa vir a identificar.

PARTE I – Caracterização Sociodemográfica

1 - Sexo: Masculino ____ Feminino____

2 - Idade: ____ (anos)

3 - Há quantos anos trabalha como enfermeiro? ____ (anos)

4 - Há quantos anos trabalha neste SU? ____ (anos)

5 - Ao longo da sua formação no curso de licenciatura em enfermagem a temática da dor era integrada no plano curricular? Sim ____
Não ____

6 - Considera que a formação na área da dor contribui para a melhoria dos cuidados prestados? Sim ____
Não ____

7 - Desde que iniciou a sua carreira profissional esteve presente em alguma formação sobre a área da dor? Sim _____

Não _____

8 - Já viveu alguma experiência dolorosa na sua vida pessoal? Sim _____

Não _____

9 - Considera existirem barreiras na avaliação e controlo da dor no SU? Sim _____

Não _____

10 – Possui alguma especialidade no âmbito da Enfermagem? Sim _____

Não _____

PARTE II – Escala tipo Lickert

De seguida, é apresentada uma lista de 33 questões sobre as possíveis barreiras na monitorização da dor existentes no SU. São respostas tipo Lickert, onde:

1 – Nunca; 2 – Raras Vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Frequentemente;

5 – Sempre

1 - Tem uma atuação mais imediata perante uma dor aguda relativamente a uma dor crónica?	1	2	3	4	5
2 - Considera que se usufrísse de maior formação na área da dor, prestaria melhores cuidados de saúde?	1	2	3	4	5
3 - Os doentes têm dificuldade em avaliar a sua dor?	1	2	3	4	5
4 - O doente tem dificuldade em compreender a utilidade das escalas de avaliação da dor?	1	2	3	4	5
5 – Considera que dificuldades comunicacionais entre o doente e o profissional de saúde podem ser uma barreira na avaliação da dor?	1	2	3	4	5
6 - Os doentes têm tendência a relatar de forma diferente a sua dor face ao profissional de saúde?	1	2	3	4	5

7 - A administração de terapêutica analgésica pelos profissionais de saúde pode influenciar na reavaliação da dor, fazendo com que o doente tenha dificuldade em perceber se a dor diminuiu?	1	2	3	4	5
8 - Existe uma dificuldade acrescida por parte dos profissionais de saúde, na avaliação da dor, em doentes com défice cognitivo?	1	2	3	4	5
9 - Quando o doente valoriza o estoicismo, não relatando a sua dor, é dificultada a avaliação da dor?	1	2	3	4	5
10 - A relutância dos doentes face à adesão terapêutica farmacológica, dificulta o controlo da dor por parte dos profissionais de saúde?	1	2	3	4	5
11 - A relutância do doente em reportar a dor, dificulta a avaliação da dor por parte dos profissionais de saúde?	1	2	3	4	5
12 - A ausência de guidelines no serviço onde exerce funções, tem influência no modo como monitoriza a dor?	1	2	3	4	5
13 - A ausência ou falta de comunicação entre médico e enfermeiro acerca da dor que o doente reporta, dificulta o controlo da mesma?	1	2	3	4	5
14 - O tempo disponível para adotar medidas não farmacológicas para o alívio da dor é insuficiente?	1	2	3	4	5
15 - Existe uma desvalorização da dor como 5º sinal vital?	1	2	3	4	5
16 - A falta de tempo, condiciona a educação para a saúde, não promovendo uma continuidade de cuidados no controlo da dor?	1	2	3	4	5
17 - Há uma escassez de medidas não farmacológicas implementadas nos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
18 - Existe uma relutância por parte dos profissionais de saúde na administração de analgésicos opióides por receio de depressão do centro respiratório?	1	2	3	4	5
19 - O facto de não haver especialistas na área da dor no SU, leva a que os profissionais de saúde não priorizem a dor como 5º sinal vital?	1	2	3	4	5
20 - Os enfermeiros identificam a dor, mas os médicos não a valorizam, não prescrevendo analgésicos?	1	2	3	4	5
21 - Os doentes mais idosos consideram a dor como um fenómeno inerente ao envelhecimento, como tal aceitam-na, não a verbalizando, o que dificulta o seu controlo?	1	2	3	4	5
22 - As escalas de avaliação da dor utilizadas no serviço são de difícil compreensão para os doentes?	1	2	3	4	5
23 - Os doentes mencionam a dor num grau elevado na escala, que visualmente na escala de faces não corresponde?	1	2	3	4	5
24 - A presença de familiares influencia a avaliação da dor?	1	2	3	4	5
25 - Considera que os enfermeiros do SU subvalorizam a dor?	1	2	3	4	5
26 - Consegue realizar uma correta monitorização da dor num doente sedado e ventilado?	1	2	3	4	5

27 - Utiliza escalas de avaliação da dor para doentes inconscientes?	1	2	3	4	5
28 - Tem dificuldade em avaliar a dor num doente com Glasgow inferior a 15?	1	2	3	4	5
29 - Sente que o doente exagera no relato da dor no momento da triagem para tentar persuadir o enfermeiro triador?	1	2	3	4	5
30 - Acha que a dor é desvalorizada durante a permanência do doente no SU, apenas sendo uma preocupação dos profissionais no momento da admissão?	1	2	3	4	5
31 - Os rácios enfermeiro/doente são uma barreira na monitorização da dor?	1	2	3	4	5
32 - Considera que a estrutura e organização do serviço tem influência na monitorização da dor dos doentes?	1	2	3	4	5
33 - Procede ao registo da dor após intervenção terapêutica no doente com dor?	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração.

