



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Gestão de dor no serviço de urgência: conhecimentos e atitudes dos enfermeiros

Maria Odília Martins Marques



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Maria Odília Martins Marques

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Gestão de dor no serviço de urgência: conhecimentos e atitudes dos enfermeiros

VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação do:

Mestre Samuel Sousa

Viana do Castelo, março, 2024

AGRADECIMENTOS

Ao Mestre Samuel Sousa, enquanto orientador e à Enfermeira e Mestre Catarina Carneiro, pela disponibilidade, empenho, exigência e rigor na orientação durante este percurso.

Um agradecimento ao Enfermeiro Cipriano Costa, gestor do Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, por toda a colaboração e sentido de ajuda durante este período académico.

A todos os elementos da equipa do serviço de urgência pelas oportunidades de aprendizagem partilhadas comigo durante o estágio. Um especial obrigado à Enfermeira Teresa Silva, por ser um exemplo e uma referência como ser humano e profissional de excelência.

A ti, meu pai, um obrigado, estejas tu onde estiveres, sabes o quanto és importante para mim e que serás, sempre, a minha grande fonte de inspiração.

À minha família que me acompanhou neste moroso percurso e que entenderam calmamente a minha ausência.

Aos meus verdadeiros amigos, que atentos, ponderados e especiais, apoiaram-me incondicionalmente neste atribulado percurso, ao suportar todas as minhas inseguranças.

A todos, um eterno obrigado pelo sentido de resiliência incutido, no sentido de me lembrarem que seria capaz e onde o “querer e o trabalho transformam o objetivo em realidade”.

PENSAMENTO

“A dor é inevitável. O sofrimento é opcional.”

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e procura evidenciar, numa perspetiva crítica e reflexiva, o percurso e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), através das diversas experiências e atividades realizadas, englobando vários domínios da prática clínica, da gestão, da formação e da investigação.

Particularizando nas intervenções de Enfermagem, enquanto fenómenos e focos de atenção, surgiu uma área de interesse humanamente importante, baseada no conceito de alívio de dor, procurando fazer uma abordagem diferenciadora, para além da sua avaliação, tradutora de uma efetiva Gestão de Dor no Serviço de Urgência (SU), onde as lacunas dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, são apontadas como a principal causa de sofrimento inaceitável à luz do conhecimento atual, por isso as intervenções adequadas destes profissionais e nesta área específica, são cruciais para o doente e expressam a sua visibilidade enquanto elementos diferenciadores neste contexto.

Deste modo, o ENP decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) no qual emergiu a problemática de investigação, relacionada com a gestão de dor no Serviço de Urgência, no sentido de avaliar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros nos cuidados à pessoa com dor na sua prática clínica. A análise dos resultados, alinham-se com outros estudos realizados internacionalmente, com recurso ao mesmo instrumento, indicando a necessidade de estratégias de formação para o desenvolvimento de uma prática de cuidados especializada e segura na gestão da dor.

No âmbito da prática clínica, da gestão e da formação foram desenvolvidas várias atividades, nomeadamente a formulação de um protocolo de analgesia multimodal para vítimas de trauma, assim como a participação em reuniões científicas, entre outras.

Neste Relatório de Natureza Profissional (RNP) serão espelhadas as aprendizagens pessoais, as limitações encontradas, salientando-se a relevância e importância da prática profissional especializada em Enfermagem, sustentadas na reflexão das práticas, na interação com o contexto e na evidência científica.

Palavras-Chave: Enfermeiro; Atitudes; Conhecimentos; Dor Aguda; Gestão de Dor; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

This report is part of the *Estágio de Natureza Profissional* (ENP) of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, from the *Escola Superior de Saúde* of the *Instituto Politécnico de Viana do Castelo* and seeks to highlight, from a critical and reflective perspective, the path and process of acquisition and development of specialized skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Persons in Critical Situations (PCS), through the various experiences and activities carried out, encompassing various domains of clinical practice, management, training and research.

Particularizing in Nursing interventions, as phenomena and sources of attention, a humanly important area of interest emerged, based on the concept of pain relief, seeking to take a differentiating approach, in addition to its evaluation, translating effective Pain Management in the Emergency Department (ED), where the shortcomings of health professionals, particularly nurses, are identified as the main cause of unacceptable suffering in light of current knowledge. Therefore, appropriate interventions by these professionals and, in this specific area, are crucial for the patient and differentiating elements in this context.

Thus, the ENP took place in a Medical-Surgical Emergency Service in which the research problem emerged, related to pain management in the Emergency Department, to evaluate the knowledge and attitudes of nurses in caring for people with pain in your clinical practice. The analysis of the results is in line with other studies carried out internationally, using the same instrument, indicating the need for training strategies for the development of a specialized and safe care practice in pain management.

Within the scope of clinical practice, management and training, several activities were developed, namely the formulation of a multimodal analgesia protocol for trauma victims, as well as participation in scientific meetings, among others.

In this *Relatório de Natureza Profissional* (RNP), personal learning and limitations encountered will be reflected, highlighting the relevance and importance of specialized professional practice in Nursing, supported by reflection on practices, interaction with the context and scientific evidence.

Keywords: Nursing; Attitudes; Knowledge; Acute pain; Pain Management; Emergency Service.

ABREVIATURAS

%	-	Percentagem
<i>et al.</i>	-	est alii (e outros autores)
Md	-	Mediana
N	-	População
n	-	Amostra
n.º/Nº	-	Número
p.	-	Página

ACRÓNIMOS e SIGLAS

AEC	- Alteração do Estado de Consciência
AEM	- Ambulância de Emergência Médica
ANPC	- Autoridade Nacional de Proteção Civil
ATS	- <i>American Thoracic Society</i>
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CA	- Conselho de Administração
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRRNEU	- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência
CVP	- Cruz Vermelha Portuguesa
DGS	- Direção Geral da Saúde
EEMC	- Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEMC	- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEMC-PSC	- Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica
EEMI	- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
ENP	- Estágio de Natureza Profissional
ENV	- Escala Visual Numérica
EOT	- Entubação Oro-traqueal
ERS	- <i>European Respiratory Society</i>
ESS-IPVC	- Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
EV	- Endovenoso
FR	- Frequência Respiratória
GCS	- <i>Glasgow Coma Score</i>
GTSU	- Grupo de Trabalho – Serviços de Urgência
IACS	- Infecções Associados aos Cuidados de Saúde
INEM	- Instituto Nacional de Emergência Médica
IPVC	- Instituto Politecnico de Viana do Castelo
IR	- Insuficiência Respiratória
MRSA	- <i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente à Meticilina
MEMC	- Mestrado de Enfermagem de Médico-Cirúrgica
OCDE	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	- Ordem dos Enfermeiros
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PCR	- Paragem Cardio-Respiratória
PE	- Plano de Emergência

PPCIRA	- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos
PS	- Profissionais de Saúde
PSC	- Pessoa Em Situação Crítica
RH	- Recursos Humanos
RNP	- Relatório de Natureza Profissional
SAV	- Suporte Avançado de Vida
SCACSST	- Síndrome Coronário Agudo com Supradesnívelamento do Segmento ST
SE	- Sala de Emergência
SIEM	- Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	- Suporte Imediato de Vida
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SpO2	- Saturação Periférica de Oxigénio
SU	- Serviço de Urgência
SUMC	- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP	- Serviço de Urgência Polivalente
TAC	- Tomografia Axial Computorizada
TAS	- Tensão Arterial Sistólica
TDC	- Transporte do Doente Crítico
TIH	- Transporte Inter-Hospitalar
UCI	- Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	- Unidade de Cuidados Intermédios
UDC	- Unidade de Decisão Clínica
ULSAM	- Unidade Local de Alto Minho
VMER	- Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI	- Ventilação Mecânica Invasiva
VMNI	- Ventilação Mecânica Não Invasiva
VV	- Via Verde
VVAVC	- Via Verde Acidente Vascular Cerebral
VVC	- Via Verde Coronária
VVT	- Via Verde Trauma
VVS	- Via Verde Sépsis

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

PENSAMENTO

RESUMO

ABSTRACT

ABREVIATURAS

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I- PERCURSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	15
1. COMPONENTE DE ESTÁGIO	16
1.1.Enquadramento do contexto de Estágio.....	17
2. O CUIDAR, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E O SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	23
2.1. Domínio das Competências Específicas	26
2.2. Intervenção e gestão de processos complexos	28
2.3. Intervenção na prevenção e controlo de IACS	38
2.4. A catástrofe e as situações de exceção.....	40
2.5. Domínio da Gestão Dde Cuidados.....	42
2.6. Domínio da Formação Profissional	44
2.7. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	48
PARTE II- PERCURSO INVESTIGATIVO: GESTÃO DE DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS	51
1. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	52
1.1.Dor: Conceito e Instrumentos de Avaliação	52
1.2.Gestão de Dor no Serviço de Urgência.....	56
1.2.1.Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre a gestão de dor	57
2. METODOLOGIA.....	60
2.1. Problemática.....	60
2.2. Questão de investigação e objetivo do estudo	61
2.3. Desenho da investigação	61
2.4. População e amostra.....	62

2.5. Instrumento de medida.....	63
2.6. Análise de dados	64
2.7. Considerações éticas	65
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	67
3.1. Caracterização sociodemográfica e profissional.....	67
3.2. Resultados do questionário KASRP-PTr	69
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO	73
5. CONCLUSÕES	79
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
Anexo I - Pedido de parecer à Comissão de Ética da ULSAM e com a Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde.....	103
Apêndice I - Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma no Serviço de Urgência da ULSAM	105
Apêndice II - Questionário sobre: “Gestão de dor no Serviço de Urgência – Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros”	113
Apêndice III – Autorização para utilização do KASRP-PTr.....	127

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais conforme as características sociodemográficas e profissionais (n=59).....	67
Quadro 2 - Resultados do questionário KASRP – PTr.....	69
Tabela 1 - Estatística descritiva dos conhecimentos e atitudes sobre gestão de dor (n=59)	73
Tabela 2 - Percentagem de presença ou ausência de conhecimentos e atitudes adequados sobre Gestão de Dor num ponto de corte de 50% e 80%	74
Tabela 3 - Teste de normalidade: Distribuição, graus de liberdade e significância relativas à formação (licenciatura vs pós-graduação/mestrado)	75
Tabela 4 - Teste de normalidade: Distribuição, graus de liberdade e significância relativas ao tempo de exercício profissional e ao tempo de serviço	75

INTRODUÇÃO

Os estágios clínicos são momentos de aproximação à vida profissional onde emergem componentes relevantes no processo de formação. A natureza do exercício profissional dos enfermeiros e o percurso da sua formação ganham sentido, se perspectivados numa lógica de cruzamentos disciplinares de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais e implicam um processo de construção do saber profissional, saber situacionalmente contextualizado, pessoalmente construído, referenciado a saberes disciplinares que, nesse momento, se percecionam na sua relevância e interação e de saberes experienciais transmitidos pelos profissionais experientes com os quais se convive (Alarcão & Rua, 2005).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), define o enfermeiro especialista como aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) procura responder com “cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, p.1936). O EEEMC-PSC, para aprimorar a sua prática diária na gestão de cuidados e de ambientes terapêuticos, em constante transformação e cada vez mais complexos, terá de se alicerçar na aquisição de competências, aperfeiçoamento de saberes e a conceção e incremento de novos conhecimentos.

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), intenta desenvolver competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas, diferenciadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, com o intuito do desenvolvimento de competências especializadas. No alcance deste propósito, o regulamento do ciclo de estudos tendente ao grau de Mestre, prevê a realização de um Estágio de Natureza Profissional (ENP) com formulação e discussão de relatório final (Instituto Politécnico de Viana do Castelo [IPVC], 2019).

O ENP decorreu no Serviço de Urgência (SU) de um hospital do Norte do País no período entre outubro de 2022 e Março de 2023 e centrou-se na prestação de cuidados à PSC.

Assim, a elaboração deste relatório é o cessar de um percurso formativo em contexto clínico, onde se procurou analisar as oportunidades de aprendizagem e as possibilidades de intervenção e como estas contribuíram para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC.

Em concordância com os objetivos e competências do plano de estudos do curso de MEMC (Despacho n.º 7710/2018), dos objetivos do ENP em articulação com as competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do enfermeiro EEMC, no cuidado à PSC (Regulamento n.º 429/2018), tencionamos com o ENP integrar os seguintes objetivos:

- Desenvolver e adquirir competências no cuidado à pessoa e família em situação crítica num serviço de urgência, numa prática baseada na mais recente evidência científica e nos preceitos éticos e deontológicos da profissão;
- Contribuir para a implementação de programas que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver capacidades e competências no âmbito da dinamização da formação dos profissionais de enfermagem do serviço, no que se refere a avaliação mais robusta sobre dor e gestão de dor.
- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados e das unidades de cuidados;
- Desenvolver competências no âmbito da investigação em enfermagem;

As atividades realizadas durante o período do ENP serão espelhadas no presente relatório, numa ótica crítico-reflexiva, coadjuvando no processo de obtenção, aperfeiçoamento e desenvolvimento de saberes e competências profissionais especializadas e que a sua discussão pública, se constitua no término do processo formativo, para obtenção do grau académico de Mestre e sucessivamente do título profissional de enfermeiro EEMC.

O atual relatório apresenta-se dividido em duas partes.

Na primeira parte, é descrito o percurso desenvolvido durante o ENP, iniciando-se com uma contextualização do local de estágio, seguindo-se com uma breve abordagem

sobre cuidar da PSC assim como o papel do EEMC no SU. Seguindo-se com a apresentação das atividades elaboradas no SU, averiguando-se sobre os seus contributos para o desenvolvimento de competências especializadas do EEEMC, tendo em conta os objetivos propostos e os principais domínios de competências.

Na segunda parte, referencia-se todo o percurso investigativo relativo ao problema em estudo: enquadramento teórico, metodologia, resultados, análise e discussão assim como as principais conclusões e perspetivas futuras relativamente a formações para os PS.

Em suma, todo este relatório termina com a referência e análise de todas as principais sínteses adquiridas, no sentido de refletir sobre os objetivos previamente esboçados, o percurso efetuado durante o ENP e apontamento para possíveis perspetivas futuras.

A ESS-IPVC possui normas específicas de formatação para a realização/apresentação de trabalhos académicos, às quais o presente relatório respeita, sendo a referenciação bibliográfica efetuada de acordo com o estilo da *American Psychological Association*, na sua sétima edição (APA 7.^a ed.).

**PARTE I- PERCURSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS EM
CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

1. COMPONENTE DE ESTÁGIO

Sistematizar as atividades realizadas durante o decorrer de cada turno do Estágio de Natureza profissional (ENP), permitiu, de certo modo, averiguar as necessidades existentes no Serviço de Urgência (SU) onde o mesmo se desenvolveu, criar estratégias no sentido de atuar nessas mesmas necessidades, trabalhar nas dificuldades e lacunas sentidas de modo a aperfeiçoar as competências e, por último e não menos importante, reunir informação para a construção deste relatório, de modo a espelhar essas experiências e a contribuição das mesmas para a construção de uma visão de especialista.

O enfermeiro especialista é um profissional dotado de competências técnicas científicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados em determinadas áreas específicas. Contudo, é transversal a toda as especialidades um conjunto de competências comuns das quais são de referir a responsabilidade profissional ética e legal; a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento contínuo das aprendizagens. Assim, com as suas competências especializadas, o enfermeiro pode desenvolver um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades a serem mobilizadas no contexto da prática clínica, perspetivando a adequação dos seus cuidados, às necessidades de saúde da população em todas as circunstâncias e fases de vida, englobando todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao EEEMC é solicitado que “desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” e seja coordenador em “projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências” onde os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados e diferenciados, prestados de forma contínua à pessoa e podem derivar de uma emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (Regulamento 429/2018, 2018, p.19360).

No decurso deste primeiro capítulo, após uma breve contextualização, descrevem-se as aprendizagens, as experiências e as atividades desenvolvidas no contexto do ENP que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas.

1.1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Os Serviços de Urgência (SU) são serviços abertos 24 horas/dia, 365 dias/ano, sujeitos à realidade onde estão inseridos, onde tudo acontece de forma rápida, com uma dinâmica de constante mudança, não programada, exigindo uma grande capacidade de adaptação. Neste contexto de enorme complexidade é-lhes exigido cada vez mais uma resposta atempada, eficaz e cientificamente adequada. Estes serviços foram criados com a finalidade de dar resposta rápida a todas as situações clínicas de início súbito, situações urgentes e emergentes, onde se preconiza uma imediata assistência ao doente em estado crítico ([GTSU], 2019).

Neste alinhamento, os cuidados de enfermagem à PSC são “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida” tendo em vista a prevenção de complicações, a limitação de incapacidades e a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

Assim, para que no SU o cuidar à PSC e respetiva família, fosse progressivamente o mais eficiente, foram aprimorados, na medida do possível, os conhecimentos à luz da evidência científica atual, com intuito de adquirir ou desenvolver capacidades/competências para que as atitudes pudessem ser maximizadas em todas as intervenções e nas mais variadas áreas no cuidar.

O ENP decorreu no SU da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) e é definido como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC).

O SUMC corresponde ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básica e referenciando para Serviço de Urgência Polivalente situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades, não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência (Regulamento n.º 153/2014, 2014).

O SUMC deve dispor dos seguintes recursos humanos: Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU (*Idem*).

Neste SUMC existem as seguintes valências: Medicina Interna; Cirurgia Geral; Pediatria; Ortopedia; Anestesiologia; Imuno-Hemoterapia; Bloco Operatório; Imagiologia Patologia Clínica. As especialidades que estão de apoio ao SU são: Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Obstetrícia, Psiquiatria, Gastrenterologia e a de Medicina Intensiva.

De acordo com o art.º 5 do seu Regulamento Interno, a ULSAM guia-se pelos seguintes objetivos:

- Obter ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação e complementaridade dos vários níveis de cuidados;
- Prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, com eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados e do modelo Unidade Local de Saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A sua área de influência cobre a totalidade do distrito de Viana do Castelo, abrangendo os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.

O território abrangido pela ULS tem uma superfície de 2.219 km² e, segundo os “resultados provisórios” dos Censos 2021, recentemente divulgados pelo INE, uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 11,2% dos quais (jovens) com menos de 15 anos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos e 60,7% de população em idade ativa (15 aos 64 anos). Encontra-se referido que esta sub-região apresenta uma densidade populacional de 104,2 indivíduos por km², representando à volta de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,50% da população da Região Norte. Simultaneamente, apresenta um Índice de Envelhecimento (idosos por cada 100 jovens) de 252, sendo que o número de indivíduos em idade ativa por idoso se fica pelos 2,2, num universo de 90.855 famílias.

A ULSAM, no que se refere à rede de Urgência dispõe de um serviço de Urgência Médico-Cirúrgica no Hospital de Santa Luzia e dois serviços de Urgência Básica, Ponte de Lima e Monção. Nos casos clínicos urgentes e emergentes o INEM disponibiliza 1 Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), 4 ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), 10 ambulâncias de socorro nos bombeiros, 1 na CVP e 1

Ambulância de Emergência Médica (AEM) sediada no Hospital de Santa Luzia. Quando necessário, todos estes meios são apoiados pelo helicóptero sediado em Macedo de Cavaleiros.

Internamente, a possibilidade de sobrevivência do doente crítico depende da eficácia da resposta à emergência onde uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo agudo de deterioração clínica. A implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e a instituição atempada de terapêutica otimizada é assim crucial.

Neste registo, a Direcção-Geral da Saúde através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, determinou a criação e implementação, a nível nacional, das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI). As EEMI são constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação e respondem de imediato, não apenas em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda (Regulamento n.º 198/2018, p. 27533).

O *European Resuscitation Council*, o *European Board of Anaesthesiology* e a *European Society of Anaesthesiology* assumiram conjuntamente, em setembro de 2018, a recomendação para que todos os hospitais europeus utilizem o mesmo número de telefone interno (2222) para ativação das EEMI (Regulamento n.º 198/2018, 2018).

Na ULSAM, a equipa de EEMI encontra-se fisicamente sediada na SE e, conforme descrito anteriormente, é composta por um enfermeiro e um médico em cada turno, sendo acionados pelo número de emergência interna 2222. A equipa de enfermagem é composta por 27 enfermeiros e possuem uma gestão e horários próprios, apesar de alguns elementos fazerem parte das duas equipas, SU e EEMI. Alguns elementos pertencem ainda à Unidade de Cuidados Intensivos e à Unidade de Cuidados Intermédios.

Perante a tipologia de doentes que o SU abarca, em qualquer área de trabalho, o papel do EEMC pode ser determinante e diferenciador no que ao prognóstico do doente diz respeito, contudo, à semelhança da constituição da EEMI, existem outros postos de trabalho onde a sua presença é decisiva.

No SU, o primeiro local para onde o doente é encaminhado após a concretização da inscrição, à exceção do doente emergente, é a Triagem de Manchester (TM), onde se

encontram enfermeiros devidamente preparados para esta função, sendo feita a avaliação do estado do doente seguindo o protocolo que está instituído nacionalmente. A TM não é um momento para diagnóstico médico, mas sim uma forma de racionalizar os tempos de espera com base em indicadores clínicos e a queixa do doente.

O objetivo principal do enfermeiro ao realizar a TM é atribuir uma prioridade clínica para primeira avaliação médica consoante a gravidade das queixas que apresenta naquele instante. Este, será tanto mais eficaz quanto melhor conseguir atingir o objetivo pretendido, avaliado por um programa de auditoria interna que traduz a aferição do enfermeiro na realização da triagem e que deverá corresponder no mínimo a 80%, sendo que o desvio em relação ao preconizado, espera-se ser devido á atribuição de prioridades superiores ao determinado pela auditoria (Grupo Português de Triagem, 2012).

Com base no referido anteriormente, o posto de triagem em cada tipologia de urgência, é assegurado por um enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades e, no caso da triagem de prioridades nas urgências de adultos, recomenda-se que este posto seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 743/2019, p. 144).

Na ULSAM o posto de trabalho da TM é composto por dois lugares de atendimento, estando normalmente apenas um em funcionamento. Estima-se que após a atribuição do nível de prioridade clínica e o devido encaminhamento dos doentes para as áreas correspondentes, o tempo de atendimento e o respetivo tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, devem ser respeitados. Contudo, face a elevada afluência de doentes, nem sempre se consegue cumprir escrupulosamente estes tempos, pelo que surgem conflitos por parte dos doentes e familiares e é aqui que a atitude do enfermeiro, especificamente o EEMC deve ser exímia e fazer toda a diferença na gestão de conflitos, no sentido de gerir as expetativas dos doentes no que aos tempos de espera, para o primeiro atendimento médico, diz respeito.