O investigador

APÊNDICE II

Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Filipe André Soares Oliveira, aluno do 5º Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, solicito o seu consentimento e colaboração no preenchimento de um questionário que será instrumento de recolha de dados para um estudo de investigação de cariz quantitativo, exploratório descritivo, subordinado ao tema “Barreiras na Monitorização da Dor identificadas pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência”. A recolha de dados está a ser feita aos enfermeiros do serviço de urgência do [REDACTED] [REDACTED] após a aprovação da comissão de ética do hospital e da Universidade do Minho.

Mais informo, que este estudo está a ser desenvolvido sob supervisão de docentes da Universidade do Minho, senhores professores doutores Ana Paula Macedo e Simão Vilaça.

O questionário será anónimo e confidencial, não devendo identificar-se em parte alguma. Asseguro que todos os dados recolhidos serão única e exclusivamente utilizados para o propósito deste estudo, estando apenas acessíveis ao responsável do mesmo.

Os resultados gerais do estudo poderão ser publicados, respeitando-se todas as garantidas descritas, serão preservados por um prazo de 5 anos após a sua recolha, não havendo qualquer transferência de dados pessoais para um país terceiro ou uma organização internacional.

Qualquer esclarecimento adicional, estou ao inteiro dispor. Seguem os contactos em caso de necessidade:

Filipe André Soares Oliveira
Enfermeiro, Serviço de Urgência do [REDACTED]
918355082
filipe_oliveira8@hotmail.com

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXO I

Autorização da Comissão de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

Identificação do documento: CEICVS 011/2019 (Adenda)

Título do projeto: *Barreiras na Monitorização da Dor Identificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência*

Equipa de investigação: Filipe Oliveira, estudante do curso do 5º Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Macedo e Professor Doutor Simão Vilaça

Unidade Orgânica Promotora: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Outras Unidades: [REDACTED] que não será identificado no estudo (um hospital do norte do país)

PARECER

Trata-se de um pedido de alteração/adenda ao protocolo inicial do estudo “Barreiras na Monitorização da Dor Identificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência” que foi alvo de Deliberação da CEICVS, a 21 de março de 2019, com Parecer favorável.

Foi efetuada a seguinte alteração ao protocolo inicial:

- Alteração do título do projeto: “Barreiras identificadas pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência na Monitorização da Dor”

Apresentou-se o protocolo de investigação com a alteração ao protocolo original supracitada.

Assegura-se que os compromissos de boas práticas na investigação dadas pelo IR do estudo e por outros investigadores ou colaboradores na investigação, incluindo garantias de confidencialidade, continuarão a ser seguidas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à alteração indicada, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 16 de outubro de 2019.

A Presidente da CEICVS

MARIA CECÍLIA DE
LEMONS PINTO
ESTRELA LEÃO

Assinado de forma digital por
MARIA CECÍLIA DE LEMOS
PINTO ESTRELA LEÃO
Dados: 2019.10.17 14:43:25
+0100'

ANEXO II

Autorização da Comissão de Ética do hospital

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

53/2019

“Barreiras identificadas pelos enfermeiros de um serviço de urgência na monitorização da dor”

INSTITUIÇÃO /SERVIÇO – Urgencia

INVESTIGADOR: Filipe Andre Soares Oliveira

PARECER DA CES - emitido na reunião plenária de 21 / 02 / 2019

Nada a opor do ponto visto ético, falta parecer dos directores de serviço

Documentos analisados:

- Formulário do CES
- Projecto
- Consentimento Informado
- Declaração da Universidade Minho

*Automático
Comunicar ao
investigador
e ao departamento
de urgência, através
investigação
Diana Mota
25/02/19
Diretora Clínica*

PA
O Presidente da CES
Paula Rangel
(Enf. Ana Saraiva)

*Segue em anexo o
relatório do parecer
emitido de acordo
com o SU.*
Paula Rangel

*De acordo com o parecer
de investigação.
De acordo com o parecer e
utilidade no sentido da
urgência.*

[Redacted]
Dr.ª ANA CLARA COELHO
Diretora Serviço de Urgência
Nº Mecanográfico: 6266

[Redacted]
Enf.ª PAULA RANGEL
UGI Anestesiologia, Medicina Intensiva
Urgência e Emergência
Nº Mecanográfico: 1069

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 21 / 02 / 2019