No sentido de melhorar estes tempos, a DGS elaborou um conjunto de indicadores de qualidade através da Norma n.º 002/2018, cujo objetivo é, precisamente, a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade: demora média para a triagem; demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade e ainda a ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade.

Outro posto de trabalho que merece assaz destaque neste serviço, trata-se da Unidade Laranja (UL), é composta por 15 camas e onde são admitidos doentes urgentes com necessidade de monitorização de sinais vitais através de um sistema de telemetria.

A vigilância destes doentes permite detetar mudanças na sua condição de saúde, conseguindo assim reconhecer uma deterioração clínica atempadamente (Elliott & Coventry, 2012). De acordo com Schmidt, alguns casos de mortalidade em hospitais poderiam ser evitados se a monitorização dos sinais vitais do doente fosse eficiente, permitindo assim um reconhecimento precoce de situações críticas que podem conduzir à morte (Schmidt *et al.*, 2015).

É importante ainda referir que apesar da prioridade de atendimento “Laranja” da maioria dos doentes encaminhados para este espaço, nem sempre se consegue atender no tempo alvo indicado, face aos recursos humanos existentes. Nesta área de trabalho, as prioridades têm de ser extremamente bem geridas, uma vez que, um doente urgente pode facilmente evoluir para emergente, pela degradação em poucos segundos o seu estado clínico.

De referir que na UL, o suporte proporcionado pela equipa de enfermagem é composto por três enfermeiros no turno da manhã e da tarde e dois enfermeiros no turno da noite, o que corresponde a um rácio enfermeiro doente de 1:5 nos turnos manhã e tarde e 1:7 no turno noite, não estando alinhado com o preconizado pela OE através do regulamento que indica as dotações seguras (Parecer nº14/2018, 2018).

As áreas de “admissão” 1 e 2, assim como a Unidade de Decisão Clínica (UDC) são locais onde o doente, em princípio, encontra-se numa situação menos urgente. Contudo, são áreas de trabalho em que a visão clínica dos enfermeiros tem de ser igualmente muito abrangente, pois é necessário antecipar o(s) foco(s) de instabilidade do doente que pode deteriorar o seu estado clínico.

Não são assim tão raras as vezes, em que os doentes destas áreas, transitam para a SE.

A área de trabalho denominada de Pequena-Cirurgia é de especial destaque no SU da ULSAM, é assegurada por um enfermeiro que para além de prestar cuidados na área do trauma e pequena-cirurgia, apoia o posto de trabalho da SE sempre que a colaboração é necessária ou solicitada.

De referir que esta é uma área que recebe todos os doentes do foro ortopédico, nomeadamente, vítimas de acidentes de viação, politraumas, quedas, problemas dos membros, feridas/lesões agudas, entre outros.

Por fim descreve-se a SE, que é fisicamente individualizada relativamente ao restante SU, próximo do posto de triagem de prioridades, com acesso fácil a partir do cais de ambulâncias de emergência, onde dispõe de portas de correr no acesso, com espaço amplo para a passagem de macas, com doente e equipamentos, com sistema de abertura controlada de acesso específico, que impede o acesso não autorizado, mas que possibilita o acionamento de ajuda com sirene de aviso, em caso de necessidade. Está totalmente equipada com capacidade para assistir 3 pessoas em simultâneo, que podem ser estendidas até quatro, quando necessário, inclusive pediatria. Constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso a área fundamental para a abordagem do doente emergente, grave e crítico, pois dispõe das logísticas necessárias para o apoio do doente muito urgente ou emergente, vocacionada para a avaliação, tratamento e estabilização da PSC, e com equipamento necessário ao transporte inter-hospitalar. É assegurada por um enfermeiro, que habitualmente tem o apoio do enfermeiro da EEMI, sempre que o mesmo esteja disponível e quando a necessidade assim o exige.

Após esta breve contextualização do local do ENP, passamos agora à reflexão sobre as atividades realizadas, assim como, a construção e aquisição de competências especializadas nos domínios de intervenção assistencial, da gestão e da formação.

2. O CUIDAR, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E O SERVIÇO DE URGÊNCIA

O enfermeiro no exercício da sua profissão ao colocar em prática as suas competências técnicas, científicas e humanas na interação com o doente exerce, no fundo, a arte de Cuidar.

No ENP foi tido isso mesmo em consideração, isto é, procurou-se encarar a pessoa de forma holística, no respeito pela individualidade de cada um e respondendo às suas necessidades específicas, perante as situações urgentes ou emergentes que obrigaram ao encaminhamento para o SU.

Segundo Pacheco (2002, p.34), para Cuidar é necessário ter-se sempre presente a competência técnica e a sensibilidade afetiva, pois “o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica, mas, pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica”.

Deste modo, poderá considerar-se que o enfermeiro intervém de duas formas, uma considerada mais técnica relacionada com o tratamento – tratar e outra mais expressiva, humana e preocupada com a pessoa como um ser holístico – o cuidar (Valadas, 2005).

Posto isto, entende-se que tratar e cuidar são atitudes desiguais, mas intrínsecas ao exercício profissional do enfermeiro (Pacheco, 2002; Valadas, 2005). Assim, quem pretende prestar cuidados de Enfermagem de forma holística e humanística, deve conseguir tratar e cuidar simultaneamente, sendo que “(...) a principal preocupação é a pessoa doente, sempre tida em conta como ser único e insubstituível (...)” (Pacheco, 2002, p.32). Neste sentido que surge um outro conceito, de grande importância para o exercício da profissão de Enfermagem, a relação terapêutica.

A relação terapêutica desenvolvida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se de certo modo, pela parceria estabelecida com o doente no respeito pelas suas capacidades e na valorização pelo seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se recorrendo a um processo dinâmico, com o intuito de que o doente tenha um papel proativo no teu tratamento, envolvendo-se, dependendo das circunstâncias neste processo as pessoas significativas, com o intuito de prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se ainda a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência (OE, 2001).

A PSC, como vimos anteriormente, pode ser designada pela pessoa cuja vida se encontra em risco por falência inequívoca de uma ou mais funções vitais. E da qual a sobrevivência depende de meios de vigilância avançados, monitorização invasiva e terapêutica complexa permitindo, caso se adeque, manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018), suportados por uma relação terapêutica unificadora da alta complexidade das intervenções e do conhecimento teórico com o cuidado invisível.

Nesta perspetiva a prática baseada na evidência, no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, deve ser alicerçada por modelos teóricos, apropriados à especificidade de cada contexto. Na realidade, existe uma panóplia de modelos teóricos de enfermagem disponíveis na literatura, não existindo um modelo específico e exclusivo para a prestação de cuidados de enfermagem numa determinada circunstância, contudo é mandatário extrair o essencial de cada um deles e testar a sua aplicabilidade na prática clínica.

Benner (2001) aborda os padrões de conhecimento dos enfermeiros como integradores de várias formas de saber, que são interligados e relacionados, nomeadamente, a sensibilidade e a forma pessoal de cuidar do outro, a ponderação ética, a utilização da capacidade relacional, as características próprias da personalidade, a constante reflexão e o próprio conhecimento do contexto onde trabalha, enquanto formas de conhecimento que se desenvolvem, recriam-se e treinam-se, na caminhada de desenvolvimento de competências.

A presença efetiva de enfermeiros peritos nos contextos da prática é necessária e crucial, dada a presença de situações clínicas cada vez mais complexas, que requerem a execução de decisões em saúde seguras, rápidas e eficazes, traduzindo respostas efetivas aos problemas dos doentes, com a satisfação da sua necessidade. Ao enfermeiro perito é-lhe exigido um conjunto de saberes, que farão a diferença e resultarão em ganhos em saúde (Benner, 2004).

Já para Ida Jean Orlando (1978), o ser humano é um ser comunicante que possuiu diversas necessidades, em que as mesmas são entendidas como exigências na tentativa de diminuir o *stress* e ajudar a adquirir o bem-estar, onde a natureza do processo de enfermagem tem um cariz interpessoal, imediatista e interacionista. Assim, o enfoque da teoria de Orlando, está na identificação e clarificação do processo de interação durante o processo saúde ou doença (George, 2000).

Consideramos ainda que uma outra teoria relevante em contexto de SU é a Teoria das Transições, de Afaf Meleis. Sendo a Enfermagem uma ciência cuja essência é cuidar o ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico, numa perspetiva de transição do *status* de “saúde” para o status de “doente” ou “doença”, evitando uma crise individual ou familiar. E neste sentido, a equipa de enfermagem ajuda os doentes, as famílias e as comunidades no processo de transição, respondendo antecipadamente, fornecendo orientações que melhorem os sintomas, reforçando a saúde e o bem-estar e desenvolvendo ações de promoção para o autocuidado (Meleis, 2005).

No decorrer do ENP foram tidos em consideração estes processos de transição, de forma a minimizar os seus momentos críticos e criar uma perspetiva positiva da situação. Por vezes é a própria pessoa que nos surpreende, pois consegue apropriar-se e ser mais realista da situação e da sua inevitabilidade que os conviventes significativos.

Houve uma situação significativa e que merece referência, pois uma doente quadragenária com neoplasia de mama deu entrada na SE e vinha de fato, do ponto de vista clínico, numa situação muito crítica, em que já lhe tinha sido oferecido tudo que era possível e era nitidamente um processo terminal com prognóstico muito reservado e que provavelmente teria horas de vida. Depois de uma primeira abordagem da equipa multidisciplinar, todos os elementos da sala ficam num silêncio constrangedor, a doente percebe o que lhe espera. Então diz *“eu sei que vou morrer, por isso só preciso que me ajudem a que consiga despedir-me de toda a minha família”*. A dificuldade foi conseguir explicar este processo aos conviventes significativos, nomeadamente, ao filho que estava no estrangeiro e aos demais presentes. Este processo de transição familiar, foi uma enorme oportunidade de aprendizagem. Contudo, é de sublinhar que todo este processo de transição está bem patente, segundo a OE, nas competências específicas do enfermeiro EEMC, já que o enfermeiro “concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, (...) decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19361).

Em síntese e neste contexto, o EEMC deve apresentar, imprescindivelmente, competências específicas que permitem uma ação de máxima rapidez e eficiência assim como um elevado conhecimento científico prático e técnico, para um efetivo cuidar, que associado à capacidade de liderança, lhe possibilite a tomada de decisões rápidas e concretas, transmitindo assim segurança a toda a equipa multiprofissional, diminuindo os

riscos que ameaçam a vida da pessoa em situação crítica, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica da PSC.

2.1. DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Como temos vindo a afirmar, o EEMC, dotado de formação adequada nas dimensões humanas, técnicas e científicas está capacitado para prestar cuidados diferenciados em qualquer situação, especialmente em contextos complexos e desafiadores, desempenhando assim um papel fundamental e diferenciador no cuidado à PSC e dos conviventes significativos.

As competências específicas que possui, permitem-lhe atuar de forma autónoma e interdependente, integrando as equipas multidisciplinares em situações de urgência/emergência, de modo a garantir um nível de cuidados de excelência (OE, 2017).

Como parte dessas competências específicas, o EEMC é capaz de: i) mobilizar conhecimentos e habilidades técnico-científicas de forma eficaz, eficiente e abrangente, em tempo hábil, no cuidado à pessoa/família que enfrenta processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; ii) maximizar a prevenção e a resposta eficaz no controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos em diferentes contextos de atuação, além de: iii) dinamizar a resposta em emergências, situações de exceção e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018).

Complementarmente, a OMS (2008), descreve que a pessoa que vive uma situação crítica, é aquela que por doença, ferimentos ou por outras circunstâncias, se encontra em perigo iminente/imediato de vida, a menos que seja instituído um tratamento de emergência com monitorização adequada à sua situação clínica, por forma a transportar o doente para os locais/estruturas mais adequados, com intuito de privilegiar os meios de diagnóstico distinto ou providenciar o tratamento médico mais dirigido. E, por isso, numa situação de crise, é fundamental uma adequada gestão de meios/recursos/planos onde, numa perspetiva de gerir e minimizar os riscos, devem ser providenciadas medidas que envolvam o indivíduo e o ambiente circundante, integrando nelas não só as necessidades de emergência, mas também as atitudes de prevenção (de riscos, por exemplo), as respostas e as estratégias de recuperação (OMS, 2008).

Exercer funções no SU e conhecer a estrutura física, a equipa multidisciplinar, as dinâmicas de trabalho e, de alguma forma as patologias mais frequentes, exigiu um

pensamento crítico-reflexivo acrescido no reconhecimento das necessidades de aprofundamento de conhecimentos e competências específicas na prestação de cuidados neste contexto específico. Em consonância com este reconhecimento cognitivo, foi mantida uma postura continuamente crítica, na resposta às diversas situações clínicas, de forma técnica e cientificamente sustentada.

Como refere Serrano *et al.* (2011, p.22) alinhado com Benner, a reflexão sobre a prática diária de cuidados permite a “procura de oportunidades de aprendizagem, a promoção de competências contínuas, a identificação de objetivos, ou seja, mover-se através do contínuo de noviço a perito” onde as intervenções em enfermagem devem ir muito para além da terapêutica dirigida à sintomatologia, agregadoras da dimensão humana dos cuidados e a vertente ética implícita que honra a dignidade humana.

Face ao indicado anteriormente e as necessidades identificadas nestes contextos específicos, o EEMC – PSC deve possuir um corpo de competências que lhe permita diferenciadamente intervir na gestão de protocolos à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença, na dinamização da resposta às situações de emergência, exceção e catástrofe e ainda na intervenção e controlo da infeção, enquanto componentes deste domínio e que descrevemos de seguida, preconizando-se assim, uma resposta adequada e em tempo útil.

2.2. INTERVENÇÃO E GESTÃO DE PROCESSOS COMPLEXOS

Como elemento da equipa do SU, considero que, neste contexto, a PSC pode emergir em qualquer local e em qualquer momento. Todos os enfermeiros, perante este contexto, carecem de conhecimento científico prático e técnico imprescindível, que associado à capacidade de liderança, lhe possibilite a tomada de decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda a equipa, diminuindo os riscos que ameaçam a vida da pessoa em situação crítica.

Assim, recomenda-se, em cumprimento do previsto no artigo 21.º, do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da SE e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 743/2019).

A Sala de Emergência (SE) ou Reanimação, nalguns locais ainda indicada desta forma, como referimos anteriormente, representa um local de trabalho integrado na dinâmica e estrutura física do SU, sendo ocupada sempre que as condições/critérios da pessoa doente o exijam.

A este posto de trabalho está afeto um enfermeiro que é apoiado, normalmente, pelo enfermeiro da Equipa Emergência Médica Interna (EEMI) e, em situações de maior necessidade, pelo enfermeiro da área da Pequena-Cirurgia. Deste modo, perante a complexidade dos cuidados prestados aos doentes admitidos nesta sala, a equipa adstrita deve ser idealmente detentora de formação especializada na abordagem à PSC, onde devem estar incluídos o Suporte Avançado de Vida (SAV), formação avançada direcionada em trauma, farmacologia de emergência/urgência e sistemas avançados de suporte de órgão, de forma a responder com prontidão às situações.

Dada a necessidade de acolher a PSC acometida de doença aguda, crónica agudizada ou trauma, é exigido à equipa que desempenha funções nesta área e especificamente ao enfermeiro, uma pluralidade de competências, nomeadamente no domínio dos conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para a prestação de cuidados de Enfermagem, a decisão, aplicação e avaliação de protocolos complexos de atuação em situações de urgência/emergência, o trabalho em equipa, a comunicação de más notícias e a gestão de tempo, recursos humanos e materiais, onde a aquisição destas

competências contribui para alcançar a inerente qualidade nos cuidados PSC (Regulamento n.º 743/2019).

A OE (2018) é explícita na referência a que o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o *core* de competências especializadas adequadas para responder às necessidades específicas de cuidados em contexto de prática clínica na SE. Deste modo, esta área de trabalho deve, sempre que possível, ser liderado pelo EEEMC pois é lhe reconhecido os seus elevados níveis de juízo clínico e tomada de decisão nos diferentes domínios de sua área de especialização.

A SE é sem dúvida o local primordial na abordagem inicial à PSC, pelo que a nossa atuação foi essencialmente nesta área e, pontualmente, na Área Laranja, onde alguns doentes apresentavam focos de instabilidade hemodinâmica, mas que são encaminhados normalmente para esta área, seja pela seleção do fluxograma da TM, seja pela inexistência de vagas na SE.

De referir ainda que, é facilitador para a integração à SE e à prestação de cuidados à PSC, a disposição dos materiais em colunas facilmente acessíveis, organizadas segundo a metodologia de abordagem “ABCDE” e a existência de *kit's* com todo o material utilizado para determinados procedimentos técnicos e que necessitam de rapidamente ser utilizados.

No decorrer do ENP, foi possível cuidar de vários doentes na SE e as experiências foram várias e extremamente enriquecedoras do ponto de vista da aquisição de competências na abordagem à PSC.

Nas admissões feitas à SE foram usados todos os recursos necessários para a sua estabilização, no controlo e implementação de intervenções capazes de oferecer resposta à falência orgânica que os doentes apresentavam na admissão, seguindo sempre a abordagem ABCDE. Foi desenvolvido um plano de cuidados individualizado e integrador, sustentado numa visão holística e realizada uma avaliação inicial através da recolha de dados junto da mesma e da sua família, enquanto fontes primárias.

Estas experiências permitiram a prestação de cuidados de vários tipos de situações urgentes/emergentes, enquanto EEMC, transpondo-as para a prática clínica através da execução dos protocolos do serviço vigentes, principalmente nas situações de: tentativas de suicídio, como intoxicações voluntárias medicamentosas; síndromes de bradi-taquidisrritmias; alterações do estado de consciência de etiologias várias; choque

hemorrágico; dispneia em doente com edema agudo do pulmão; emergências hipertensivas; pneumotórax hipertensivo com enfisema subcutâneo com grande de risco de comprometimento da via aérea; situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), entre outras.

Consegui experienciar várias situações decorrentes de ativações das Vias Verdes (VV) AVC (Acidente Vascular Cerebral) (VVAVC), VV Coronária (VVC), VV Sépsis (VVS) e VV Trauma (VVT).

Neste âmbito temos a convicção que a que mais foi ativada no nosso período em presença física na SE foi a VVAVC.

O AVC é uma doença debilitante, importante causa de morbimortalidade no adulto que, durante muito tempo, foi assumido como uma fatalidade sem qualquer tipo de tratamento, em que a abordagem da pessoa doente se limitava à prevenção das complicações decorrentes da imobilização prolongada e perda de funções específicas. Todos os anos, cerca de 22 milhões de pessoas no mundo sofrem um AVC, 4 milhões dos quais em países desenvolvidos e desses, cerca de um milhão afeta pessoas com mais de 80 anos. A trombólise intravenosa com ativador do plasminogénio tecidual recombinante (IV-rtPA), representa um avanço importante na terapêutica do AVC isquémico, pois apesar de ser o único tratamento farmacológico aprovado para a revascularização, apenas 2% - 3% dos doentes tem critérios para o receber (Eira *et al*, 2022).

Portanto, um doente com critérios de admissão em VVAVC, exige uma corrida contra o tempo no sentido de se prevenirem sequelas, comorbilidades ou até mesmo as situações de risco de vida. Nesse sentido, nos doentes admitidos na SE cujos critérios se enquadravam na aplicação de protocolos de terapêutica complexa, foi possível preparar adequadamente a trombólise intravenosa com IV-rtPA várias vezes, sendo que uma das grandes preocupações tem a ver com o potencial de transformação hemorrágica, exigindo uma vigilância estreita após a sua administração.

Contudo, alguns destes doentes admitidos em SE, possuem critérios para tratamento endovascular do AVC isquémico através da trombectomia mecânica com *stent retrievers*, normalmente são os que apresentam oclusão das porções M2 e M3 das artérias cerebrais médias, das artérias cerebrais anteriores, das artérias vertebrais, da artéria basilar e das artérias cerebrais posteriores.

Uma vez que a ULSAM não tem condições de realizar este procedimento por inexistência deste recurso humano e técnico, nestas situações, é exigida uma transferência

emergente destes doentes para outro hospital que os possua, onde é tida em consideração a importância da redução do tempo do início dos sintomas até a reperfusão pois, quanto menor o tempo até à sua concretização, melhor o resultado clínico.

Uma das atividades propostas a desenvolver, consistia na aquisição de competências na abordagem ao doente crítico sinalizado como vítima de trauma major, admitido na SE como VVT.

As VV, em Portugal, foram implementadas com o objetivo de melhorar a acessibilidade ao tratamento mais adequado e eficaz, tendo sido definidas como uma estratégia organizada na abordagem, tratamento e encaminhamento, ao longo do extra, intra e inter-hospitalar, nas situações clínicas mais frequentes e/ou graves, como é o caso do trauma, pela sua relevância na saúde das pessoas e pela relação inversamente proporcional entre o tempo decorrido entre a lesão/lesões e eficácia do tratamento, com claras implicações ao nível do prognóstico (Portugal, 2020).

No decorrer do ENP foram admitidos alguns doentes na SE como VVT, contudo há uma ou outra situação em que a ativação da mesma aconteceu após a primeira abordagem fora da SE e, nesse sentido, houve uma situação que nos fez refletir acerca da importância da sua rápida ativação independentemente de ser feita antes ou após a triagem.

A triagem é um processo complexo, que exige conhecimentos e experiência e que demonstra a importância e relevância que o enfermeiro assume. Na triagem das vítimas de trauma, de modo a verificar se é enquadrável numa VVT, existe a combinação dos dados da avaliação inicial, associados ao mecanismo e tipo de lesão e as comorbilidades. Esta posição privilegiada permite a identificação precoce das situações urgentes, garantindo a atribuição da prioridade adequada, possibilitando a integração das VV, dos normativos e algoritmos clínicos, contribuindo desta forma para a melhoria da gestão dos recursos. Contudo, o papel fundamental que o enfermeiro desempenha não se restringe apenas à triagem, mas ao longo de todo o processo inerente à VVT.

Neste contexto, há situações complexas e uma situação clínica mais constrangedora adveio dada admissão de uma criança de 8 anos, que sofreu um acidente de viação, em PCR no local da ocorrência. Dá entrada com a equipa VMER, entubada e ventilada, sendo realizada toda a sua abordagem. Contudo, uma das limitações prende-se com a abordagem de PSC em idade pediátrica, pelo fato de transbordar a área mínima de conforto.

É importante destacar que, num sistema de trauma, o registo dos dados clínicos são uma ferramenta fundamental, pois permitem o desenvolvimento, a produção e a monitorização de indicadores de qualidade no cuidado à pessoa vítima de trauma. A sua análise permite delinear um conjunto de estratégias com vista à melhoria contínua e, consequentemente, melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Portugal, 2010).

Acrescentamos também as situações que implicaram medidas de suporte avançado, tais como proteção da via aérea e subsequente ventilação mecânica (VM) assistida, monitorização invasiva por cateter arterial, colocação de cateteres centrais, manipulação de fármacos complexos para suporte hemodinâmico, sedo-analgesia e curarização, entre outros.

Neste contexto, o nível de complexidade técnica e científica que envolve os cuidados prestados é de grande dimensão, exigindo uma resposta rápida às necessidades da PSC e atuando numa abordagem ajustada multiprofissional e multidisciplinarmente. Neste sentido, para esta abordagem, foi necessária a mobilização de recursos, de forma a questionar, investigar e esclarecer quais os cuidados específicos que a PSC necessita para manutenção dos seus órgãos vitais, através de procedimentos técnicos diferenciados e complexos, sendo exigido um estudo contínuo e uma visão crítico-reflexiva da prática para que sejam aplicados todos esses conhecimentos.

Transporte do doente crítico

A decisão de transportar o doente crítico é um ato médico, contudo é da responsabilidade do enfermeiro que o esteve a cuidar, prepará-lo adequadamente de forma célere e transmitir toda a informação necessária ao colega que o vai transportar. Existem riscos neste transporte e de modo a minimizar estes riscos, o doente deve ser, previamente estabilizado, onde devemos efetuar e antecipar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos vasculares, controlo de foco hemorrágico, etc.).

Antes deste transporte se efetivar, a pessoa doente e/ou o seu representante legal deverão ser informados do mesmo, sendo-lhes explicada a razão da necessidade do transporte, o nome do hospital e do serviço de destino. É, também, imputável a responsabilidade do transporte à equipa que o faz, no sentido de o entregar com as devidas informações no serviço de destino. Esta equipa leva consigo equipamentos, material de consumo clínico e os fármacos necessários para a abordagem e estabilização da PSC.

Por inerência das contingências específicas do ENP, não foi efetuado nenhum transporte inter-hospitalar, contudo, na prática diária, esta situação acontece com frequência e o facto de ter vivenciado a decisão e a preparação com a visão crítica da tutora e da equipa, permitiu uma apropriação de competências e particularidades para as quais estava menos desperta.

No que se refere ao transporte da PSC ao nível do Intra-Hospitalar, recomenda-se que o mesmo seja assegurado, respetivamente, por um enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 743/2019), sendo possível, algumas vezes, assistida pela tutora, fazer este acompanhamento do doente quer fosse para a UCI, quer à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

No decorrer do ENP, sendo a minha tutora diversas vezes RT, foi possível constatar que existe alguma dificuldade na decisão de escolha do enfermeiro para efetuar os transportes da PSC pois, por vezes, existem recursos humanos inadequados (em número ou diferenciação), para dispensarem um elemento com as capacidades/competências exigidas para o acompanhamento do doente transferido até ao hospital de destino, deixando um dos postos de trabalho sem enfermeiro, até à conclusão da transferência. Acreditamos que, apesar das reconhecidas dificuldades, o ideal num SU seria existirem equipas dedicadas para o transporte da PSC.

EEMI – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

Ainda no contexto do cuidado à PSC, foi possível colaborar com a equipa de EMI, que se encontra alocada a SE desde 2018, conforme supracitado, onde a sua ativação requer critérios pré-estabelecidos, conforme descrito no Despacho n.º 9639/2018.

Consegui interiorizar, nestas ativações da EEMI, que as situações de emergência, pela sua ainda maior complexidade, exigem atividades coordenadas, rápidas e sincronizadas onde o trabalho de equipa é de extrema importância e a comunicação, a organização e liderança são fundamentais.

Pelo acima descrito e principalmente pela variedade e vastas experiências proporcionadas neste ENP, existiu a oportunidade de executar cuidados de alta complexidade, centralizados na pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, muitas vezes como resposta à identificação de focos de instabilidade hemodinâmica decorrentes de uma situação crítica e assumimos que este local de estágio permitiu a

aquisição de diversas aprendizagens através de atividades que realizámos e em que colaboramos, alicerçando assim as competências do EMMC.

A gestão diferenciada da dor

A *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP) (2018) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais. Esta definição deixa explícita a ideia de que a dor tem uma natureza subjetiva, sugerindo que apenas existe quando reportada pela própria pessoa.

Em Portugal mais de 30% dos adultos apresenta dor crónica e a dor aguda assume-se como o principal motivo de admissão hospitalar, o que representa, anualmente, 5 milhões de euros, 2,7% do Produto Interno Bruto. Perante esta realidade, compete-nos, enquanto enfermeiros, a responsabilidade de conhecer o fenómeno dor em toda a sua amplitude, desde as manifestações clínicas, apresentação, subjetividade inerentes, processo de gestão e respetivo tratamento. Neste sentido, os enfermeiros apresentam a responsabilidade profissional e ética de promover um controlo de dor efetivo e seguro, o que implica, necessariamente, a sua avaliação e reavaliação sistemáticas. Assim, pelo carácter multidimensional e complexo do fenómeno, o seu aspeto social, físico, cultural, subjetivo e biológico deve ser tido em consideração (Portugal, 2013), sob o risco de, ao não se respeitar esta multidimensionalidade, desvalorizar-se a dor e o seu tratamento. A abordagem subvalorizada incorre, ou pode incorrer, noutro fenómeno, comumente encontrado nos SU, a oligoanalgesia, designada como a insuficiente administração de correta e eficaz analgesia em pessoas com dor aguda (Mota et al., 2020).

A gestão da dor é uma área de intervenção de enfermagem que permite aliviar o sofrimento do doente e proporcionar-lhe conforto e bem-estar (Kolcaba, 2003) e, por isso, é fundamental que os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular, tudo façam para que seja aliviada e, quando o foco do tratamento está na dor crónica, que compromete a integridade física e/ou emocional, gera prejuízos biopsicossociais, afeta diretamente a saúde humana e se torna a própria doença, todos os esforços devem ser efetuados com o objetivo de alcançar o melhor resultado, já que o alívio adequado é um direito humano e uma questão moral (Ortega, 2008).

Aqui, o enfermeiro especialista tem como competência fundamental a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, onde a avaliação da dor é de tal forma prioritária em contexto de urgência/emergência,

que se apresenta como um dos parâmetros em todos os fluxogramas do algoritmo do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, tornando-a determinante para o encaminhamento adequado do doente e resolução da sua situação clínica (Grupo Português de Triagem, 2010).

Neste sentido, a Direção Geral da Saúde, elaborou uma circular normativa que refere a dor como 5º Sinal Vital indicando que “o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” acrescentando que a “avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (Portugal, 2003, p.1).

Para uma melhor gestão da dor, após a uma avaliação adequada à condição do doente, deve ser efetuada uma abordagem multimodal e interprofissional requerendo de uma equipa multidisciplinar atenta e que se articulem no sentido de uma gestão efetiva, prevenindo o sofrimento desnecessário (Suzuki, 2017).

Logo, pode dizer-se que uma avaliação adequada da dor é a base para um tratamento eficaz da mesma. Contudo, será importante referir que na PSC existem diversos fatores/obstáculos que fazem da avaliação da dor um processo mais complexo, tais como a administração de sedativos, a utilização de ventilação mecânica e alteração do estado de consciência, com consequente impacto ao nível da comunicação com os indivíduos.

Contudo, no decorrer do ENP, utilizando diversas estratégias e ferramentas é possível percecionar a dor através da comunicação verbal e não verbal.

Sendo um dos assuntos que mereceu especial enfoque no decorrer do ENP, esforçamo-nos para sensibilizar e fazer uma atenta avaliação da dor, com uma adequada gestão da mesma, tendo sempre em conta quer as medidas farmacológicas, mas nunca esquecendo as medidas não farmacológicas no controlo e alívio da dor, sensibilizando toda a equipa multidisciplinar para a temática, como uma intervenção diferenciadora de enfermeiros especialistas.

O conforto da Pessoa em Situação Crítica

Perante as características do doente/convivente significativo, tanto na gestão da dor como na comunicação de más notícias exigiu-nos, inevitavelmente, uma reflexão crítica sobre a capacidade de lhes proporcionar o conforto necessário, nas várias dimensões, já que a PSC ao apresentar a sua integridade física e/ou emocional comprometida apresenta decorrentemente prejuízos biopsicossociais.

A evolução temporal do conceito de conforto e a viagem feita por várias teóricas, que se dedicaram ao estudo deste fenómeno, espelham o conforto como um conceito universal, contemporâneo, dinâmico e indissociável da condição humana nos domínios físico, social, cultural, psicológico e espiritual. O conforto acontece através de um cuidado considerado como confortador por meio de um processo que resulta da interação entre enfermeiro/doente, caracterizado pelo elevado grau de complexidade, resultante da singularidade da pessoa e da competência e características de quem promove o conforto.

Neste sentido, importa olhar a pessoa no centro do cuidado de enfermagem, determinar se existe desconforto, quais os fatores que o desencadeiam (antecedentes), que dimensões do conforto estão afetadas e que necessidades existem, para poderem supri-las, implementando intervenções e estratégias de avaliação, que permitam interpretar se o conforto pleno foi alcançado (consequentes).

A Teoria do Conforto de Kolcaba permite afirmar que as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, serão consideradas uma boa prática nos cuidados de enfermagem se essa intervenção se refletir como confortadora pela pessoa, convivente significativo ou comunidade, alvo dessa intervenção. Deste modo, esta teoria apresenta-se como uma referência que consolida a enfermagem enquanto ciência e disciplina, incentivando a interação, autonomia e valorização das necessidades da pessoa consoante a valorização e promoção do conforto, com vista à melhoria da qualidade de vida (Martins et. al, 2022).

Assim, o conforto é um fator de cuidado e elemento-chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente, sendo promovido pelas intervenções de enfermagem (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014; Martins *et.al*, 2022). Deste modo, Kolcaba (2003), considerou o conforto como um fenómeno de importância básica para a enfermagem contextualizado ora como um objetivo da enfermagem, ora como um estado relativo ao doente, destacando a importância de compreendê-lo na sua multidimensionalidade do processo de cuidar (Sousa, 2014). Como um resultado dinâmico, resulta de intervenções

que procuram as satisfações das necessidades básicas, contextualizando-se relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014).

Sendo então o conforto e o bem-estar essenciais para a prática clínica, enquanto enfermeiros, o modelo teórico indicado foi sem dúvida uma referência para a prestação de cuidados à PSC na globalidade das suas dimensões.

O processo de comunicação e a transmissão de más notícias

Cuidar da PSC é inevitavelmente falar em gestão da comunicação interpessoal, na relação terapêutica estabelecida com o doente/convivente significativo, para uma cooperação adequada na assistência das perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.

Enquanto competência fundamental na prestação de cuidados de saúde, relevando-se nos contextos de urgência, a comunicação interpessoal é a base da relação terapêutica. Se numa situação de doença não crítica é um processo delicado, num processo de doença inesperada e de falência orgânica, ainda é mais vulnerável e exigente. Neste contexto, a articulação da informação entre a equipa multidisciplinar deverá ser concertada para que não crie insegurança e incerteza no decurso do momento de crise.

Neste delicado processo de comunicação, não há formulas, mas sim a gestão das expectativas e a adaptação da técnica da comunicação à personalidade do interlocutor e ao seu estado emocional. Assim, é parte integrante das competências do EEMC-PSC demonstrar “(...) conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”, (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

No decorrer do ENP, existiram algumas situações com necessidade de ser parte integrante da equipa aquando da comunicação de más notícias. Estivemos presentes em situações em que houve um avanço inequívoco da doença e outras que se apresentaram desde o início como ameaçadoras da continuidade da vida e, a vivência desta comunicação, foi em alguns casos encarada como uma situação limite, sendo mesmo necessário saber lidar com o sofrimento emocional do doente/convivente significativo. Nestas situações recorreremos ao modelo de comunicação, denominado de Protocolo SPIKE’S. É uma mnemônica de seis passos que, de certo modo, confere maior segurança na comunicação da má notícia, encarada com quatro objetivos principais: saber o que o

doente/família está a perceber da situação clínica; fornecer as informações de acordo com o que o doente/família suporta ouvir; acolher qualquer reação que possa advir e ainda definir um plano de continuidade. Ou seja, visto que este momento é difícil e constrangedor para todos, com este protocolo é possível estruturar o momento com uma comunicação clara e aberta e num local com as condições adequadas para prestar essa informação. Este processo de comunicação tem de ser muito específico sob pena de adulterar a relação terapêutica, por isso, tivemos presente que não deve abarcar apenas o conteúdo, mas fundamentalmente se o mesmo foi devidamente percecionado.

Ressalva-se ainda outra situação para a qual estivemos despidos, concretamente, o apoio proporcionado a doentes e/ou familiares/pessoas significativas, enquanto esperavam outros conviventes em situações de morte ou de mudança significativa no status prévio.

Em suma, a comunicação de más notícias torna-se, por vezes uma das mais embaraçosas e suscetíveis áreas de abordagem do EEMC-PSC, é por isso essencial alicerçar-se em estratégias de comunicação adequadas, implicando uma postura de proximidade, de relação de ajuda e respeito, promotoras do processo de luto.

2.3. INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS

A diversidade de contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados associados à necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, fundamentais à sobrevivência da PSC e/ou em falência orgânica, tendo em consideração o risco aumentado de infeção, deve levar o EE a atuar de forma eficiente na prevenção e controlo da infeção assim como na visão da resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018).

Torna-se assaz importante referir-se que, as Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM), são problemas relacionados e de importância progressiva mundialmente. Todos os países e todas as instituições que prestem cuidados de saúde têm a obrigação de ser muito sensíveis a este galopante problema, no sentido de prevenir as implicações destas infeções e o seu impacto nas pessoas, nas unidades de saúde e na comunidade (Portugal, 2017).

As IACS potenciam a morbilidade e a mortalidade, estendem os internamentos e agravam os custos em saúde. Salientam a pressão geradora de RAM aumentado uso de antibióticos, dificultam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos, chegando mesmo a ser considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, um problema de Saúde Pública (Portugal, 2017).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi criado através do despacho n.º 2902/2013 e atualizado em 2017, pela aglomeração do PNCI com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, tendo estes programas objetivos e estratégias comuns para a redução das IACS e do consumo de antimicrobianos.

Assim, a missão do PPCIRA visa promover a diminuição das taxas de IACS, sobretudo por via da prevenção e criar condições para uma diminuição das RAM, especialmente através da promoção da utilização correta destes fármacos. Apresenta também a missão de promover ou incentivar, e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de IACS, do consumo e das RAM (Portugal, 2017).

Os enfermeiros, representam a maior potência de trabalho nos serviços de saúde, desempenhando um papel fundamental na prevenção e controlo das IACS, prestando cuidados à beira do leito e auxiliando na coordenação do trabalho da equipa multidisciplinar, porém Shang *et al.* (2019) indicam-nos que a falta de RH é geradora de excesso de carga de trabalho, o que compromete as práticas de prevenção de infeções e de vigilância.

O EEEMC-PSC, conhecedor dos princípios anteriormente indicados, no exercício profissional e juntamente com a equipa multidisciplinar, deve ser um elemento diferenciador na promoção e integração dessas orientações, pois possui conhecimentos e competências específicas na área da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos no cuidado à PSC.

Nesse sentido, deve ser capaz de diagnosticar as necessidades do serviço no que respeita a prevenção e controlo de infeção e de desenvolver estratégias proativas a implementar, considerando as diretivas emanadas pelas CCI assim como ter conhecimento do PNCI/RAM (Regulamento n.º 429/2018). As competências acrescidas na área da liderança, assim como dos conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar confere ao EEEMC a obrigação de ser uma referência/exemplo no que se refere ao cuidar da PSC onde executa procedimentos e circuitos requeridos neste âmbito da

prevenção e controlo da infeção, onde monitoriza regista e avalia as medidas de prevenção e controlo implementadas (Regulamento n.º. 429/2018).

A promoção de boas práticas no SU assim como a implementação dos feixes de intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos, são estratégias importantes para a redução de IACS na PSC. Na prevenção das IACS a formação contínua dos PS apresenta-se como uma ferramenta eficaz e, nesse sentido, o EEMC-PSC assume o dever de assegurar práticas seguras. O impacto que os feixes de intervenção podem apresentar depende da formação dos PS, da existência de auditorias diárias e periódicas aos profissionais, para a promoção da melhoria contínua das equipas (Portugal, 2017).

Assim, durante o ENP, a minha atuação foi no sentido de promover, a implementação dos feixes de intervenção para a prevenção da pneumonia associada à intubação, de infeção relacionada com o cateter venoso central, de prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical e de prevenção da infeção do local cirúrgico (recorrentes por cirurgia recente).

Trabalhar com a equipa multidisciplinar do SU no âmbito da sensibilização para o uso/administração de antibióticos e as resistências associadas ao seu consumo também foi nosso mote. Por último e não menos importante, colaboramos com a equipa local do serviço para esta área de intervenção, no sentido de concretizar ações de formação sobre prevenção de infeções no sentido de alertar e sensibilizar para os riscos, junto dos profissionais.

2.4. A CATÁSTROFE E AS SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

Catástrofe é segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, um o acidente grave ou a série de acidentes graves capazes de provocarem elevados prejuízos materiais e, provavelmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Lei n.º. 27/2006).

Quando se fala em catástrofe refere-se a afluxo avultado de vitimas, destruição de ordem material e desproporcionalidade vincada entre recursos humanos e materiais de socorro, assim como das vítimas a socorrer (Bandeira, 2008).

No domínio de intervenção da dinamização da resposta em exceção e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018) não foram propriamente definidos objetivos para o ENP, contudo, foi abordado/discutido o plano de emergência e catástrofe vigente na ULSAM,

no sentido de o relembrar/interiorizar e como é colocado em prática no caso de ser ativado.

A ativação de um plano de emergência, exige uma resposta imediata, organizada, adequada no sentido de agilizar todos os recursos envolvidos, para melhorar a assistência hospitalar, uma execução eficaz e eficiente no sentido de minimizar as morbilidades e mortalidade das vítimas. Os PS devem estar munidos, dentro do possível, de competências nesta área e serem elementos dinâmicos neste processo, ser conhecedores da sua missão, do seu papel e das ações a desenvolver em caso de ativação (Portugal, 2010).

Deste modo, perante um contexto caótico do ponto de vista de meios disponíveis e necessidades de cuidados, o EEMC deve ser um elemento privilegiado para atuar nestas situações, de forma que, perante os seus acrescidos conhecimentos, realize um trabalho exímio no que se refere a abordagem da catástrofe, no sentido de minimizar os seus efeitos através da gestão, prevenção e controlo de potenciais riscos, pois causam muitas vezes disrupções sociais, psicológicas e emocionais.

É de referir ainda que durante o decorrer do ENP o PEC se encontrava em reestruturação.

As emergências multi-vítimas são acontecimentos imprevisíveis, que acarretam uma procura súbita de cuidados de saúde de urgência e, para que se obtenha uma resposta adequada são necessários profissionais de saúde experientes e especializados na área (Godinho & Guerra, 2018).

Relativamente às situações de exceção e a gestão multi-vítimas, apesar não ter havido nenhuma situação a referir durante o decorrer do ENP, foi importante perceber, enquanto EEMC- PSC, a importância da nossa capacidade de resposta enquanto PS no sentido de conhecer a atuação adequada, de forma a organizar a nossa capacidade de resposta nestas situações, a dos demais profissionais e instituição.

2.5. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Nos últimos anos a gestão hospitalar portuguesa sofreu reformas acima de tudo na transformação das unidades de saúde em entidades públicas empresariais, enquadrando-se o novo modelo de gestão designado por nova gestão pública, fundamentado na adesão de ferramentas de gestão privada aspirando a melhoria dos serviços prestados, aumento da eficiência e flexibilidade da gestão.

Cada instituição é valorizada pelas competências de gestão e as medidas de avaliação de desempenho são colocadas em prática, elucidando os objetivos e missão das mesmas, bem como a transparência custo/benefício, apontando a qualidade dos serviços prestados ao invés da quantidade (Ferreira *et al.*, 2012).

Deste modo, a prestação de cuidados de saúde, nos dias de hoje está sujeita à crítica permanente e à exigência, por parte dos doentes/familiares, no que se refere aos seus direitos. A resposta à gestão dessas expectativas, terá de ser inevitavelmente de qualidade, por parte das organizações, tornando-as mais competitivas e qualificadas (Dias, 2014).

As funções exercidas por enfermeiros destacados para a área de gestão, deverão coadjuvar na melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, de acordo com as seguintes competências descritas no Art.º 9 do Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), concretamente: (a) executar, coordenar, organizar, supervisionar e avaliar a formação dos enfermeiros; (b) estabelecer normas e critérios de atuação e avaliar o desempenho dos enfermeiros, avaliar e propor recursos humanos necessários à prestação dos cuidados de enfermagem, (c) criar protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados, (d) emitir parecer técnico sobre as instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem, (e) facilitar a aprendizagem dos formandos colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas (f) participar na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propor a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem; (g) participar e promover estudos necessários à reestruturação, atualização e valorização da enfermagem (OE, 2015^b).

Neste sentido, as organizações terão de ter gestores que consigam responder, de modo eficiente na prestação de serviços de qualidade, com excelente relação qualidade-

preço e, dessa forma, é responsabilidade do enfermeiro gestor a forma como é organizada a prestação de cuidados de qualidade.

O EEMC tem, conforme preconizado, uma competência específica na área da gestão e um papel fundamental na manutenção de elevados padrões de qualidade nos cuidados de saúde, ajustando e potencializando os recursos existentes, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados e, deste modo, propiciando ganhos em saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018) esperando-se do enfermeiro especialista um conjunto de competências de gestão nos cuidados de enfermagem, que melhorem a resposta da sua equipa e a articulação entre os elementos que a compõem tendo em conta a qualidade de cuidados, através duma liderança efetiva e gestão dos recursos conforme as situações e adaptadas ao contexto (Regulamento n.º 140/2019 p.4745).

Por tudo o que foi referido, o desenvolvimento desta competência, por parte do enfermeiro especialista/gestor, terá de ser realizado baseado num desígnio de liderança estratégica, identificando as competências, as funções e os respetivos papéis de cada elemento da equipa, recorrendo a um método de comunicação eficaz e eficiente de modo a promover um espírito de interajuda e prevenir/gerir conflitos que possam surgir entre os elementos que a compõe.

O enfermeiro responsável, habitualmente representado na figura do enfermeiro gestor, caracteriza-se pela responsabilidade nas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos doentes do serviço que gere ou, por delegação de funções, quando ausente, noutros enfermeiros, normalmente especialistas. É da sua responsabilidade gerir de forma eficiente, os recursos humanos, os recursos materiais e equipamentos, promovendo um espírito de equipa saudável, com interação diplomática e assertiva, promovendo uma prática clínica de excelência.

Sofrendo os SU's oscilações significativas quanto à afluência de doentes e à gravidade dos mesmos, é obrigatória a “adaptação” por parte dos profissionais na prestação de cuidados, sendo aqui que o enfermeiro gestor/responsável de equipa, através da sua capacidade de liderança e gestão, promove uma rápida ajuda entre os elementos disponíveis para resolver o desafio da constante instabilidade de cuidados no SU, no que toca à prestação continuada de cuidados de enfermagem.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Gestor na gestão diária dos RH, assim como a gestão de *stocks* de materiais. Sendo um serviço fisicamente composto por várias áreas de trabalho, carece de alguma atenção para que

estejam garantidas todas as condições necessárias, assente numa corresponsabilização entre todos os colaboradores e a gestão operacional.

No que se refere à distribuição dos enfermeiros, é realizada diariamente pelo enfermeiro chefe/gestor no turno da manhã, sendo nomeado em cada turno, o respetivo enfermeiro responsável e a área de trabalho atribuída a cada enfermeiro.

Uma das dificuldades vivenciadas, na distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho, prende-se com o facto existirem inúmeras variáveis e contingências que condicionam a sua distribuição. Como exemplos: os profissionais em horário de amamentação; o número de enfermeiros com curso de Triagem de Manchester (TM); os especialistas disponíveis; e a diferenciação dos enfermeiros para assumir os diferentes postos de trabalho, os fluxos de procura, entre outras.

No decorrer do ENP foi possível compreender quais são as dinâmicas do serviço, protocolos e normas vinculadas, ao nível da gestão, o que permitiu o desenvolvimento de competências importantes para uma boa coordenação do trabalho em equipa, de forma cooperativa e multidisciplinar. Assumimos que todas as oportunidades no âmbito deste domínio foram rentabilizadas de forma a alicerçar o percurso de aprendizagem.

Em suma, no domínio da gestão, enquanto enfermeira EEMC na prestação de cuidados à PSC, ao participar nas diversas atividades e no aproveitamento de todas as oportunidades decorrentes do objetivo, acreditamos que foi apreendido com sucesso, e compiladas as ferramentas necessárias para a prática clínica futura.

2.6. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A formação contínua traduz uma grande vantagem no exercício da profissão, no sentido que proporciona o desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e habilidades, assim como a atualização de conhecimentos pré-existentes.

Por isso, o EEMC deve apresentar uma prática baseada na evidência atual, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, liderando projetos de formação, de assessoria e de investigação que traduzam o potenciar e atualizar desses seus conhecimentos, desenvolvimento capacidades e competências dentro da sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018, p.19360).

Como indicamos anteriormente, atendendo às elevadas taxas de mortalidade e morbilidade que o trauma provoca, preconiza-se que os PS adotem os princípios de uma

abordagem organizada na avaliação inicial da pessoa vítima de trauma, ressaltando a importância que protocolos de gestão assumem na tomada de decisão e na abordagem sistematizada, com o propósito de melhorar estes resultados (Marsden & Tuma, 2021).

No decorrer no ENP, conjuntamente com a minha tutora, enfermeiro gestor e equipa multidisciplinar foi possível identificar uma carência com necessidade de resolução, tendo sido possível colaborar ativamente para a colmatar e prendia-se com a possibilidade de criar um Protocolo de Analgesia multimodal para as Vítimas de trauma.

A existência de um protocolo completamente obsoleto, face à terapêutica multimodal atual, assim como a ênfase nas medidas não farmacológicas, alavancou a necessidade de criar um Protocolo de analgesia multimodal para vítimas de trauma que viria a ser vertido numa Instrução de Trabalho e que seria espelhado num fluxograma (Apêndice I).

Após uma pesquisa bibliográfica baseada na evidência científica, foi reunida a equipa que se propôs construir este protocolo, munida da informação necessária para o seu desenvolvimento. Composta por uma equipa multidisciplinar: uma médica intensivista, um EEMC-PSC, eu, a desenvolver o ENP e ainda o apoio/colaboração de um anestesiológista, membro da Unidade da Dor Aguda, da ULSAM.

Foi reforçado o objetivo de que todos os médicos e enfermeiros do SU fossem conhecedores desta ferramenta de trabalho e que a pudessem usar adequadamente após prescrição, em aplicativo informático.

Acima de tudo, acreditávamos que as áreas de trabalho como a pequena-cirurgia, que recebe, em princípio, uma grande parte destes doentes, ficaria enriquecida com uma ferramenta muito útil para melhor prestação de cuidados na área de gestão de dor.

O controlo e gestão da dor na PSC requer vigilância e monitorização, sendo para tal necessário o recurso a escalas de monitorização da dor (Teixeira *et al.*, 2016). A monitorização da dor nas suas diversas vertentes é mandatária para o sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada. Assim, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser efetuada de modo contínua e regular, como acontece à semelhança dos outros quatro sinais vitais, no sentido de melhorar a terapêutica, oferecer segurança à equipa prestadora de cuidados e potenciar a qualidade de vida da pessoa (Portugal, 2003) e despoleta a aplicação do protocolo desenvolvido assegurando “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento nº.429/2018, p. 19363).

A gestão diferenciada da dor enfatiza a obrigatoriedade da sua avaliação, registos sistemáticos e valorização da sua importância (Mota et al., 2020) e, por tudo o que foi referido anteriormente e pela importância da avaliação e gestão da dor, nas vítimas de trauma, a criação deste Protocolo tornou-se crucial.

O protocolo apresenta como objetivos: controlar precocemente a dor em doentes vítimas de trauma; otimizar a colaboração do doente nas atitudes terapêuticas; promover a qualidade dos cuidados prestados à vítima de trauma e por fim uniformizar a abordagem e tratamento da dor nas vítimas de trauma no Serviço de Urgência, sendo ativado no momento da admissão ou durante a permanência do doente no serviço (Apêndice I).

No que se refere ao registo da avaliação da dor, ficou definido que a classificação da mesma exige ser escrita, obrigatoriamente, em local apropriado, que no caso específico deste SU é no processo clínico do doente através do recurso ao aplicativo informático (SClínico), que permite a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos de forma a garantir a normalização da informação.

Quanto à escolha dos instrumentos de avaliação da dor, deve atender-se “ao tipo de dor”, a idade da pessoa, à sua situação clínica, às propriedades psicométricas, aos critérios de interpretação, à escala de quantificação comparável, à facilidade de aplicação, à experiência de utilização em outros locais (OE,2008; Mota *et al.*, 2020).

Existem inúmeras escalas de avaliação de dor, contudo neste protocolo ficaram descritas as mais aconselhadas, consoante a idade, como por exemplo: a Escala numérica (Numerical Rating Scale – NRS); a Escala Visual Analógica (EVA) e Escala Qualitativa (Verbal Rating Scale – VRS). O mesmo, como indicamos, comporta medidas não farmacológicas (caso sejam indicadas) e medidas farmacológicas (Apendice I), sendo que a efetividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde, e ainda, os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde e devem promover políticas organizacionais de controlo da dor (Mota *et al.*, 2020).

Após a conclusão do Protocolo, o mesmo foi apresentado para aprovação à Direção do Departamento de Medicina Crítica, composta pelo Enfermeiro gestor do SU, o Diretor do serviço de Urgência, o Diretor do Departamento de Medicina Crítica, entre outros elementos responsáveis pela aprovação desta documentação interna ao SU, a comissão local.

A apresentação deste protocolo vertido posteriormente em Instrução de Trabalho, mereceu alguma preparação no sentido de conseguir usar as estratégias adequadas com o

intuito de conseguir expor de forma eficaz e eficiente a importância desta ferramenta no âmbito da qualidade de cuidados prestados, quer no ponto de vista de satisfação do doente, no que se refere à gestão de dor. Acredito ter sido “uma ação de formação” importante do ENP, pois ali estavam reunidas as pessoas certas para refletir, ponderar e com as devidas alterações aceitar a implementação da gestão da Dor do ponto de vista multimodal nos doentes vítimas de trauma. A discussão foi muito intensa e interessante onde foi necessário fazer algumas alterações para ser totalmente aceite e prevista a sua implementação.

Após todos os procedimentos referidos anteriormente, o objetivo foi desenvolver ações de formação em serviço, abrangendo todos os profissionais de saúde, com intuito de apresentar esta ferramenta, instruir acerca da sua aplicabilidade e ainda colmatar todas as dúvidas existentes relativas ao seu cumprimento. A apresentação deste Protocolo e Instrução de Trabalho, através do respetivo fluxograma à equipa de enfermagem foi realizada numa reunião de serviço do SU, de modo a maximizar a sua divulgação.

Dado o tempo limitado do ENP, a sua implementação ficou projetada à *posteriori*, assumido o compromisso de ser colocado em prática, a curto prazo.

A área da formação torna-se essencial na promoção e desenvolvimento de competências, inculcando no enfermeiro um sentimento de reflexão sobre as suas práticas capacitando-o para a gestão e resolução dos problemas do exercício clínico diário.

A formação orienta o profissional para uma reflexão e pensamento crítico relativamente à sua tomada de decisão, fortalecendo a sua capacidade a gestão e análise de situações complexas perspetivando uma resposta assente nos domínios da competência e responsabilidade (Benner, 2005), fomentando um maior reconhecimento social e científico, por parte dos doentes e conviventes significativos.

2.7. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do enfermeiro especialista, inclui duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e; a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Nunes, 2014).

A prática de enfermagem é orientada por um código deontológico próprio (OE, 2015^a), pelo Perfil de Competências Comuns (OE, 2019) e específicas do EEMC (OE, 2018) e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à PSC (OE, 2017).

O Código Deontológico dos Enfermeiros, (OE, 2015^a) é um pilar essencial para a prática de enfermagem, pois é aqui que se encontram os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem bem como das responsabilidades que a profissão assumiu.

No Perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) é feita a referência às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no sentido em que o enfermeiro desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assenta assim na tomada de decisão baseada nos valores éticos e princípios deontológicos, respeitando os direitos humanos e promovendo uma prática segura no que diz respeito a dignidade humana.

As intervenções de enfermagem devem ser realizadas, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros do artigo n.º 99 da lei no 156/2015 de 16 de setembro, “com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro” (OE, 2015^a).

Segundo o que está descrito no artigo n.º 100 da lei referida, o enfermeiro assume o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional; ser solidário com

a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência assim como assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional (OE, 2015^a).

Também o artigo, n.º 102, consagra-se, aos valores humanos definindo que o enfermeiro, no seu exercício, deve: cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso; salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida; salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar ativamente na sua reinserção social; abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida e ainda respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos (OE, 2015^a).

Deste modo, no contexto de urgência onde decorreu o ENP, procurou-se atuar sempre com respeito pela intimidade do doente, preservando-a, contudo devido à elevada afluência de utentes e às condições estruturais do próprio SU nem sempre foi fácil.

Na medida do possível, foram criadas estratégias, de modo a criar barreiras de proteção para realizar os cuidados de forma a preservar os princípios anteriormente elencados, nomeadamente, a intimidade, privacidade e confidencialidade dos doentes. São várias as barreiras que se poderíamos apontar neste sentido, face ao contexto, contudo através dos recursos existentes e da persistência foram minimizadas, nomeadamente adequando o tom de voz, usando cortinas, mobilizando os doentes para lugares onde fosse possível oferecer a maior privacidade/intimidade/confidencialidade possível.

Deste modo, poderemos referir que as intervenções foram realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana e do próprio enfermeiro.

Na prestação de cuidados especializados, em que é necessário um domínio aprofundado de saberes, com uma grande capacidade de lidar com imprevisto, observação, análise, estabelecimento de prioridades e de ação, foi importante uma reflexão sobre a tomada de decisão no SU.

Em suma, por tudo o que foi referido acreditamos que foi desenvolvida uma prática em concordância com a DPE, obedecendo aos direitos fundamentais dos doentes

no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, onde na medida do possível, procurou-se identificar práticas de cuidados que poderiam incidir numa quebra de segurança, privacidade ou a dignidade dos doentes.

**PARTE II- PERCURSO INVESTIGATIVO: GESTÃO DE DOR NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA - CONHECIMENTOS E ATITUDES
DOS ENFERMEIROS**

1. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. DOR: CONCEITO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

De um modo geral, a dor de acordo com a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor, citado por Mota *et al.*, é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com danos reais ou potenciais em tecidos” (2020, p.211). A dor é então um fenómeno biopsicossocial e deve-se considerar uma avaliação individualizada da mesma e uma abordagem do tratamento multimodal, de acordo com a duração, patogénese, localização e causa.

A Direção Geral de Saúde (DGS), elaborou uma circular normativa referenciando a dor como 5º Sinal Vital, indicando que o “controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” e que a “avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente”. (Portugal, 2003, p.1)

De igual modo, a supracitada circular refere que “a intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente” e que a “escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma” (Portugal, 2003, p.2) alterando, se necessário, em função da condição cognitiva.

A dor tem diversos impactos, como veremos mais adiante, sendo que, no entanto e de um modo geral, a dor tem um impacto altamente funcional no que se refere à gestão de atividades quotidianas como são as responsabilidades familiares e domésticas, atividades recreativas, atividades sociais, ocupação e emprego, comportamento sexual, cuidado pessoal, atividades de suporte de vida, sono e repouso, atenção, estados depressivos, ansiedade, nervosismo ou tensão, irritação ou irritabilidade, isolamento, solidão e abandono, incapacidade para aproveitar a vida, perda de emprego, por despedimento ou saída voluntária, mudança das responsabilidades laborais, mudança de emprego ou alteração da profissão, reforma antecipada ou baixa por doença prolongada, entre outros (Cohen, *et al.*, 2021).

Assim, mais recentemente verificaram-se progressos na identificação e compreensão dos complexos mecanismos subjacentes ao desenvolvimento da dor, tanto no que diz respeito a condições fisiológicas, como um mecanismo evolutivo de proteção e sobrevivência, como em condições patológicas, nas quais a dor não é apenas um sintoma.

Não obstante, e apesar de todos os avanços, a dor continua a constituir um desafio ao nível da prática clínica uma vez que não se verificam grandes avanços efetivos ao nível da terapêutica e gestão dos doentes e a abordagem ao doente é ainda comumente operacionalizada de forma padronizada, valorizando acima de tudo a intensidade da dor, sem ter em conta as diferenças existentes entre os tipos de dor, que influenciam e condicionam a terapêutica a utilizar. Com efeito, a dor não deve ser encarada apenas como um sintoma, mas como uma patologia com características próprias que para além dos mecanismos fisiológicos está dependente da experiência individual de cada um (Dinakar & Stillman, 2016).

Com efeito, urge a educação e sensibilização dos profissionais de saúde para o problema da dor, tendo em conta a sua elevada prevalência, para que não seja desvalorizada, devendo sim ser tratada atempadamente, por uma equipa especializada e multidisciplinar pelo que é fundamental, de igual modo, capacitar o profissional de saúde para o reconhecimento de que o conceito de dor é muito abrangente e de difícil gestão a curto e longo prazo pelo que é importante o desenvolvimento de novos fármacos eficazes, com menos efeitos adversos e principalmente modificadores da doença, com melhoria efetiva para o bem estar dos pacientes (IASP, 2016).

É ainda fundamental ter em consideração terapêuticas seguras e adaptadas ao indivíduo, reformulando o modelo atual de abordagem ao doente, de recolha da história clínica, exame objetivo e meios complementares de diagnóstico, uma vez que a maioria dos estados de dor são de etiologia multifatorial que estão presentes em diversas características de vários tipos de dor, pelo que o controlo efetivo da dor requer que sejam identificados os mecanismos subjacentes para que a terapêutica seja o mais direcionada possível (Poquet & Lin, 2016). Assim, e da mesma forma que foi desenvolvida uma escala terapêutica da dor, poderia ser importante desenvolver uma escala de diagnóstico nos mesmos moldes tendo em conta os diferentes tipos de dor, a identificação dos mecanismos subjacentes a cada um destes tipos e a posterior atuação com base nos alvos celulares e moleculares identificados (European Pain Federation, 2016).

Com efeito, a dor é essencial para a sobrevivência, uma vez que desencadeia um reflexo de fuga em relação ao fator desencadeante, sendo que, quando se perde o efeito protetor e de sobrevivência, não sendo considerado apenas um sintoma, a dor é considerada uma patologia, denomina-a de dor crónica - num período superior a três meses.

A dor é normalmente acompanhada de alterações com grande impacto na qualidade de vida dos doentes, de onde resultam insónias, distúrbios alimentares, alteração da função cognitiva, incapacidade de lidar com o stress e depressão, pelo que é importante ter em conta que a dor é modulada por diversos fatores nomeadamente os genes, o género, a interpretação cognitiva, o contexto emocional e motivacional de cada doente, bem como os contextos social, cultural e religioso (Ferdousi & Finn, 2018). No que concerne aos preditores mais consistentes associados à transição de dor normativa para a dor crónica, estes são normalmente fatores de natureza sociodemográficos - de onde se destacam o género feminino, a idade avançada e níveis socioeconómicos mais baixos e psicológicos, em que a doença mental se encontra associada a um aumento da prevalência de dor crónica, bem como más estratégias de coping.

No que se refere ao impacto da dor no humor e na saúde mental, são diversos os estudos que apontam no sentido em que pacientes com dor são mais propensos a desenvolver distúrbios psicológicos do que aqueles sem dor, sendo esta, de igual modo, associada a taxas aumentadas de perturbação depressiva major, ideação suicida e tentativas de suicídio. A prevalência de distúrbios psicopatológicos varia de 33% a 46% entre indivíduos com condições de dor, enquanto a incidência de distúrbios psicológicos é muito menor em populações sem dor ou com duração mais curta da dor (Raja, *et al.*, 2020). No que concerne ao impacto nos processos cognitivos, função cerebral e sistemas neurais centrais, processos cognitivos como a memória e atenção, demonstraram estar prejudicados em dois terços dos pacientes com dor, sendo que essas perturbações cognitivas parecem ser devidas a interrupções nos traços de memória, que desempenham um papel nos processos inconscientes envolvidos nas tarefas diárias, bem como mudanças físicas que levam a funções cerebrais alteradas (Mota, *et al.*, 2020).

A remodelação do sistema nervoso tem sido assim demonstrada em vários estudos e em diferentes tipos de dor, sendo que, da mesma forma, a atividade cerebral alterada foi observada em pacientes com dor crónica, cujo grau se correlacionou com a duração da dor, pelo que os investigadores sugeriram que, à medida que a dor persiste, pode ocorrer

uma reorganização plástica, com potencial para se tornar irreversível (Fillingim, *et al.*, 2016).

De igual modo, maiores reduções na densidade da substância cinzenta também foram observadas em pacientes com dor com componente neuropático em comparação com aqueles sem componente neuropático, e o grau de alteração foi correlacionado com a intensidade da dor, duração da dor e dimensões sensoriais e afetivas negativas. A dor resultante de remodelação neuronal está assim associada ao desenvolvimento de sequelas mais graves, pelo que os pacientes que apresentam dor com um componente neuropático experimentam um aumento da intensidade da dor por um longo período e são mais propensos a sofrer de diferentes comorbidades, incluindo depressão, transtornos de pânico/ansiedade e distúrbios do sono (Suzuki, 2017).

Assim, segundo a APED (2023), entre os principais instrumentos unidimensionais de autoavaliação da intensidade da dor, em Portugal, encontram-se:

- 1) A Escala Visual Analógica que constitui uma escala de referência na avaliação da dor em que se aconselha o seu uso a partir dos seis anos e que avalia a dor aguda e persistente em que se definem as extremidades;
- 2) A Escala Numérica, que é normalmente aplicada como alternativa, pode ser apresentada de forma oral ou fisicamente e consiste numa escala numerada;
- 3) A Escalas de Faces, que utiliza ilustrações de fisionomias remetendo para os vários níveis da dor, sendo que a maior parte das crianças entre os quatro e os sete anos prefere o uso destas escalas.
- 4) por fim, a Escala descritiva que constitui a opção menos comumente utilizada para uso entre as escalas de autoavaliação e que pode ser usada a partir dos quatro anos.

Todavia, e de forma a promover estratégias de prevenção e terapêutica mais atuais e mais avançadas, é fundamental desenvolvimento do conhecimento dos mais importantes processos fisiopatológicos subjacentes ao processo de dor, sendo que a correta identificação destes mecanismos permitirá o desenvolvimento de novos e mais eficazes alvos terapêuticos (Dowell, *et al.*, 2016).

A complexidade da dor e as consequências associadas podem assim resultar num aumento da carga económica, uma vez que a dor é associada a um aumento dos custos com a saúde, bem como pelos custos dissimulados, sendo que indivíduos com dor são

mais propensos a relatar incapacidade para o trabalho e perda de produtividade, com a maior parte do tempo produtivo perdido atribuível à redução do desempenho durante o trabalho. Dos custos associados à dor, aqueles relacionados aos gastos diretos com cuidados de saúde são pequenos em comparação com os custos indiretos de compensação por invalidez, perda de produtividade e perda de receita tributária, entre outros (Castro, *et al.*, 2019).

1.2. GESTÃO DE DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A dor constitui-se como o principal motivo de procura de cuidados de saúde no SU, sendo uma realidade com a qual os enfermeiros lidam diariamente neste contexto da prática de cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reforça a importância destes profissionais na promoção e intervenção no controlo da dor, dado serem profissionais com uma relação privilegiada com as pessoas pela proximidade e tempo de contato com as mesmas. Em particular, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica devem fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (OE, 2010).

O processo de monitorização regular da dor deve iniciar-se no momento da triagem, sendo essencial que seja dada continuidade ao longo do tempo de permanência no SU.

A avaliação da dor no SU engloba o exame físico; as características (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de comunicar a dor/expressões de dor; fatores de alívio e de agravamento; estratégias de *coping*; sintomas associados; descrição do recurso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas; conhecimento/entendimento acerca da doença; implicações da dor nas atividades de vida; e impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor (OE, 2020).

Nesta linha orientadora de pensamento importa refletir sobre o conceito de autogestão da dor no SU, que se trata, portanto, de um processo dinâmico, que envolve as capacidades das pessoas para lidar com os sintomas, o tratamento, as consequências físicas e psicossociais, e as mudanças inerentes à vivência da dor, no sentido de manter uma qualidade de vida satisfatória e dentro deste paradigma, a autogestão tem por objetivo apoiar as pessoas a manter um nível de bem-estar de acordo com as suas

perspetivas pessoais. Dessa forma, consegue-se aumentar a eficiência das operações e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde criando valor para os doentes e para a instituição. De facto, a única maneira de verdadeiramente controlar os gastos na saúde, é melhorar os resultados: num sistema baseado em valor, alcançar e manter uma boa saúde é menos custoso que lidar com uma má saúde (Batalha, *et.al.*, 2019).

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

Assim, finalizando, a dor como sensação subjetivamente desagradável (IASP, 2017), na sua avaliação, deve basear-se no relato do doente e não na impressão do enfermeiro sobre nível de desconforto (Albaqawi *et al.*, 2016; Hylton, 2019; Alsalma *et al.*, 2023).

1.2.1. Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre a gestão de dor

Os enfermeiros têm um papel vital no que respeita à identificação e compreensão dos complexos mecanismos subjacentes ao desenvolvimento da dor, tanto no que concerne a condições fisiológicas como condições patológicas, nas quais a dor não é apenas um sintoma, mas uma patologia com características próprias que para além dos mecanismos fisiológicos está dependente da experiência individual de cada um (Dinakar & Stillman, 2016).

Espera-se que os enfermeiros sejam então capazes de realizar uma autogestão da sintomatologia experienciada, de forma a manter a sua doença e tratamento, monitorizados e controlados, contribuindo para o sucesso terapêutico e prevenção de complicações (Portugal, 2023).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na avaliação e gestão de dor, contudo, historicamente, o tratamento inadequado da dor dos doentes tem sido atribuído frequentemente à falta de informação dos enfermeiros e às atitudes inadequadas por parte dos mesmos. O conhecimento é a base, a crença/atitude é o impulso e o comportamento é o objetivo, então, a quantidade de conhecimento determina principalmente a atitude adequada em relação ao tratamento da dor e serve como um guia para a prática de gestão

de dor para os enfermeiros (Makhlouf *et al.*, 2020; Utne *et al.*, 2019; Alsalman *et al.*, 2023).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (AIED), através de alguns estudos, delineou obstáculos clínicos importantes para o tratamento eficaz da dor, tais como falta de conhecimento (Treede *et al.*, 2019), fobia de opiáceos e depressão respiratória, falta de comunicação interdisciplinar eficaz (Glowacki & Wrangham, 2015), a renitência da equipa médica em prescrever opioides (Arthur *et al.*, 2019), o atraso no armazenamento de opioides (Guest & Love, 2017), a falta de avaliação e protocolos de dor e a carga de trabalho de enfermagem (Kahsay & Pitkajarvi, 2019).

Embora a gestão e controlo da dor em doentes hospitalizados seja uma questão primordial na prática de Enfermagem, Germossa *et al.* (2018) referem que o conhecimento dos enfermeiros e as suas atitudes face à dor constituem-se como as principais barreiras para a gestão de dor (Mota *et al.*, 2020) e, segundo Alsalman *et al.*, (2023), participar em programas de formação assim como a experiência adquirida em ambientes clínicos são componentes importantes, para o nível de conhecimentos e atitudes, sobre avaliação e tratamento de dor.

A formação contínua e o desenvolvimento profissional são referidos pelos enfermeiros, independentemente de serem recém-licenciados séniores ou peritos, como fatores essenciais para atingir e manter uma prestação de cuidados baseada na evidência e, conseqüentemente, de excelência (European Pain Federation, 2016).

Tendo em conta o referido anteriormente, é necessário empenho por parte das instituições em ultrapassar as dificuldades existentes e investir na criação e aplicação de um plano formativo para os seus profissionais. A providência de formação e preparação está positivamente relacionada com o grau de satisfação do enfermeiro com a sua carreira e condição profissional, tornando-se assim um meio de estimular a permanência desses profissionais na instituição e complementarmente promovem o desenvolvimento da equipa de enfermagem, pela aquisição, atualização e manutenção de competências, traduzindo-se numa equipa mais coesa e na prestação de cuidados de qualidade (Cunha & Mayrink, 2020).

Independentemente da estratégia utilizada, conferências, congressos, simulações, cursos, webinars, programas informáticos interativos, entre outros, os programas de formação devem ser elaborados numa visão conjunta por formadores e formandos, no sentido de ir ao encontro dos objetivos da organização, das necessidades específicas dos

diferentes serviços e dos próprios profissionais. Devem ainda estar assentes em práticas atuais baseadas na evidência, ser livres de influências (como conflitos de interesses ou viés), realizados em intervalos regulares, bem como conter componente teórica e prática, possibilitando o treino da aplicação das competências abordadas (Main, 2016).

Destarte, um conceito formativo cada vez mais usado e aconselhado é o treino e formação contínua interprofissional. Este implica a colaboração de diferentes profissões no planeamento e realização de programas de formação contínua, por forma a possibilitar uma aprendizagem conjunta que envolva os diferentes cuidados que cada profissão desempenha. Desta forma existe um evidente foco na melhoria da colaboração entre classes profissionais, no seu trabalho em equipa e consequentemente no outcome dos doentes (European Pain Federation, 2016). A formação profissional contínua, é então fundamental não só para a equipa de enfermagem, mas sobretudo para o doente, uma vez que contribui para o cuidado e segurança deste último, através de um processo dinâmico e contínuo, que se relaciona com a capacidade da pessoa para gerir os sintomas, o tratamento, as mudanças físicas e psicológicas associadas, com o objetivo de manter uma qualidade de vida satisfatória, que poderá ser fortemente influenciada pelo enfermeiro por si responsável (Rodrigues, *et al.*, 2021).

Conclui-se, assim, que os enfermeiros podem desenvolver um papel crucial na problemática da dor em especial, na criação e implementação de programas destinados à promoção da gestão na dor e correta monitorização dos sintomas adversos, o que constitui um processo tão ou mais importante do que a realização do tratamento, uma vez que a gestão ineficaz destes sintomas poderá colocar em causa o seguimento de todo o tratamento previsto, acarretando alterações no intervalo entre os ciclos, retificações nas dosagens dos fármacos utilizados e até condicionar a adesão do próprio doente ao tratamento (Poquet & Lin, 2016).

Deste modo, os enfermeiros podem fazer a diferença na vida destes doentes, estabelecendo uma relação de parceria e de ajuda em todo o processo de aquisição de conhecimentos e habilidades, que lhes permitam promover o seu autocuidado, a autogestão da sua doença, do seu tratamento e da sintomatologia associada (Raja, *et al.*, 2020).

Assim, tendo em conta que a produção de conhecimento advém da observação e o questionamento sobre algum aspeto da realidade e, por isso, toda a investigação pode definir-se como uma tentativa de conhecer algo, ou saber algo e de averiguar alguma coisa

(Vilelas, 2020), realizamos o seguinte estudo com o intuito de avaliar as atitudes e conhecimentos dos enfermeiros do SU, num hospital do Norte do país, relativos a gestão de dor na sua prática clínica onde, seguidamente, toda a abordagem se encontra descrita.

2. METODOLOGIA

Segundo Vilelas (2020), a metodologia define-se como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, ou seja, corresponde a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção desse conhecimento.

De seguida apresentamos: a problemática do nosso estudo, a questão de investigação e o objetivo do mesmo, o desenho de investigação, descrevemos a população e a amostra, o instrumento de medida utilizado, a análise dos dados e por último, as considerações éticas do nosso estudo.

2.1. PROBLEMÁTICA

Como temos vindo a afirmar, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática baseada na mais recente evidência, suportada pela investigação, para que possa orientar a sua prática da forma adequada, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados, aprimorando os resultados em saúde (Regulamento n.º 429/2018) e, concretamente, no foco de atenção/diagnóstico dor, no serviço de urgência.

No sentido de dar resposta a uma inquietação inicial sobre gestão da dor neste contexto assistencial, partimos de uma revisão exploratória da literatura para obter recomendações devidamente fundamentadas neste âmbito e, tendo sido encontrados alguns estudos nacionais e internacionais, que são concordantes e evidenciam lacunas nas atitudes e conhecimento dos enfermeiros sobre gestão de dor, consideramos pertinente enveredar pelo caminho de investigação que detalhadamente apresentamos, na tentativa de verificar o nível de conhecimentos e atitudes na gestão da dor, neste contexto específico de cuidados.

2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO DO ESTUDO

Para Vilelas (2020) uma vez selecionado o problema que mereça a atenção do investigador é imprescindível formular a seguinte pergunta: qual é o objetivo do estudo? Que conhecimentos queremos obter desta investigação? Ou seja, torna-se essencial determinar o objetivo básico da investigação.

O objetivo de estudo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e define-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender. Nesse sentido, o objetivo geral deve refletir a essência do planeamento do problema e a ideia expressa no título do projeto de investigação. O problema a resolver é criado pelo próprio autor e relaciona-se com o escolhido, onde criará um questionamento para definir a abrangência da sua pesquisa (Vilelas, 2020).

Assim, o presente estudo tem como objetivo:

Avaliar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros em relação aos cuidados à pessoa com dor, no serviço de urgência.

Que conforme supracitado, segundo Fortin (2009) pode verter na seguinte questão de investigação:

Quais os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros em relação aos cuidados à pessoa com dor, no serviço de urgência?

2.3. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2009, p.219), “(...) o desenho de investigação tem por objetivo fornecer uma estrutura operacional que permita obter respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses formuladas”.

Como os problemas de investigação assumem diversas formas, correspondendo a diferentes níveis de investigação, existem também diferentes métodos de conduzir o estudo. Um desenho de investigação adequado possibilita também reduzir ou mesmo eliminar fontes de erro que possam alterar ou pôr em risco a validade dos resultados obtidos, pelo que a sua definição torna-se para o investigador numa etapa fundamental para o decorrer do estudo.

Realizar uma investigação significa levar para a prática os postulados gerais do método científico, planificando uma série de atividades sucessivas e organizadas onde se encontram as fases a efetuar e as técnicas a utilizar para a recolha e análise de dados.

Atendendo às características do problema em estudo e aos objetivos definidos, optamos por um estudo de natureza quantitativa de carácter descritivo-correlacional.

As principais características da investigação quantitativa são: colhe os dados para comprovar teorias e modelos preconcebidos; caracteriza-se pela presença de medidas numéricas e análises estatísticas para testar construtos científicos; trata-se de um método sistemático e lida com informações objetivas; e, é associada a estudos positivistas confirmatórios (Vilelas, 2020).

Assim, os estudos quantitativos assumem que tudo pode ser quantificável, ou seja, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas (percentagem, média, mediana, moda, desvio padrão, *etc*).

No que se refere, aos estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população/fenómenos, servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão do problema (Vilelas, 2020).

A confrontação com os dados recolhidos, levou-nos a efetuar algumas correlações entre variáveis em grupo único, por forma a melhor compreender o problema em estudo.

2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os objetivos de um estudo assentam na generalização dos resultados para uma determinada população a partir da amostra, no estabelecimento de relação causa-efeito e na previsão dos fenómenos, por isso, a seleção da amostra deve ser representativa da totalidade da população, para que os resultados possam ser generalizados (Vilelas, 2020).

Assim, a população é um conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades, com uma ou mais características em comum e encontram-se num espaço ou território conhecido.

Uma amostra (n), neste sentido, é uma parte do todo, ou seja, da população (N) e que a representa (Vilela, 2020).

Assim, a população do nosso estudo é composta por 69 elementos e a amostra constituída por 59 enfermeiros, do SUMC adultos.

O critério de inclusão do nosso estudo foi: Enfermeiros do SU que se encontram no ativo e na prática de cuidados, no período de aplicação do questionário.

Foram excluídos todos os enfermeiros do serviço que se encontravam ausentes, seja por doença, parentalidade ou outro motivo assim como o Enfermeiro Gestor/Chefe do serviço, por não estar diretamente centrado na prática diária da prestação de cuidados.

A equipa de enfermagem teve conhecimento da existência/objetivos do estudo através de uma reunião de serviço.

2.5. INSTRUMENTO DE MEDIDA

A investigação descritiva visa descobrir conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno, numa dada população, ou categorizar a informação. A fim de se recolher dados junto dos participantes num estudo descritivo, recorre-se a um questionário, entrevista ou observação (Fortin, 2009).

Os questionários são instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos. O questionário é, portanto, um conjunto estruturado de questões expressas, destinado a explorar a opinião das pessoas a que se dirige (Vilelas, 2020).

Após uma pesquisa bibliográfica alargada, encontramos o instrumento *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP), descrita como ferramenta útil e das mais utilizadas mundialmente (Batalha *et al.*, 2019), para avaliar os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Neste sentido, recorremos à escala *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP-PT), na sua versão traduzida, adaptada culturalmente e validada para a realidade dos enfermeiros portugueses (Conhecimentos e Atitudes acerca da Dor - Versão Portuguesa - KASRP-PTr), por ser um instrumento que mede as atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde na gestão da dor, sendo útil para diagnosticar necessidades de formação e avaliar a proficiência de ações formativas. A versão aplicada no nosso estudo foi a versão reduzida do instrumento (KASRP-PTr), com apenas 29 itens porque, segundo Batalha *et al.* (2019), apresenta melhor fiabilidade.

O questionário usado no nosso estudo foi denominado de: Gestão de dor no Serviço de Urgência – Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros (Apêndice II) e apresenta como objetivo principal avaliar o conhecimento dos enfermeiros e as atitudes que apresentam na gestão da dor na sua prática clínica diária.

A utilização da escala KASRP-PTr contou com a devida autorização, dos seus autores, para a sua utilização (Apêndice III).

O questionário utilizado foi dividido em duas partes, a primeira é composta por sete questões relevantes para a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, e a segunda parte é composta por 29 questões de Verdadeiro/Falso e escolha múltipla.

A aplicação do questionário foi efetuada via online através da plataforma GoogleForms, com envio posterior de um link de acesso ao mesmo, e decorreu entre Março e Julho de 2023.

2.6. ANÁLISE DE DADOS

Finalizada a fase de recolha de dados é possível retirar as conclusões gerais destinadas a esclarecer o problema formulado no início do trabalho (Vilelas, 2020).

A sua análise tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, realçando o essencial (Fortin, 2009).

Para Vilelas (2020), a informação processada apresenta um valor inestimável, pois dela dependerá a resolução ou não da pergunta inicialmente formulada, onde analisar significa decompor um todo em partes constituintes. Desde modo, a análise de dados efetua-se com toda a informação numérica resultante da investigação e, a partir deles, se poderão extrair conclusões mais gerais.

A análise e tratamento estatístico foi realizado através do software informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 29.

Para a análise descritiva, recorreremos à distribuição de frequências para as variáveis nominais e, para as variáveis quantitativas, recorreremos às medidas de posição mínima e máxima, às medidas de tendência central média e mediana e ainda à medida de dispersão, desvio padrão.

Para a análise das variáveis associadas aos “conhecimentos e atitudes sobre dor”, recorreu-se à variável quantitativa.

Para a opção dos testes a utilizar, avaliou-se a normalidade de distribuição. Para tal, recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, sempre que a amostra fosse superior a 50 e ao teste de Shapiro-Wilk nas amostras inferiores.

Quando não se observou normalidade de distribuição, verificamos a existência de assimetria ou curtose severas, de acordo com o definido por Kline (Marôco, 2011).

Observando-se este pressuposto recorreu-se a testes paramétricos. Assim, para o “Tempo de serviço” (tempo total e tempo de serviço no SU) recorreremos à correlação de Pearson e, para a “Formação” (licenciatura vs pós-graduado/mestrado), recorreremos ao teste de “t”, para amostras independentes.

2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização de qualquer pesquisa implica, por parte do investigador, a consideração efetiva de todas as questões éticas.

A ética é a ciência da moral que regula a postura e o comportamento do ser humano, ou seja, é o conjunto de permissões e de interdições que tem um alargado valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (Vilelas, 2020).

Investigar é indiscutivelmente necessário, contudo, é preciso ter cuidado para não interferir no direito e na dignidade das pessoas, onde o investigador deverá ser honesto consigo próprio e com os outros, onde as questões éticas devem estar sempre presentes no seu espírito (Vilelas, 2020).

Assumir um compromisso intransigente com a investigação e, consequentemente, estar comprometido, para além de todos os progressos técnicos e humanos, com o conhecimento crítico significa respeitar o ethos científico (Duque & Calheiros, 2017).

O princípio legal de que, pelo menos em teoria, se garante os procedimentos de proteção dos direitos humanos básicos é nomeado de consentimento informado, ou seja, é um instrumento que assume que o sujeito selecionado deve ou não participar sem indução indevida, nem qualquer elemento de força, engano, coerção ou outras formas de sujeição ou coação. Deste modo, o princípio de participação em qualquer tipo de investigação deve assentar numa decisão informada, livre e esclarecida sobre a natureza, risco e implicações dessa participação (Vilelas, 2020).

No que se refere aos participantes deste estudo, tal como referido anteriormente, foi tida em consideração uma participação voluntária e esclarecida respeitando sempre o

anonimato e o compromisso da confidencialidade, no sentido de serem respeitados os direitos fundamentais exigidos para a investigação, nomeadamente: direito à autodeterminação; à intimidade; ao anonimato, à confidencialidade com consentimento informado. Foi também explícito que a desistência do estudo, seria possível em qualquer altura e sem qualquer implicação para os envolvidos.

No sentido de respeitar todos estes princípios, foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética da ULSAM e uma Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde de acordo com o definido e exigido pela Instituição (Anexo I), tendo sido deliberado positivamente.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Assim, após o tratamento dos dados, os mesmos serão apresentados de forma prática e racional para melhor entendimento do fenômeno do nosso estudo. Conforme a estatística descritiva iremos apresentar a informação contida nos dados colhidos, utilizando a sua apresentação através de tabelas-quadros (Vilelas, 2020).

Apresentamos de seguida os resultados decorrentes da aplicação do instrumento de recolha de dados sobre Gestão de dor no Serviço de Urgência – Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros, através da caracterização sociodemográfica e profissional e ainda das respostas ao *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP-PTr).

3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

A tabela 1 é referente à primeira parte do questionário aplicado, onde é apresentada a distribuição dos enfermeiros conforme as suas características sociodemográficas e profissionais.

Foi realizada análise estatística descritiva para sexo; grupo etário; habilitações académicas; tempo total de exercício profissional; tempo total de exercício profissional em SU; formação na área de gestão e dor e ainda formação na área de TM.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais conforme as características sociodemográficas e profissionais (n=59)

		ni	%
1. Sexo	Feminino	47	79,7%
	Masculino	12	20,3%
2. Grupo etário	26-35	19	32,0%
	36-45	25	42,4%
	46-55	11	18,6%
	>56	4	6,8%
3. Habilitações Académicas	Pós-Graduação/ Mestrado	23	39,0%

	Licenciatura	36	61,0%
4. Tempo total em exercício profissional em anos	5 anos ou menos	2	3,4%
	6-10 anos	10	16,9%
	11 anos ou mais	47	79,7%

Podemos visualizar na tabela acima, que a amostra é constituída por 59 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 26 e mais de 56 anos de idade, com a faixa etária mais representativa a situar-se entre os 36 e os 45 anos de idade (42,4%) e onde 74,6% apresenta idade inferior a 45 anos, correspondendo a 79,7% ao sexo feminino e 20,3% ao sexo masculino, o que acompanha o padrão de distribuição da população de enfermeiros, quanto a sexo e idade, a nível nacional (OE,2021).

Relativamente às habilitações académicas a maior parte ($n=36$) dos enfermeiros apresenta apenas a Licenciatura em Enfermagem (61%), enquanto cerca de 39% possui Pós-Graduação e/ou Mestrado ($n=23$).

Ao fazer uma análise separada das habilitações académicas, verificamos que os conhecimentos e as atitudes dos licenciados variam entre 31,0% e 82,8%, com média de 58%, desvio padrão de $\pm 13,3\%$ e mediana de 55,2%.

Enquanto, para os que possuem pós-graduação os conhecimentos e as atitudes variam entre 41,4% e 82,7%, com média de 62,1%, desvio padrão de $\pm 10,2\%$ e mediana de 62,1%.

Verificamos que os enfermeiros que possuem pós-graduação ($n=23$), apresentam melhores conhecimentos e atitudes na gestão da dor (62,1%) comparativamente com os que possuem apenas licenciatura ($n=36$), apresentam apenas 58%.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, varia entre 3 e 40 anos, com média de 17,2 anos, desvio padrão de 8,3 anos e mediana de 15 anos. Após agrupamento, a maioria trabalha há 11 anos ou mais anos (79,7%) e, 3,4% tem 5 anos ou menos de experiência profissional, tendo os restantes entre 6 e 10 anos de serviço.

No que se refere ao tempo de exercício profissional na Urgência, varia entre 1 e 40 anos, com média de 10,1 anos, desvio padrão de 9,4 anos e mediana de 7 anos.

Após aglomeração a maioria dos enfermeiros trabalha no SU há 11anos ou mais (35,6%), 32,2% entre 2 e 5 anos, 20,3% entre 6 e 10 anos, tendo os demais menos que 2 anos de trabalho no serviço de urgência.

No que diz respeito a terem efetuado recentemente formação na área de Triagem de Manchester, verificamos que uma grande parte dos enfermeiros (42,4%) fez formação há menos de 5 anos.

No que concerne a ter realizado recentemente formação na área da Gestão de dor, 93,2% da amostra refere que não o terá feito, o que na nossa ótica é significativo.

3.2. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO KASRP-PTR

Seguidamente estão descritas no quadro 2 as 29 questões de Verdadeiro/Falso e escolha múltipla do Questionário de Conhecimentos e Atitudes acerca da Dor Versão Portuguesa Reduzida (KASRP-PTr), onde, em cada item, encontra-se descrito a frequência (n) e a percentagem (%) relativamente à resposta correta a cada questão.

Os autores do KASRP original sugeriram, portanto, não distinguir entre itens que examinam o conhecimento ou a atitude, recomendando antes a utilização da pontuação global para descrever ambos os domínios (ou seja, conhecimento e atitude) (Ferrell & McCaffery, 2014).

Quadro 1 - Resultados do questionário KASRP – PTr

Descritivo da questão e resposta correta	Correto n (%)
1. Devido ao subdesenvolvimento do sistema nervoso, as crianças com menos de 2 anos têm sensibilidade à dor diminuída e memória limitada para experiências dolorosas. (Falso)	40 (67,8%)
2. Os doentes poderão dormir apesar de sentirem dor intensa. (Verdadeiro)	14 (23,7%)
3. Os doentes que se conseguem distrair da dor geralmente não têm dor intensa. (Falso)	35 (59,3%)
4. A aspirina e outros anti-inflamatórios não esteroides não são analgésicos eficazes em caso de dor associada a metástases ósseas. (Falso)	13 (22,0%)
5. A depressão respiratória raramente ocorre em doentes que se encontram medicados, há vários meses, com doses estáveis de opióides. (Verdadeiro)	45 (76,3%)

6. A combinação de analgésicos que atuam por diferentes mecanismos (por exemplo, combinar um AINE, anti-inflamatório não esteroide, com um opióide) pode resultar num melhor controlo da dor com menos efeitos adversos do que utilizarem um único analgésico. (Verdadeiro)	50 (86,2%)
7. Os opióides não deverão ser utilizados em doentes com história de abuso de substâncias. (Falso)	35 (60,3%)
8. Administrar água esterilizada a doentes através de uma injeção (placebo) é um teste útil para determinar se a dor é real. (Falso)	35 (60,3%)
9. A oxycodona 5 mg via oral é aproximadamente equivalente a 10 mg de morfina via oral. (Verdadeiro)	33 (55,9%)
10. Se a causa da dor é desconhecida, os opióides não devem ser administrados durante o período de avaliação da dor, já que podem interferir com a capacidade para diagnosticar corretamente a sua causa. (Falso)	39 (66,1%)
11. Os fármacos anticonvulsivantes, tais como a gabapentina, produzem um alívio ótimo da dor após uma dose única. (Falso)	46 (78,0%)
12. A adição a narcóticos/opioides é definida como uma doença neurobiológica crónica, caracterizada por um ou mais dos seguintes comportamentos: uso descontrolado do fármaco, uso compulsivo, uso continuado apesar dos danos e impulso para o consumo. (Verdadeiro)	52 (88,1%)
13. A avaliação da sedação é recomendada durante o tratamento da dor com opióides porque a sedação excessiva precede a depressão respiratória induzida por opióides. (Verdadeiro)	54 (91,5%)
Escolha múltipla	
14. A via de administração recomendada para os analgésicos opióides em doentes com dor persistente relacionada com cancro é a via: D) Oral	19 (32,2%)
15. Qual dos seguintes medicamentos analgésicos é considerado o fármaco de eleição para o tratamento da dor moderada a intensa de duração prolongada em doentes oncológicos? B) Morfina	45 (76,3%)
16. Uma dose de 30mg de morfina oral equivale, por via intravenosa, a aproximadamente: B) 10 mg de morfina	24 (40,7%)
17. Os analgésicos para a dor pós-operatória devem ser administrados inicialmente: A) Pelo relógio a horas fixas	49 (83,1%)
18. Durante 2 meses, foram administrados diariamente analgésicos opióides a um doente com dor oncológica persistente. Ontem, estavam a ser administrados ao doente	15 (25,4%)

200 mg/hora de morfina por via intravenosa. Hoje, a dose passou a 250 mg/hora. A probabilidade de o doente desenvolver depressão respiratória clinicamente significativa é: A) < a 1%	
19. A razão mais provável para um doente com dor solicitar doses mais elevadas de medicação analgésica é: A) Experimentar um aumento da intensidade da dor	47 (79,7%)
20. Qual dos seguintes fármacos é útil para o tratamento da dor oncológica? D) Todos os anteriores	29 (49,2%)
21. A pessoa que melhor avalia a intensidade da dor do doente é: C) O doente	54 (91,5%)
22. Qual das seguintes opções representa a melhor abordagem a aspetos culturais na prestação de cuidados a doentes com dor: C) Os doentes deverão ser avaliados individualmente para determinar as influências culturais	52 (88,1%)
23. Qual a probabilidade dos doentes que desenvolvem dor já terem um problema de abuso de álcool e/ou substâncias? B) 5-15%	15 (25,4%)
24. O tempo até ao efeito máximo da morfina administrada por via oral é: C) 1-2 horas	24 (40,7%)
25. Qual das seguintes afirmações sobre a depressão respiratória induzida por opióides está correta: B) A apneia obstrutiva do sono é um fator de risco importante	29 (49,2%)
ESTUDOS DE CASO Apresentam-se dois estudos de caso, nos quais será pedido que tome decisões sobre dor e medicação.	
Caso A: 26. O André tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto do André, ele sorri-lhe e continua a conversar e a brincar com o seu visitante. O André classifica a intensidade da sua dor como sendo 8. Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. (8)	34 (57,6%)
27. A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. Assinale a medida que irá tomar neste momento. 4. Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa.	16 (27,1%)
Caso B: 28. O Roberto tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto, ele está deitado e quieto na cama e apresenta esgar de dor quando se mexe. O Roberto classifica a intensidade da sua dor como sendo 8.	48 (81,4%)

Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. (8)	
29. A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O Roberto identificou 2/10. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu “alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS.” Assinale a medida que irá tomar neste momento. 4. Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa.	28 (47,5%)

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a análise dos dados apresentados no quadro 2, no que se refere ao cálculo do valor global das conhecimentos e atitudes, procedeu-se ao somatório das 29 questões, onde as respostas corretas foram pontuadas como “um” e as respostas incorretas foram pontuadas como “zero”.

No sentido de fornecer ao leitor uma interpretação significativa das pontuações, os dados foram analisados em termos de itens individualizados e do número de acertos para cada item.

A pontuação total é fornecida em percentagem de respostas corretas através da divisão do número total de respostas corretas pelo número total de itens do KASRP-PTTr ($x/29$).

As pontuações menores que 80% foram consideradas como “não aceitável” e as pontuações igual ou superior a 80% como “aceitáveis”.

As questões não respondidas foram consideradas incorretas.

Tabela 1 - Estatística descritiva das conhecimentos e atitudes sobre a gestão de dor (n=59)

Mínimo - Máximo	Média e Desvio Padrão	Mediana
31,03 – 82,76	59,56 $\pm$ 12,30	58,62

Os resultados sugerem que a pontuação média dos enfermeiros para o nível de conhecimento e as atitudes em relação a gestão da dor foi de 58,6%, o que é inferior ao ponto de corte adotado de 80% e, portanto, é considerado inadequado ou não aceitável (Ferrell & McCaffery, 2014).

Os valores de respostas corretas variam entre 31,0% e 82,8%, a média foi de 58,6, o desvio padrão foi de $\pm$ 12,3 e a mediana de 58,6%.

Apesar de Batalha et al. (2019) considerarem que o instrumento que avalia o conhecimento deve apresentar um índice de acerto de pelo menos 50%, para se considerar aceitável, consideramos que a opção indicada por Ung *et al.* (2016) mais adequada, ao considerar a pontuação de 80% de acerto como aceitável, dado o objeto de estudo.

Contudo, relevando estas considerações, no nosso estudo foi feita a análise dos resultados considerando os dois pontos de corte, o de 50% e o de 80% (tabela 2).

Tabela 2 - Percentagem de presença ou ausência de conhecimentos e atitudes adequados sobre Gestão de Dor num ponto de corte de 50% e 80%

Ponto de corte	Conhecimentos e Atitudes adequados	Falta de Conhecimentos e Atitudes
50%	81,4% (n=48)	18,6% (n=11)
80%	3,4% (n=2)	96,6% (n=57)

Neste sentido, conforme Batalha *et al* (2019) foram agrupadas aos conhecimentos/atitudes sobre gestão de dor num ponto de corte de 50%, isto é, foram considerados 2 grupos em que o grupo 1 tem menos de 50% de respostas certas e é considerado “não aceitável” e o grupo 2 tem igual ou mais de 50% de respostas certas e é considerado “aceitável”. Verificou-se que 81,4% da amostra (n=48) responderam de modo aceitável, contudo 18,6% apresenta menos de 50% de respostas certas.

Ao agruparmos aos conhecimentos/atitudes sobre gestão de dor num ponto de corte de 80%, em que o grupo 1 tem menos de 80% de respostas certas e é considerado “não aceitável” e o grupo 2 tem igual ou mais de 80% de respostas certas e é considerado “aceitável”, verificou-se que apenas 3,4% da amostra (n=2) responderam de modo aceitável, enquanto 96,6% apresenta menos de 80% de respostas certas.

Assim, no que se refere ao âmbito do estudo, nomeadamente aos conhecimentos/atitudes na gestão da dor e no contexto estudado, com base nestes valores, verificamos que são muito deficitários, uma vez que, a média e a mediana são aproximadamente 50%, e, neste sentido, então de acordo com os autores do KASRP (Ung *et al.*, 2016) que consideram aceitável acertos superiores a 80%.

Como indicamos, somente 3,4% dos enfermeiros revelam conhecimentos aceitáveis. No entanto tendo em consideração o que refere Batalha e colaboradores (Batalha *et al.*, 2019), na nossa ótica, mais permissiva, para que haja um índice de acertos aceitável deverá ser superior a 50% e, no nosso estudo, 81,4% dos enfermeiros referem conhecimentos aceitáveis.

Contudo, ao fazermos a análise das respostas de modo individual, não deixa de ser relevante que a resposta correta em cada pergunta tem percentagens muito dispares,

como exemplos, apenas 22% dos participantes responderam adequadamente à pergunta 4 enquanto 91,5% dos participantes responderam corretamente à questão 21, o que pode traduzir inconsistências nas suas atitudes e práticas relativas à gestão de dor, neste contexto específico e relevante.

Da comparação dos conhecimentos e atitudes nos “licenciados” e os que possuem “pós-graduação/mestrado”, não se observam diferenças estatisticamente significativas ($t=1,261$; gl 57; sig. 0,212), ainda que os enfermeiros com “pós-graduação/mestrado” apresentem médias ligeiramente superiores ($62,07 \pm 10,24$ vs $57,95 \pm 13,34$).

Tabela 3 - Teste de normalidade: Distribuição, graus de liberdade e significância relativos à formação (licenciatura vs pós-graduação/mestrado)

Shapiro-Wilk	Valor teste	gl	Sig.
Licenciatura	0,959	36	0,195
Pós-Graduação/Mestrado	0,954	23	0,357

Relativamente à associação entre o tempo de serviço no SU e o somatório das percentagens relativas aos “conhecimentos e atitudes” não se observam correlações estatisticamente significativas (Tempo de Serviço – sig = 0,497; Tempo de Serviço no SU sig = 0,268).

Tabela 4 - Teste de normalidade: Distribuição, graus de liberdade e significância relativos ao tempo de exercício profissional e ao tempo de serviço

Shapiro-Wilk	Valor teste	gl	Sig.
Tempo total de exercício profissional	0,934	59	0,003
Tempo total de exercício profissional no serviço	0,846	59	<0,001

Segundo Kahsay & Pitkajarvi (2019) num estudo realizado num SU, referem que os enfermeiros que tiveram formação prévia sobre dor obtiveram nível de conhecimento significativamente maior em comparação com aqueles sem formação, referindo que as principais barreiras apontadas para os baixos conhecimentos e atitudes de gestão de dor prendem-se com superlotação do SU, a falta de protocolos para a avaliação de dor, carga de trabalho de enfermagem e falta de ferramentas para avaliação da dor. Descrevem também, que os enfermeiros com maior nível de escolaridade e os enfermeiros com formação anterior de dor, obtiveram também níveis de conhecimento significativamente mais elevados, concluindo que os pobres conhecimentos sobre gestão de dor levam a uma necessidade de mais ações de formação para um nível maior de preparação para a avaliação e gestão de dor.

Uma vez que no presente estudo mais de 93% dos enfermeiros referem não ter tido qualquer formação nesta área, será necessário dar ênfase à correta gestão da dor através da formação contínua e do esclarecimento dos enfermeiros capacitando-os com mais conhecimentos e atitudes positivas em relação ao seu tratamento.

Estes resultados alinham-se com estudos anteriores que encontraram um défice no conhecimento e atitudes negativas dos enfermeiros em relação à avaliação e gestão da dor, sendo este conhecimento inadequado o resultado de educação/formação insuficiente sobre a gestão da dor (Nguyen *et al*, 2021).

Segundo Nguyen *et al* (2021), onde o KASRP foi aplicado num hospital geriátrico do Vietnam, os resultados sugeriram um conhecimento deficiente e uma lacuna de atitude na gestão da dor entre os enfermeiros onde, neste estudo, foi considerada a pontuação total do KASRP, sendo o nível de conhecimento e atitudes dos enfermeiros em relação à dor classificado como: Ruim ($\leq 50\%$ da pontuação total do KASRP), Regular (50–75% da pontuação total do KASRP) e Bom ($\geq 75\%$ da pontuação total do KASRP).

Os autores descrevem, para além disso, que: i) terem frequentado cursos formais sobre o tratamento da dor, ii) receberem informações sobre o tratamento da dor de outras fontes e iii) utilizar frequentemente ferramentas de avaliação da dor foram associados a pontuações mais elevadas.

Noutro estudo, realizado por Jamal *et al*, 2023 na Arábia Saudita, sobre conhecimento e atitudes de enfermeiros de cuidados intensivos em relação a gestão da dor, a pontuação para aprovação foi classificada em boa, média, razoável e ruim de acordo com os seguintes percentuais respetivamente (80%, 70%, 60%, 50%).

Outros autores, Al-Wassia (2016) que aplicaram o KASRP, também na Arabia Saudita, referem que os itens que tiveram respostas desejadas $\geq 80\%$ foram considerados satisfatórios e interpretados como indicando pequenas ou nenhuma lacuna de conhecimento substancial, enquanto aqueles que alcançaram taxas de resposta desejadas $< 50\%$ foram considerados insatisfatórios. Perante estes resultados, os mesmos autores referem que deve considerar-se o desenvolvimento de programas de formação destinados a educar os enfermeiros sobre questões relacionadas com a gestão da dor, avaliação da dor, dor oncológica irruptiva e adesão do doente.

Num outro estudo (Al-Sayaghi *et al.*, 2022), concluiu-se que a maioria dos participantes apresentavam um baixo nível de conhecimentos e atitudes. Os autores referem ainda que os enfermeiros que trabalham no serviço de ambulatório obtiveram pontuações mais elevadas do que os que trabalham no serviço de urgência e internamento, em que foram detetados conhecimentos deficientes e atitudes negativas em que os enfermeiros continuam a subestimar e subtratar a dor.

Também estes autores indicam que as formações contínuas em serviço devem dotar os enfermeiros dos conhecimentos e atitudes necessários para lhes permitir gerir eficazmente a dor.

Alsalmam, *et al.* (2023), com o mesmo instrumento, verificaram que a pontuação média para conhecimento e atitude em relação a gestão da dor foi de 52%, o que foi semelhante à pontuação relatada num estudo recente entre enfermeiros da Jordânia - 52% (Alnajar *et al.*, 2019), mas ainda superior a aquelas pontuações relatadas anteriormente na Arábia Saudita de 41,75% (Albaqawi *et al.*, 2016), 42,5% (Eid *et al.*, 2014), 46,2% (Samarkandi, 2018) e noutros lugares da Região, como nos Emirados Árabes Unidos 49,7% (Al-Atiyyat *et al.*, 2019).

Outros estudos, europeus, relataram pontuações mais elevadas de conhecimento e atitude em relação ao tratamento da dor, ou seja, uma pontuação de 75% entre enfermeiros Noruegueses, Utne *et al.* (2019). Ressalva-se que, com um ponto de corte de 50%, este autor assume conhecimentos insuficientes no que concerne a gestão de dor.

Também no Norte da China, foi aplicado a KASRP e a taxa média correta foi de 51,9% e nenhum dos entrevistados alcançou uma pontuação superior a 80%. Também aqui referem que os educadores e os administradores de enfermagem precisam de desenvolver alguns cursos de gestão de dor de uma forma direccionada. (Wu *et al.*, 2023).

Um outro estudo realizado no país vizinho, Espanha, levado a cabo por Tainta *et al.* (2020), realizado numa UCI, obtiveram uma pontuação média de 5,87 sobre 10 e concluíram que com esta média os enfermeiros possuem conhecimentos e atitudes insuficientes em relação à gestão de dor, e referem ainda que a uma formação pós-graduada melhora os conhecimentos e atitudes em relação à gestão de dor.

Relativamente à formação, segundo Nguyen *et al.* (2021), os enfermeiros que tiveram formação prévia sobre dor em universidades médicas apresentam percentagens de conhecimentos e atitudes significativamente maiores em comparação com aqueles sem formação.

Este estudo revelou também que a idade teve um impacto significativo no conhecimento e na atitude dos enfermeiros, uma vez que os enfermeiros mais velhos tinham significativamente menos conhecimentos e uma atitude mais negativa em relação ao controlo e gestão de dor (Ahmadi *et al.*, 2023).

A educação e a experiência profissional tiveram uma relação significativa com a atitude dos enfermeiros em relação à gestão e controlo da dor. Além disso houve associação significativa entre conhecimentos e atitudes dos enfermeiros com histórico de formação, (Ahmadi *et al.*, 2023) alinhado com outros estudos (Aliha *et al.*, 2018).

Visto que as lacunas na formação dos profissionais de saúde têm sido apontadas como a principal causa de sofrimento inaceitável à luz do conhecimento atual, o KASRP-PT versão reduzida foi útil para diagnosticar necessidades de formação e avaliar a capacidade de ações formativas (Batalha *et al.*, 2019), pelo que devem ser realizados estudos transversais antes e pós intervenção.

5. CONCLUSÕES

Esta investigação permitiu avaliar os comportamentos e atitudes dos enfermeiros nos cuidados à pessoa com dor no serviço de urgência, proporcionando deste modo uma informação sistemática e comparável com a de outras fontes, nomeadamente, estudos internacionais no mesmo âmbito.

Conforme indicado, do ponto de vista científico descrever é medir e, com aplicação da escala KASRP-PTr, o nosso estudo permitiu avaliar a realidade existente no serviço de urgência em estudo, com os conhecimentos e atitudes agrupados num todo e de modo percentual, num ponto de corte aos 50% e aos 80%, tendo sido comparados os resultados com os existentes a nível internacional.

Como indicamos, apesar de Batalha e colaboradores (2019) considerarem que o instrumento que avalia o conhecimento deve apresentar um índice de acerto de pelo menos 50%, para se considerar aceitável, consideramos que a opção indicada por Ung *et al.* (2016) é para nós adequada, ao considerar a pontuação de 80% de acerto como aceitável, dada a abrangência e o impacto na pessoa doente o objeto de estudo - Dor.

Verificou-se que apenas 3,4% da amostra responderam de modo aceitável, enquanto 96,6% apresenta menos de 80% de respostas certas.

Assim, no que se refere ao âmbito do estudo, nomeadamente às atitudes e conhecimentos na pessoa com dor, com base nestes valores, verificamos que são muito deficitários, uma vez que, a média e a mediana são aproximadamente 50%.

Perante os resultados obtidos acreditamos que as barreiras identificadas na gestão da dor, estão relacionadas com questões de conhecimento e perceções existentes, que se refletem em atitudes que dificultam o seu bom controlo (Batalha *et al.*, 2019).

Desde modo, atribuem-se aos enfermeiros limitações neste âmbito, de gestão de dor, que faz com que haja sofrimento desnecessário, por outro lado, enfermeiros que possuem uma base sólida de conhecimentos na dor e uma atitude adequada face ao controlo da mesma, oferecem melhores cuidados, por isso são requeridas competências específicas (Raposo *et al.*, 2016).

O achado do nosso estudo é assim consistente com estudos anteriores que encontraram deficit no conhecimento de enfermagem e atitudes menos positivas em relação a avaliação e gestão da pessoa com dor (Eid *et al.*, 2014), (Al-Wassia, 2016); (Albaqawi *et al.*, 2016), (Samarkandi, 2018), (Nguyen *et al.*, 2021); (Alsalmam, 2023),

(Alnajar *et al.*, 2019), (Al-Atiyyat *et al.*, 2019), entre outros), onde programas educativos e métodos interativos, podem estar associados a um maior nível de conhecimento e de atitudes, entre os enfermeiros, podendo ajudá-los no futuro a melhorar a qualidade dos serviços através de uma melhor avaliação e tratamento (Olimat *et al.*, 2021).

Os enfermeiros desempenham um papel importante na gestão e no acesso à dor dos doentes, porque permanecem a maior parte do tempo com os mesmos. A sua prática pode ser afetada pelo nível de conhecimento adquirido, pelo que melhorar o conhecimento/atitude dos enfermeiros em relação a gestão da dor é uma chave importante para melhorar a qualidade de vida do doente (Alsalmam, 2023). A falta de formação em serviço sobre gestão de dor, de forma continuada, foi apontada como a causa dos baixos conhecimentos e atitudes negativas, sendo este um achado consistente em todos os estudos revistos (Eid *et al.*, 2014), (Al-Wassia, 2016); (Albaqawi *et al.*, 2016), (Samarkandi, 2018), (Nguyen *et al.*, 2021); (Alsalmam, 2023), (Alnajar *et al.*, 2019), (Al-Atiyyat *et al.*, 2019), entre outros.

Com base nos resultados obtidos, a partir da aplicação do instrumento KASRP-PTr, permitiu-nos confirmar as necessidades de formação e, nesse sentido, pretende-se desenvolver ações de formação em serviço no âmbito de gestão de dor e ainda sensibilizar a instituição para o seu reconhecimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de dar resposta ao enunciado descritivo de satisfação do doente, um dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, a nossa intervenção deve ser “precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”. Deste modo, foi indispensável promover a gestão diferenciada e eficaz da dor sob a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não- farmacológicas – para alívio da dor.

Deste modo, em concordância com o preconizado no MEEMC foi selecionado o SU como contexto de saúde para realizar o ENP, distinguido como referência no tratamento e vigilância da PSC, com o objetivo específico de consolidar uma atuação na área da Gestão da dor.

Com o intuito de satisfazer as necessidades das pessoas e famílias a quem presta cuidados, a enfermagem tem estado em constante desenvolvimento ao longo dos últimos anos. Neste âmbito, e no sentido de dar respostas cada vez mais capacitadas, em contextos cada vez mais complexos e exigentes os enfermeiros devem investir na sua formação e na aquisição e desenvolvimento de novas capacidades e competências. Por isso, é fundamental a formação contínua, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com influência nas suas tomadas de decisão cada vez mais capacitadas permitindo assim o seu desenvolvimento. Se por um lado, a pratica reflexiva inclui a construção do saber a partir da experiência, por outro, a formação fomenta o desenvolvimento de competências e possibilita ao enfermeiro transformar-se num profissional capaz de refletir sobre os problemas com os quais se confronta na sua prática diária.

Numa análise retrospectiva dos objetivos propostos considero que os mesmos foram atingidos, possibilitando a aprendizagem e o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas do enfermeiro com prática avançada e mestre.

Com base no plano de estudos deste Curso de Mestrado, gostava de destacar as seguintes competências desenvolvidas: mobilização de consistentes padrões de conhecimento para a prática clínica; eleição de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; progressão na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC e

família; prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica; promoção de competências de autoaprendizagem; demonstração de um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem e consciência crítica na área de Gestão de Dor.

No domínio da investigação, no decorrer do ENP o investimento mais aprofundado foi essencialmente na temática da gestão de dor aguda no SU em dois pontos essenciais. A construção de um protocolo de analgesia para vítimas de trauma da qual verte numa instrução de trabalho sob a forma de fluxograma com a avaliação da dor em ligeira, moderada e severa e respetiva administração de terapêutica multimodal. Por outro lado, e visto que as lacunas na formação dos PS têm sido apontadas como a principal causa de sofrimento inaceitável à luz do conhecimento atual, foi então avaliar os conhecimentos e as atitudes de gestão de dor dos enfermeiros do SU na sua prática clínica, através da aplicação de uma escala denominada de KASRP-PT (versão reduzida com 29 itens).

A gestão eficaz de dor requer competências específicas, por isso os enfermeiros que possuem uma base sólida de conhecimentos em dor e uma atitude adequada face ao controlo da mesma oferecem melhores cuidados. Neste sentido, perante os resultados obtidos no nosso estudo, o objetivo foi o desenvolvimento de ações de sensibilização e formação com o intuito de alertar para o reconhecimento da existência de sofrimento inaceitável e o desenvolvimento de conhecimento e pensamento crítico fundamentais para a aquisição de competências específicas no domínio da gestão de dor.

Este árduo percurso de desenvolvimento de competências tornou-se possível, devido ao grau de resiliência pessoal inevitavelmente desenvolvido com o apoio daqueles que me são inteiramente próximos, desde os tutores aos colegas até aos amigos e familiares, e que apesar de alguns momentos de desânimo, venceu a imensa vontade de percorrer este merecido caminho até aqui. As múltiplas exigências enquanto pessoas de uma sociedade, não nos permite fazer uma pausa para estudar, por isso continuar a trabalhar, a estudar e a desenvolver algo no domínio da instigação exige muita disciplina e consistência, que nem sempre foi fácil de manter.

Como perspetivas futuras, enquanto EEMC e mestre no âmbito da PSC a trabalhar num SU pretendo assumir a responsabilidade profissional na prestação de cuidados à PSC, com todas as competências específicas que lhe estão inerentes e, em particular intervir ativamente na gestão da dor Aguda, com a implementação do protocolo de

analgesia multimodal para vítimas de trauma e ainda desenvolver ações sensibilização e formação sobre Gestão de Dor, com o desígnio de desenvolver conhecimento e pensamento crítico no domínio dos cuidados à pessoa com Dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, S.M., Varaei, S, & Jalalinia, F. (2020). Nurses'knowledge and attitude towards postoperative pain management in Ghana. *Pain research & management*, 2020 (1), 4893707. <https://doi.org/10.1155/2020/4893707>
- Admassie, B. M., Lema, G. F., Ferede, Y. A., & Tegegne, B. A. (2022). Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia, 2021. Multi-center cross sectional study. *Annals of medicine and surgery*, 81(1), 104338. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104338>
- Ahmadi, S., Vojdani, P., & MortezaBagi, H. R. (2023). The study of nurses' knowledge and attitudes regarding pain management and control in emergency departments. *BMC emergency medicine*, 23(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00793-y>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Al-Atiyyat, N., Salim, N. A., Tuffaha, M. G., Abu Nigim, H. A., Saleh, M. M., Alkhodary, M. E., & Brant, J. M. (2019). A Survey of the Knowledge and Attitudes of Oncology Nurses toward Pain in United Arab Emirates Oncology Settings. *Pain management nursing*, 20(3). <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.08.005>
- Albaqawi, H., Maude, P., & Shawhan-Akl, L. (2016) Saudi Arabian Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management: Survey Results Using the KASRP. *International Journal of Health Sciences & Research*, 6 (12), 150-164. https://ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.12_Dec2016/24.pdf
- Alnajjar, M. K., Darawad, M. W., Alshahwan, S. S., & Samarkandi, O. A. (2019). Knowledge and attitudes toward cancer pain management among nurses at oncology units. *Journal of cancer education*, 34(1). <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1285-5>
- Als Salman, A., Mansour, M., & Almobarak, F. (2023). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain management: Cross-sectional survey in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Nursing open*, 10(8), 5306–5313. <https://doi.org/10.1002/nop2.1768>

- Al-Sayaghi, K. M., Fadlalmola, H. A., Aljohani, W. A., Alenezi, A. M., Aljohani, D. T., Aljohani, T. A., Alsaleh, S. A., Aljohani, K. A., Aljohani, M. S., Alzahrani, N. S., Alamri, A. A., Alhousah, A. H., & Khan, M. F. (2022). Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare10030528>
- Al-Wassia, R.K. (2016) Knowledge and attitudes of nurses working at King Abdulaziz University Hospital toward cancer pain management. *Open Journal of Nursing*, 6(4). <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.64028>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II (9). https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2017). *O que é a Dor?* Porto
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2023). *Avaliação da pessoa com dor*. Porto
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de catástrofe: da exemplificação histórica à iatroética*. Editora da Universidade do Porto
- Batalha, L., Ferreira A., Ribeiro A., Raposo C., Dias D., Santos J., Correia I., Oliveira A., & Sousa T. (2019). Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa do instrumento “Knowledge and attitudes survey regarding pain” (Kasrp). *Revista Onco.News*, 38, p. 30-39. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/49>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora
- Benner, P. (2004). De principiante a perito. *Revista Servir*, 44 (3),p. 23- 27
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito* (2.^a ed.). Quarteto
- Borges, M. S., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A. comunicação da má notícia na visão dos profissionais. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 113–126. <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159>
- Capelas, L. M., Simões, S. A. W. F., Teves, C. F. T. M., Durão, S. A. P., Coelho, P. F., da Silva, S. C. F. S., Silva, A. E., & Afonso, T. F.(2018). Indicadores de qualidade prioritários para

- os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10 (2), 11–24.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>
- Castro, S., Cavalcanti, I., Barrucand, I.L., Barrucand, L., Pinto, C. I., Assad, A. R., & Verçosa, N. (2019). Implementação de atendimento ambulatorial para dor crônica: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69(3), p. 227-232.
<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.01.002>
- Cohen, S., Vase, L., & Hooten, W. (2021). *Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances*. *Lancet*, 397(10289), p. 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00393-7)
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE versão 2015: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta
- Cunha, L.L., & Mayrink, W. C. (2020). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12(2). <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200008>
- Decreto-Lei n.º412/1998- Procede à reestruturação da carreira de enfermagem, instituída pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. *Diário da República*. I Série, n.º 300 (1998/12/30). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/412-1998-286105>
- Despacho n.º 10319/2014 - Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.os 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. *Diário da República*, II Série, n.º 153 (2014/08/11).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº 5058-D/2016. Estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico. *Diário da República*, II Série, n.º. 72 (2016-04-13).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5058-d-2016-74146383>
- Despacho nº. 10319/2014. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de

qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.º os 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. *Diário da República*. II Série, n.º. 153 (2014-08-11). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º. 10438/2016. Altera o anexo do Despacho n.º 13427/2015 (define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência), publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 1032-A/2015, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 230, de 24 de novembro. *Diário da República*, II Série, n.º 159 (2016/08/19). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10438-2016-75166597>

Despacho n.º. 7710/2018. Publica a aprovação das alterações ao plano de estudos do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado na Escola Superior de Saúde deste instituto. *Diário da República*, II Série, n.º. 154 (2018/08/10). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7710-2018-116016502>

Despacho n.º. 9639/2018. Determina que os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) adotem o número 2222 na rede telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, até ao dia 31 de março de 2019. *Diário da República*, II Série, n.º.198 (2018/10/15). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>

Despacho Normativo n.º. 11/2002. Cria o serviço de urgência hospitalar. *Diário da República*, I Série, n.º55 (2002/03/06). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>

Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?*. Lusociência

Dias, L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Epe. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(1). <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73>

Dinakar, P., & Stillman, A. M. (2016). Pathogenesis of pain. *Seminars in pediatric neurology*, 23(3), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2016.10.003>

Dowell, D., Ragan, K. R., Jones, C. M., Baldwin, G. T., & Chou, R. (2022). CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. MMWR.

Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports, 71(3), 1–95. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>

Duque, E., & Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação. *Revista EDaPECI*, 17(2). <https://doi.org/10.29276/redapeci.2017.17.26780.103-118>

Eid, T., Manias, E., & Bucknall, T. (2014). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain in Saudi Arabia. *Pain Management Nursing*, 15(4). <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.014>

Eira, C., Mota, Ângela, Silvério, R., Miranda, M., Ribeiro, P., Gomes, A., & Monteiro, A. (2022). Trombólise intravenosa no acidente vascular cerebral isquémico agudo Depois dos 80 anos. *Medicina Interna*, 25(3). <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/189/3/2018>

El-Aqoul, A., Obaid, A., Jarrah, I., Al-Rawashdeh, K., & Al Hroub, A. (2020). Effectiveness of education program on nursing knowledge and attitude toward pain management. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 7(4), 382–388. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_17_20

Elliott, M., & Coventry, A. (2012). Critical care: the eight vital signs of patient monitoring. *British Journal of Nursing*, 21(10). <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.10.621>

Elsherif, M. M., Sahan, M. I., & Rotshtein, P. (2017). Correction: The perceptual saliency of fearful eyes and smiles: A signal detection study. *PloS one*, 12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179149>

European Pain Federation. (2016). *About pain*. EPF

Ferdousi, M., & Finn, D. (2018). Stress-induced modulation of pain: Role of the endogenous opioid system. *Progress in Brain Research*, 239. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2018.07.002>

Ferreira, C., Lisboa, C., Moreira, D., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2). <https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.55>

Ferreira, M. M., & Loureiro, L. (2012). EAST-Enf: Uma escala de avaliação da satisfação no trabalho para enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26, pp. 9-15

- Ferrell, B., & McCaffery, M. (2014). *Knowledge and attitudes survey regarding pain*. City of hope Pain & Palliative Care Resource Center. <https://www.cityofhope.org/sites/www/files/2022-05/knowledge-attitude-survey-regarding-pain.pdf>
- Fillingim, R., Loeser, J., Baron, R., & Edwards, R. (2016). Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms. *Journal Pain*, 17(9). <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.010>
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 19. <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. (4. ed.). Artmed.
- Germossa, G. N., Sjetne, I. S., & Hellesø, R. (2018). The Impact of an In-service Educational Program on Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in an Ethiopian University Hospital. *Frontiers in public health*, 6, 229. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00229>
- Glowacki, L., & Wrangham, R. (2015). Reply to Zefferman et al.: cultural institutions can provide adaptive benefits for costly cooperation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(20). <https://doi.org/10.1073/pnas.1505288112>
- Godinho, P. M. G. (2018). Catástrofe ou emergência multivítimas: desenvolvimento de competência para uma intervenção especializada de enfermagem. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/27910>
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no serviço de urgência: manual do formando*. (2.^a ed.). GPT

- Grupo Trabalho Serviços Urgência (2019). *Relatório grupo trabalho: serviços de urgências*. GTSU. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgencias.pdf>
- Guest O., & Love B. (2017) What the success of brain imaging implies about the neural code. *eLife*, 6. <https://doi.org/10.7554/eLife.21397>
- Hernández Sampieri, R., Hernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2013). *Metodologia de pesquisa*. (5º. Ed.). Penso
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2019). *Regulamento de frequência e avaliação dos cursos de mestrados da ESS-IPVC*. IPVC. https://www.ipv.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2020/12/Regulamento-Freq-e-avaliacao_-_Mestrados_2018_2019.pdf
- International Association for the Study of Pain (2016). *IASP taxonomy*. IASP
- International Association for the Study of Pain (2018). *Pain education in low resource countries*. IASP. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-education-in-low-resource-countries/>
- International Association for the Study of Pain (2021). *IASP Terminology*. IASP. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Jamal, K., Alameri, R. A., Alqahtani, F. M., AlGarni, R. S., Alamri, N. A., Elshnawie, H. A., Badawi, S. E. A., & Hussien, A. M. (2023). Knowledge and attitudes of critical care nurses regarding pain management in Saudi Arabia. *Medical Archives*, 77(1). <https://doi.org/10.5455/medarh.2023.77.49-55>
- Kahsay, D. & Pitkääjärvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in resource-limited settings: cross- sectional study. *BMC Nursing*, 18(56). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>
- Kheshti, R., Namazi, S., Mehrabi, M., & Firouzabadi, D. (2016). Health care workers' knowledge, attitude, and practice about chronic pain management, Shiraz, Iran. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 6(4). <https://doi.org/10.5812/aapm.37270>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company

- Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, I Série, n.º 181 (2015/09/16). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 27/2006. Aprova a Lei de Bases de Proteção Civil. *Diário da República*, I Série, n.º 126 (2006/07/03). <https://dre.pt/application/file/537897>
- Lima, E. R. C. B., Sousa, P. P., & Marques, R. M. D. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV21118>
- Main C. J. (2016). Pain assessment in context: a state of the science review of the McGill pain questionnaire 40 years on. *Pain*, 157(7). <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000457>
- Makhlouf, S. M. , Pini, S. , Ahmed, S. , & Bennett, M. I. (2020). Managing pain in people with cancer—A systematic review of the attitudes and knowledge of professionals, patients, caregivers and public. *Journal of Cancer Education*, 35(2). 10.1007/s13187-019-01548-9
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com SPSS Statistics*. (5º Ed.). ReportNumber
- Marques, É. (2012). *Cuidar no serviço de urgência na presença de acompanhantes*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1424858>
- Marsden, N. J., & Tuma, F. (2021). Polytraumatized patient. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554426/>
- Martins, A.G., Sousa, P.P., & Marques, R.M.(2022). Conforto: contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem* 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Martins, J. C.A. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem - Revista Científica*, 12(2). <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. (3.º ed.). Lippincott Williams & Wilkins
- Mohammad Aliha J, Najafi Ghezeljeh T Haghani, Nasrollah Nejhad S.(2018). Knowledge of nurses regarding pain management in the patient referring to the emergency departments

- of the hospitals affiliated to Iran University of medical sciences. *Iran Journal of Nursing*, 31(115). <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.31.115.41>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*, 2(ed espec no5), 2. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- Nguyen, A. T., Dang, A. K., Nguyen, H. T. T., Nguyen, T. X., Nguyen, T. N., Nguyen, T. T. H., Pham, T., Nguyen, A. L., Nguyen, T. T. N., Nguyen Thi, H., Nguyen, T. H., Nguyen, S. H., Tran, B. X., Latkin, C., Ho, R. C. M., Ho, C. S. H., & Vu, H. T. T. (2021). Assessing knowledge and attitudes regarding pain management among nurses working in a geriatric hospital in Vietnam. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14, 799–807. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S285044>
- Nogueira, J. W.S., & Rodrigues, M. C.S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3). <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9215>
- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade ética e legal em enfermagem de saúde mental: Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- Olimat, Y., Albashtawy, M., Ayasrah, I., Qaddumi, J., Hamadneh, S., Salameh, A. B., & Alkhawaldeh, A. (2021). Knowledge and attitudes regarding pain management among ICU Nurse's. *Medico Legal Update*, 21(3). <https://doi.org/10.37506/mlu.v21i3.2995>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. (2.º ed.). OE.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015^a). *Código Deontológico: inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela lei n.º 156/2015 de setembro*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015^b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015^c). *Regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica*. OE

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2021). *Pronúncia do Conselho de Enfermagem n.º88/2021: responsabilização do enfermeiro pela realização de espólio*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21877/pron%C3%B3ncia-n%C2%BA-88_ce_esp%C3%B3lios-dos-utentes_anonimizada-2.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017). *Parecer n.º 09/2017: transporte da pessoa em situação crítica*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017). *Parecer n.º 10/2017: diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017). *Parecer conjunto n.º 01/2017: atribuição responsável de Turno*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018). *Parecer n.º 14/2018: alocação do enfermeiro especialista em enfermagem*

médico-cirúrgica na sala de Reanimação: posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-no-14_2018_rectificado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2010). *Circular Normativa nº 15/2010: criação das equipas de emergência médica interna*. Direção Geral de Saúde

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doentes críticos adultos: recomendações 2023*. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Ortega E.I.(2008). O tratamento da dor como um direito humano. In. O. Alves Neto, C.M.C, Castro, J.T.T Siqueira, M.J Teixeira. *Dor: princípios e prática*. (p.1438). Artmed

Ortiz A.(2007). Ética y manejo del dolor en instituciones de salud. *Rev Med Clín Las Condes*,18(3). <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-etica-manejo-del-dolor-instituciones-X0716864007321221> .

Pacheco, S. (2002). Cuidar a pessoa em estado terminal. *Lusociência*

Parker-Oliver, D. (2002). Redefining hope for the terminally ill. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 19(2), 115–12. <https://doi.org/10.1177/104990910201900210>

Peppin, J.F.(2009). The Marginalization of chronic pain patients on chronic opioid therapy. *Pain Physician*, 12 (3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19461818/>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência

Pinheiro, J. (2009). Privacidade, segredo profissional e saúde nas instituições. *Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética*, 48 (7), pp.63-79

- Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (5.º ed.). Artmed
- Poquet, N., & Lin, C. (2016). The brief pain inventory. *Journal of Physiotherapy*, 62(1).
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.07.001>
- Portaria n.º 1147/2001 - Aprova o Regulamento do Transporte de Doentes. *Diário da República*. I-B Série, n.º 226 (28-09-2001).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2001/09/226b00/61706175.pdf>
- Portaria n.º 260/2014. Aprova o Regulamento do Transporte de Doentes. *Diário da República*. I Série, n.º 241 (2014-12-15).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/12/24100/0608406095.pdf>
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2010). Orientação n.º. 007/2010: elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde. Direção Geral de Saúde.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos*. Direção Geral de Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa n.º. 09/DGCG : a dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor*. DGS. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2023). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. DGS. https://aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (31/10/2013). *Norma n.º 029/2012: precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Portugal. Direção-Geral de Saúde. (2011). *Orientação n.º18/2011: mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. DGS
- Portugal. Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf

Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021: resultados provisórios*. INE. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

Portugal. Ministério da Saúde. (07/11/2022). Circular Normativa nº 021/2015: “Feixe de Intervenções” para a prevenção de pneumonia associada à intubação. Direção Geral de Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. (17/11/2022). Circular Normativa nº 020/2015: “Feixe de Intervenções” para a prevenção de infeção de local cirúrgico. Direção Geral de Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. (2018). *Circular Normativa nº 002/2018: Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Portugal. Ministério da Saúde. (2020). *Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas: 2020*. Ministério da saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026: documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos doentes*. Direção Geral de Saúde. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde. (29/08/2022). Circular Normativa nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” para a prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. Direção Geral de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. (29/08/2022). *Circular Normativa n.º 022/2015: “Feixe de Intervenções” para a prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central.* Direção Geral de Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Portugal. Serviço Nacional de Saúde (2022). *Despacho Normativo n.º 11/2022: termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como pouco urgentes/ não urgentes/encaminhamento inadequado para o serviço de urgência.* Administração Central do Sistema de Saúde. https://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2022/08/Circular_Normativa_11_2022.pdf

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

Raposo, C., Oliveira, A., Santos, J., Ribeiro, A., Santos, C., Freitas, J., & Correia, I. (2015). Survey do workgroup dor da aeop: conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante a dor. *Onco.News*, (31). <https://onco.news/index.php/journal/article/view/104>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série, n.º. 26 (2019-02-6). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 656/2021. Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série, n.º 137(2021/07/16). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>

Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, II Série n.º 128 (2019/09/25). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento n.º 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, II Série, n.º. 21 (2018-01-30). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

- Regulamento n.º 964/2020. Transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. *Diário da República*. II Série, n.º 214, (2020/11/03). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/964-2020-147432245>
- Regulamento n.º. 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, II Série, n.º 135 (2018-07-16). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciencia & Saude Coletiva*, 18(7). <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000700018>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Rodrigues, A.C., Cunha, A. M.R., Forni, J.E.N., Dias, L.A.C., Condi, P.R., & Martins, M.R.I. (2021). Fatores que influenciam a qualidade de vida em dor neuropática, musculoesquelética e oncológica. *BrJP*, 4(1). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210011>
- Rua, M. (2009). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/8922/1/2010000418.pdf>
- Samarkandi O. A. (2018). Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 12(2). https://doi.org/10.4103/sja.SJA_587_17
- Schmidt, P. E., Meredith, P., Prytherch, D. R., Watson, D., Watson, V., Killen, R. M., Greengross, P., Mohammed, M. A., & Smith, G. B. (2015). Impact of introducing an electronic physiological surveillance system on hospital mortality. *BMJ Quality & Safety*, 24(1). <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003073>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. 15(23). <https://doi.org/10.12707/RIII1019>

- Sousa, P. S. (2014). O conforto da pessoa idosa. Universidade Católica Portuguesa Editora
- Suzuki, T. (2017). Does the combination use of two pain assessment tools have a synergistic effect?. *Journal of Intensive Care*, 5. <https://doi.org/10.1186%2Fs40560-016-0195-7>
- Táinta, M., Arteche, Y., Martín, I., Salas, V., & Goni, R. (2020). Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 43(2). <https://doi.org/10.23938/ASSN.0872>
- Teixeira, J.M. F., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (10). <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1). <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Ung, A., Salamonson, Y., Hu, W., & Gallego, G. (2016). Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: a review of the literature. *British Journal of Pain*, 10(1). <https://doi.org/10.1177/2049463715583142>.
- Utne, I., Småstuen, M. C., & Nyblin, U. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of cancer education*, 34(4), 677–684. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1355-3>
- Valadas, M. A. B. (2005). Reflexão sobre a prática do cuidar em enfermagem. *Sinais Vitais*, 59, pp.62-64
- Vale, M. (2009). *Ética da investigação*. Comissão de Ética para a Investigação Clínica. <http://www.ceic.pt/documents/20727/57508/Ética+da+Investigação/6b0bba31-029c-4d9a-b7ad-0e8a6dc2eebb%0A> <http://www.ihmt.unl.pt/docs/Etica-da-Investigacao.pdf>
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2020). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: a national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 29. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>

- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. (3.º edição revista e atualizada). Edições Silabo
- Vu, H.T.T., Nguyen, L.H., Nguyen, T.X., Nguyen, H.T.T., Nguyen, A.T., Pham, T., Tat Nguyen, C., Tran, B.X., Latkin, C.A., Ho, C.S.H., & Ho, R. C. M. (2019). Knowledge and attitude toward geriatric palliative care among health professionals in Vietnam. *International journal of environmental research and public health*, 16(15), 2656. <http://doi.org/10.3390/ijerph1615265>
- Wei, J., Fang, X., Qiao, J., Liu, H., Cui, H., Wei, Y., Ji, X., Xu, B., Han, Q., & Jing, X. (2022). Construction on teaching quality evaluation indicator system of multi-disciplinary team (MDT) clinical nursing practice in China: A Delphi study. *Nurse Education in Practice*, 64, 103452. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103452>
- Wu, L., Chen, X., Jia, S., Yan, L., Li, J., Zhang, L., Guo, Y., Lu, J., & Li, W. (2023). Evaluating the relationship between pain empathy, knowledge and attitudes among nurses in North China: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 22(411). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01577-2>

ANEXOS

Anexo I - Pedido de parecer à Comissão de Ética da ULSAM e com a Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

Exm^o. Senhor
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE

Assunto: Autorização para realização de estudo de investigação

Maria Odília Martins Marques, Enfermeira com cédula profissional nº 64166, a exercer funções no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da ULSAM, a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretende desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: Gestão da dor no Serviço de Urgência – Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros sob a orientação do Mestre em Enfermagem Samuel Sousa.

O objetivo principal será avaliar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros nos cuidados à pessoa com dor no Serviço de Urgência e os complementares serão: Identificar as intervenções realizadas durante a prestação dos cuidados de enfermagem; Analisar a gestão terapêutica da dor para intervir na maximização da segurança, na qualidade dos cuidados e na qualidade de vida da pessoa com dor; Formular estratégias de formação para o desenvolvimento de boas práticas neste contexto de intervenção profissional e Delinear um programa de formação na área da Gestão da Dor perante os resultados obtidos.

Neste sentido, solicita junto de Vossa Excelência que seja permitido efetuar a recolha de dados, através da aplicação de um questionário aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da ULSAM, EPE.

Anexo para além dos documentos constantes da lista de verificação (Mod. Q741.3/Set/2022), o questionário correspondente.

Pede deferimento,
Viana do Castelo, 20 de março de 2023

Maria Odília Martins Marques

APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma no Serviço de Urgência da ULSAM

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 1 de 1
Identificação do documento: Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma		
Âmbito: Serviço de Urgência		

OBJETIVO

Controlar precocemente a dor em doentes vítimas de trauma.

Otimizar a colaboração do doente nas atitudes terapêuticas.

Promover a qualidade dos cuidados prestados à vítima de trauma.

Uniformizar a abordagem e tratamento da dor nas vítimas de trauma no Serviço de Urgência.

DEFINIÇÕES

Dor - A dor define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial. Esta definição remete para natureza subjetiva da dor.

A dor pode ser crónica (duração > 3 meses) ou aguda normalmente causada por um evento recente, doença, cirurgia, inflamação ou lesão tecidual como é o trauma músculo esquelético.

RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade do enfermeiro da triagem de prioridades informar o enfermeiro da área recetora do doente acerca da necessidade da analgesia (entrega de etiqueta de identificação ao assistente operacional com a inscrição do valor da escala da dor). Deverá também questionar a presença de alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas, assim como, questionar a equipa do pré-hospitalar (se for o caso) acerca da terapêutica já instituída.

É da responsabilidade do enfermeiro responsável pelo doente a aplicação do presente protocolo.

O Grupo de Trauma e o Serviço de Anestesiologia têm um papel consultivo na elaboração e revisão/atualização deste protocolo.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORIA	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 2 de 1
Identificação do documento: Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma		
Âmbito: Serviço de Urgência		

É da responsabilidade do diretor e enfermeiro chefe do Serviço de Urgência a divulgação e implementação do protocolo.

DESCRIÇÃO

Avaliar a dor dos pacientes utilizando a escala adequada.

As últimas recomendações referem que a avaliação da dor aguda deve ser feita utilizando a mnemónica OPQRST:

- **Onset:** perceber se a dor iniciou de repente ou gradualmente, questionar o que estava a fazer quando a dor começou;
- **Provocation/ Palliation:** o que agrava ou melhora a dor;
- **Quality:** caracterização da dor pelo doente (pontada, ardor, a rasgar, contínua, intermitente,...);
- **Radiation/Region:** identificar se a dor é localizada ou irradia para alguma outra zona;
- **Severity:** quantificar a dor através de uma escala adequada ao doente e situação;
- **Time:** referência à duração da dor e variações das suas características;

A classificação da dor efetuada pelos doentes, deve ser registada em local apropriado (SClínico), atendendo a que por vezes os doentes não referem ou negam ter dor apesar desta existir, pois acham que a têm de tolerar.

Manter sempre uma boa comunicação com o doente.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 3 de 1
Identificação do documento: Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma		
Âmbito: Serviço de Urgência		

Utilização de escala adequada (Pain management in trauma: A review study 2016)

Idade	Escala aconselhável
< 4 anos	<i>Faces, Arms, Legs, Cry, Consolability (FALCC)</i>
4-12 anos	<i>Escala de faces (Faces Pain Scale - FPS)</i>
>12 anos	<i>Escala numérica (Numerical Rating Scale - NRS)</i> <i>Escala Visual Analógica (EVA)</i> <i>Escala qualitativa (Verbal Rating Scale - VRS)</i>

Esta avaliação cuidada vai permitir uma boa gestão das técnicas de controlo de dor, sejam não farmacológicas ou farmacológicas. Saber como gerir e controlar a dor nas vítimas de trauma é uma parte importante da abordagem sistematizada destes doentes.

A abordagem da dor na Vítima de Trauma no SU inclui:

- Avaliação da presença de patologias e terapêuticas prévias
 - medicação analgésica prévia
 - motivo de admissão
 - comorbilidades
 - alergias medicamentosas conhecidas
- Avaliação e registo da dor de acordo com escalas adequadas
- A avaliação deve ser realizada pela equipa médica e/ou de enfermagem pelo menos:
 - à admissão do doente
 - regularmente, com intervalo de tempo adequado à situação clínica
 - avaliação da dor em SOS
 - reavaliação após cada intervenção terapêutica (tendo em atenção o tempo de ação do fármaco utilizado)

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 4 de 1
Identificação do documento: Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma		
Âmbito: Serviço de Urgência		

Tratamento:

▣ Medidas não farmacológicas (se indicadas):

- Posição antiálgica
- Termoterapia (calor/crioterapia)
- Gestão de fatores externos / ambiente físico

▣ Medidas farmacológicas:

- Analgesia multimodal de acordo com o grau de dor – **ver fluxograma em anexo**

Intervenção farmacológica e não farmacológica

Dor	Atuação
Ligeira (NRS/EVA 1-3)	Analgésicos não opióides Compressas frias ou quentes
Moderada (NRS/EVA 4-6)	Analgésicos não opióides Opióides fracos Compressas frias ou quentes
Severa (NRS/EVA 7-10)	Analgésicos não opióides Opióides fortes Compressas frias ou quentes

Notas Importantes:

- As intervenções e procedimentos realizados devem ser registados no sistema informático SClínico.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 5 de 1
Identificação do documento: Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma		
Âmbito: Serviço de Urgência		

- Ter sempre em atenção eventuais reações adversas prévias e/ou alergias conhecidas antes da administração de qualquer fármaco.
- Registrar no SClinico eventuais reações adversas após administração de um fármaco.
- É fundamental a analgesia preventiva e multimodal.
- Ponderar associar um anti-emético (metoclopramida ou ondansetron) à administração de opióides.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA EM ANEXO

Escala FLACC

Escala de faces

Escala numérica

Escala Visual Analógica (EVA)

Escala qualitativa

Fluxograma de Analgesia nas Vítimas de Trauma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ACS (American College of Surgeons) trauma quality programs best practices. Guidelines for acute pain management in trauma patients. Novembro 2020.
- Guidelines for the management of acute pain in emergency situations. European Society of Emergency Medicine. Março 2020.
- Orientação nº014/2010 (14/12/2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direção-Geral da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Circular normativa nº09/DGCG (14/6/2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Direção-Geral da Saúde. Lisboa, Portugal.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 6 de 1
Identificação do documento: Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma		
Âmbito: Serviço de Urgência		

ANEXOS:

Anexo 1 – Escala FLACC

- Escala de FLAAC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

ESCALA DE FLAAC

Crianças com idade abaixo de 7 anos ou com déficit de verbalizar

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividades	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Movendo-se para frente e para trás, contorcendo-se	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos, queixa ocasional	Choro contínuo, gritos, soluço, queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraída	Difícil consolidar ou confortar

ESCALA NUMÉRICA

012345678910

Pontuação:

0: sem dor

1 - 3: Dor leve

4 - 6: Dor moderada

7 - 10: Dor forte

Anexo 2 – Escala de faces

- Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a sua dor de acordo com cada face desenhada, correspondendo a expressão de felicidade a ausência de dor e a expressão de tristeza a dor máxima. A escala possui seis faces e o registo será correspondente à face assinalada



Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 7 de 1
Identificação do documento: Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma		
Âmbito: Serviço de Urgência		

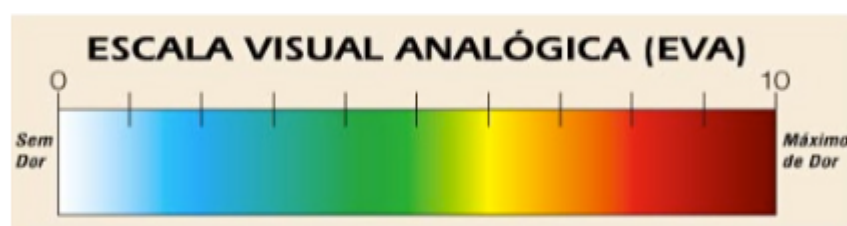
Anexo 3 – Escala numérica

- **Escala numérica**, consiste numa régua dividida em onze partes iguais numeradas em intervalos iguais de 0 a 10. O doente deverá assinalar a sua dor considerando o valor 0 como ausência de dor e o 10 como uma dor de intensidade máxima, insuportável.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Pouca		Razoável			Média			Excessiva	

Anexo 4 – Escala Visual Analógica (EVA)

- **Escala Visual Analógica (EVA)** consiste numa régua horizontal ou vertical, com 10 cm de comprimento, onde numa extremidade se encontra a classificação sem dor e na outra extremidade a classificação dor Máxima, o doente deverá assinalar onde se enquadra a sua dor, sendo posteriormente convertida num valor numérico para registo.



Anexo 5 – Escala qualitativa

- **Escala qualitativa**, o doente é convidado a classificar a sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor máxima

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

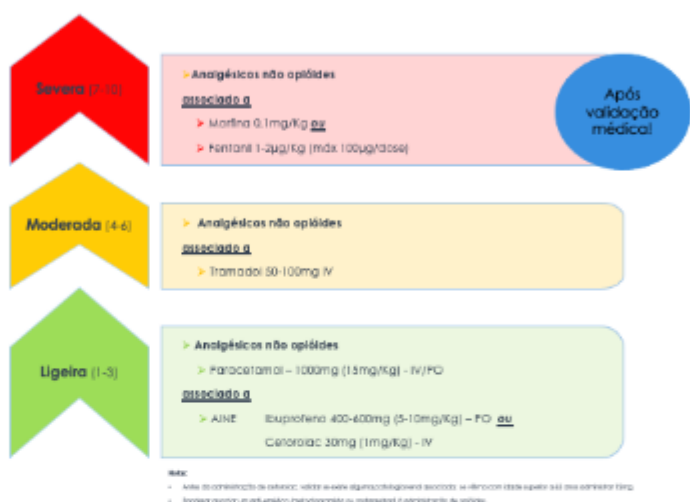
Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 8 de 1
Identificação do documento: Protocolo de Analgesia nas Vítimas de Trauma		
Âmbito: Serviço de Urgência		

Anexo 6 – Fluxograma de Analgesia nas Vítimas de Trauma

FLUXOGRAMA DE ANALGESIA NAS VÍTIMAS DE TRAUMA



Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

Apêndice II - Questionário sobre: “Gestão de dor no Serviço de Urgência –Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros”

Gestão de dor no Serviço de Urgência - Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros

O presente questionário insere-se no desenvolvimento da dissertação de mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo.

O **Objetivo Principal** do presente questionário é:

Avaliar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros nos cuidados à pessoa com dor no Serviço de Urgência.

Já os **Objetivos Complementares** incluem:

- Identificar as intervenções realizadas durante a prestação dos cuidados de enfermagem;
- Analisar a gestão terapêutica da dor para intervir na maximização da segurança na qualidade dos cuidados e na qualidade de vida da pessoa com dor;
- Formular estratégias de formação para o desenvolvimento de boas práticas neste contexto de intervenção profissional;

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração!

Ao selecionar "SIM" na caixa abaixo apresentada, declaro que tenho 18 anos ou mais, que tomei conhecimento dos objetivos do estudo e que compreendi os procedimentos associados à minha participação no mesmo. Declaro também que tive oportunidade de ler na íntegra o consentimento informado, que o considero o explícito e concordo com o seu conteúdo e aceito participar livremente neste estudo. Confirmo também que me foi garantido o direito de desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo para mim, e que todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, dando cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e na sua Lei de Execução Nacional.

Se responder "Não" a sua participação termina por aqui. Obrigada!

☐ Sim

☐ Não

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Gênero

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Não binário

Idade

- ☐ 18 - 25 anos
- ☐ 26 - 35 anos
- ☐ 36 a 45 anos
- ☐ 46 a 55 anos
- ☐ Mais de 56 anos

Habilitações acadêmicas

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Curso de Pós- Licenciatura/ Especialização
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

Tempo total de exercício profissional (anos)

A sua resposta

Tempo total de exercício profissional no serviço (anos)

A sua resposta

Fez recentemente formação na área de gestão de dor?

☐ Sim

☐ Não

Fez recentemente formação na área de Triagem de Manchester?

☐ Não fez formação

☐ Há menos de 5 anos

☐ Entre 10 e 15 anos

☐ Entre 15 e 20 anos

☐ Há mais de 20 anos

**QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO E ATITUDES ACERCA DA DORVERSÃO
PORTUGUESA – REDUZIDA (KASRP-PT)**

1. Devido ao subdesenvolvimento do sistema nervoso, as crianças com menos de 2 anos têm sensibilidade à dor diminuída e memória limitada para experiências dolorosas.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

2. Os doentes poderão dormir apesar de sentirem dor intensa.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

3. Os doentes que se conseguem distrair da dor geralmente não têm dor intensa.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

4. A aspirina e outros anti-inflamatórios não esteroides não são analgésicos eficazes em caso de dor associada a metástases ósseas.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

5. A depressão respiratória raramente ocorre em doentes que se encontram medicados, há vários meses, com doses estáveis de opióides.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

6. A combinação de analgésicos que atuam por diferentes mecanismos (por exemplo, combinar um aine, anti- inflamatório não esteroide, com um opióide) pode resultar num melhor controlo da dor com menos efeitos adversos do que utilizarem um único analgésico.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

7. Os opióides não deverão ser utilizados em doentes com história de abuso de substâncias.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

8. Administrar água esterilizada a doentes através de uma injeção (placebo) é um teste útil para determinar se a dor é real.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

9. A oxycodona 5 mg via oral é aproximadamente equivalente a 10 mg de morfina via oral.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

10. Se a causa da dor é desconhecida, os opióides não devem ser administrados durante o período de avaliação da dor, já que pode interferir com a capacidade para diagnosticar corretamente a sua causa.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

11. Os fármacos anti convulsivantes, tais como a gabapentina, produzem um alívio ótimo da dor após uma dose única.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

12. A adição a narcóticos/opióides é definida como uma doença neurobiológica crónica, caracterizada por um ou mais dos seguintes comportamentos: uso descontrolado do fármaco, uso compulsivo, uso continuado apesar dos danos e impulso para o consumo.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

13. A avaliação da sedação é recomendada durante o tratamento da dor com opióides porque a sedação excessiva precede a depressão respiratória induzida por opióides.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

14. A via de administração recomendada para os analgésicos opióides em doentes com dor persistente relacionada com cancro é a via:

- ☐ Intravenosa
- ☐ Intramuscular
- ☐ Subcutânea
- ☐ Oral
- ☐ Retal

15. Qual dos seguintes medicamentos analgésicos é considerado o fármaco de eleição para o tratamento da dor moderada a intensa de duração prolongada em doentes oncológicos?

- ☐ Codeína
- ☐ Morfina
- ☐ Petidina
- ☐ Tramadol

16. Uma dose de 30 mg de morfina oral equivale, por via intravenosa, a aproximadamente:

- ☐ 5mg de morfina
- ☐ 10mg de morfina
- ☐ 30mg de morfina
- ☐ 60mg de morfina

17. Os analgésicos para a dor pós-operatória devem ser administrados inicialmente:

- ☐ Pelo relógio a horas fixas
- ☐ Apenas quando o doente solicita medicação
- ☐ Apenas quando o enfermeiro considera que o doente sente desconforto moderado ou intenso

18. Durante 2 meses, foram administrados diariamente analgésicos opióides a um doente com dor oncológica persistente. Ontem, estavam a ser administrados ao doente 200 mg/hora de morfina por via intravenosa. Hoje, a dose passou a 250 mg/hora. A probabilidade do doente desenvolver depressão respiratória clinicamente significativa é:

- ☐ < a 1%
- ☐ 1-10%
- ☐ 11-20%
- ☐ 21-40%
- ☐ > 41%

19. A razão mais provável para um doente com dor solicitar doses mais elevadas de medicação analgésica é:

- ☐ Experienciar um aumento da intensidade da dor
- ☐ Apresentar um aumento de ansiedade ou depressão
- ☐ Solicitar mais atenção por parte da equipa de saúde
- ☐ Os pedidos estarem relacionados com a adição

20. Qual dos seguintes fármacos é útil para o tratamento da dor oncológica?

- ☐ Ibuprofeno
- ☐ Hidromorfona
- ☐ Gabapentina
- ☐ Todos os anteriores

21. A pessoa que melhor avalia a intensidade da dor do doente é:

- ☐ O médico assistente
- ☐ O enfermeiro responsável pelo doente
- ☐ O doente
- ☐ O farmacêutico
- ☐ Cônjuge ou a família do doente

22. Qual das seguintes opções representa a melhor abordagem a aspetos culturais na prestação de cuidados a doentes com dor:

- ☐ Já não existem influências culturais no nosso país devido à diversidade da população
- ☐ As influências culturais podem ser determinadas pela etnia (por exemplo, os asiáticos são estoicos, os italianos são expressivos, etc.)
- ☐ Os doentes deverão ser avaliados individualmente para determinar as influências culturais
- ☐ As influências culturais podem ser determinadas pelo estatuto socioeconómico (por exemplo, os operários relatam mais dor do que os trabalhadores administrativos)

23. Qual a probabilidade dos doentes que desenvolvem dor já terem um problema de abuso de álcool e/ou substâncias?

- ☐ <1 %
- ☐ 5-15%
- ☐ 25-50%
- ☐ 75-100%

24. O tempo até ao efeito máximo da morfina administrada por via oral é:

- ☐ 5 minutos
- ☐ 30 minutos
- ☐ 1 - 2 horas
- ☐ 3 horas

25. Qual das seguintes afirmações sobre a depressão respiratória induzida por opióides está correta:

- ☐ É mais comum várias noites após a cirurgia devido à acumulação de opióides
- ☐ A apneia obstrutiva do sono é um fator de risco importante
- ☐ Ocorre com maior frequência nos doentes que receberam doses mais elevadas de opióides antes da cirurgia
- ☐ Pode ser facilmente avaliada através de oximetria de pulso intermitente

ESTUDOS DE CASO

Apresentam-se dois estudos de caso, nos quais lhe será pedido que tome decisões sobre dor e medicação. Instruções: Por favor, selecione uma resposta para cada pergunta.

Caso A:

O André tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto do André, ele sorri-lhe e continua a conversar e a brincar com o seu visitante.

A sua avaliação revela as seguintes informações: TA (tensão arterial) = 120/80 mmHg; FC (frequência cardíaca) = 80 bpm; FR (frequência respiratória) = 18 ciclos por minuto (cpm); relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0 = sem dor, 10 = dor máxima), o André classifica a intensidade da sua dor como sendo 8.

Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. **Circunde o número que representa a sua avaliação da dor do André.**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sem dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Dor máxima

27.

A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa.

A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O

André identificou 2/10 como um nível aceitável para alívio da dor. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu "alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS." **Assinale a medida que irá tomar neste momento.**

- ☐ Não administrar morfina agora;
- ☐ Administrar 1 mg de morfina por via intravenosa agora;
- ☐ Administrar 2 mg de morfina por via intravenosa agora;
- ☐ Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora.

28.

Caso B:

O Roberto tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto, ele está deitado e quieto na cama e apresenta esgar de dor quando se mexe. A sua avaliação revela as seguintes informações: TA = 120/80 mmHg; FC = 80 bpm; FR= 18 cpm; relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0 = sem dor, 10 = dor máxima), o Roberto classifica a intensidade da sua dor como sendo um 8.

Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. **Circunde o número que representa a sua avaliação da dor do Roberto.**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sem dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Dor máxima

29.

A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O Roberto identificou 2/10 como um nível aceitável para alívio da dor. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu "alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS."

Assinale a medida que irá tomar neste momento.

- ☐ Não administrar morfina agora;
- ☐ Administrar 1 mg de morfina por via intravenosa agora;
- ☐ Administrar 2 mg de morfina por via intravenosa agora;
- ☐ Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora.

Apêndice III – Autorização para utilização do KASRP-PTr

5/25/24, 12:38 PM

Gmail - Fwd: Autorização para utilização do KASRP-PT reduzida para realização de estudo de investigação



Fwd: Autorização para utilização do KASRP-PT reduzida para realização de estudo de investigação

Maria Marques

Este seria também um apêndice

----- Mensagem encaminhada

From: Ana

Data: sex.

Assunto: RE: Autorização para utilização do KASRP-PT reduzida para realização de estudo de investigação

Para: Maria Marques <odiliamadinamarques@gmail.com>

Boa tarde Sra Enf Maria Marques,

Eu subscrevo tudo o que foi dito pelos restantes colegas e a autorização para a utilização do instrumento KASRP-PT reduzida para realização de estudo de investigação.

Melhores cumprimentos,

Ana Leonor Ribeiro, RN, MSc, PhD

Professora-Coordenadora da ESEP

Coordenadora do MEMC na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Coordenadora da UCP-GSS- Unidade Científico-Pedagógica: Gestão de Sinais e Sintomas

CINTESIS@RISE, Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal

De: Miguel Oliveira <amgo29@gmail.com>

Assunto: Re: Autorização para utilização do KASRP-PT reduzida para realização de estudo de investigação

Boa tarde Sra Enf Maria Marques,

Eu subscrevo tudo o que foi dito pelos restantes colegas e a autorização.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=ee7e9b94d5&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f:1800024037983789133&simpl=msg-f:1800024037983...> 1/2

5/25/24, 12:38 PM

Gmail - Fwd: Autorização para utilização do KASRP-PT reduzida para realização de estudo de investigação

Boa sorte com o seu projecto,

Miguel Oliveira

3M Healthcare

On Thu, [redacted] wrote:

Boa tarde

Faço minhas as palavras da Sr. Prof. Isabel Bico. Autorizo a utilização do instrumento com as devidas referências e autorização dos restantes elementos do grupo de trabalho. Afinal, não devemos trabalhar para depois colocarmos estas coisas nas gavetas. É um enorme prazer ver o nosso trabalho a ser uma mais valia para outros.

Boa sorte com o seu trabalho.

cumprimentos