



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Escola Superior de Saúde

GESTÃO DA DOR: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO EM AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

João Filipe Saramago Baptista

Março de 2021



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Dissertação

GESTÃO DA DOR: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO EM AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Regente - Prof.^a Doutora Salomé Ferreira

Realizado por - João Baptista n.º 21948

Março de 2021

RESUMO

O enfermeiro que exerce as suas funções no ambiente extra-hospitalar contacta com as mais diversas e imprevisíveis situações de doença súbita e de trauma. Estas ocorrências são habitualmente associadas à dor e desconforto, seja pelo surgimento de doença ou pelo traumatismo associado aos tecidos lesados.

Enquanto enfermeiros que prestam apoio diferenciado, estes profissionais que tripulam as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), tem um papel essencial na avaliação, gestão e controlo da dor.

Este estudo insere-se na temática da perceção sobre a gestão da dor aguda no contexto de cuidados prestados pelos enfermeiros em ambulância SIV e pretende conhecer a perceção dos enfermeiros que prestam cuidados em contexto extra-hospitalar, relativamente à gestão da dor.

O estudo é de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, usando como recurso de colheita de dados a entrevista semi-estruturada.

O objetivo geral deste trabalho foi: conhecer a realidade vivenciada pelos enfermeiros através da sua perceção relativamente à gestão da dor, na abordagem efetuada aos doentes em contexto extra-hospitalar. Como objetivos específicos foram definidos: conhecer as estratégias utilizadas na avaliação e controlo da dor, identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na gestão da dor e conhecer as sugestões para uma melhor avaliação e controlo da mesma.

Concluimos que, como estratégias de avaliação da dor, os enfermeiros utilizam os instrumentos recomendados e complementam com a valorização da cinemática/contexto e avaliação clínica do doente. As dificuldades mais referidas estão relacionadas: com o estado do doente (estado de consciência, idade, subjetividade da interpretação), com o instrumento utilizado na avaliação (limitação e subjetividade), com o enfermeiro (experiência e conhecimento), com a valorização, interpretação e gestão farmacológica.

Como sugestões de melhoria, foram apresentadas: a utilização de terapêutica mais diversificada e a otimização dos protocolos existentes.

Apesar de todas as condicionantes e sugestões de melhoria propostas, verificou-se que os participantes do estudo referem que, de forma global, a gestão da dor no seu contexto extra-hospitalar é eficaz.

Palavras-chave: enfermeiros, enfermagem, gestão dor, dor aguda, enfermagem extra-hospitalar.

ABSTRACT

The nurse who performs his duties in the extra-hospital environment contacts with the most diverse and unforeseen situations of sudden illness and trauma. These occurrences are usually associated with pain and discomfort, either due to the onset of illness or trauma associated with the injured tissues.

As nurses who provide differentiated support, these professionals who crew the ambulances of *Suporte Imediato de Vida (SIV)* of the *Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)*, have an essential role in the assessment, management and control of pain.

This study is part of the perception of acute pain management in the context of care provided by nurses in an SIV ambulance and aims to understand the perception of nurses who provide care in an out-of-hospital context, in relation to pain management.

The study is qualitative in nature, exploratory and descriptive, using semi-structured interviews as a resource for data collection.

The general objective of this work was: to know the reality experienced by nurses through their perception of pain management, in the approach made to patients, in extra-hospital context. As specific objectives were defined: to know the strategies used in the evaluation and control of pain, to identify the difficulties experienced by nurses in pain management and to know suggestions for a better evaluation and control of pain.

We conclude that, as pain assessment strategies, nurses use the recommended instruments and complement with the enhancement of the kinematics / context and clinical assessment of the patient. The most referred difficulties are related to: the patient's state (state of consciousness, age, subjectivity of interpretation), with the instrument used in the evaluation (limitation and subjectivity), with the nurse (experience and knowledge), with the valuation, interpretation and pharmacological management.

As suggestions for improvement, the following were presented: the use of more diversified therapeutics and the optimization of existing protocols.

Despite all the conditions and suggestions for improvement proposed, it was found that the study participants report that, overall, pain management in their out-of-hospital context is effective.

Keywords: nurses, nursing, pain management, acute pain, extra-hospital nursing.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado num momento atípico para todos nós. Se a elaboração de um trabalho científico é rigorosa, toda a conjuntura profissional, social e pessoal conseguiram exponenciar a exigência associada a um trabalho como este.

Não poderia deixar de agradecer à Professora Doutora Salomé Ferreira todo o apoio e orientação que dedicou a este trabalho.

À minha Família e Amigos por todo o suporte que me proporcionaram.

E à Luísa, mulher e companheira, neste percurso a que designamos de vida.

O meu mais sincero **Obrigado!**

“Well, everyone can master a grief, but he that has it”

William Shakespeare

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT	6
AGRADECIMENTOS	8
SUMÁRIO.....	5
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE QUADROS	9
SIGLAS	10
INTRODUÇÃO	13
1. QUADRO TEÓRICO.....	17
1.1. Enquadramento Histórico da emergência médica extra-hospitalar em Portugal.....	17
1.2. Ambulância de Suporte Imediato de Vida	21
1.2.1. O enfermeiro em ambulância SIV	22
1.3. Dor: Perspetiva Histórica	23
1.4. Dor: Abordagem conceptual.....	24
1.4.1. Dor como o 5º Sinal Vital	26
1.4.2. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor	27
1.5. Avaliação da Dor	29
1.5.1. Instrumentos de avaliação da Dor.....	30
1.1. Escala Visual Analógica	31

1.2.	Escala Numérica	32
1.3.	Escala Qualitativa.....	32
1.4.	Escala de Faces	33
1.5.	Escalas Comportamentais.....	33
1.6.	Dor e Teorias de Enfermagem	37
1.7.	Competências do Enfermeiro Especialista e gestão da Dor.....	39
2.	PERCURSO METODOLÓGICO	41
2.1.	Da problemática aos objetivos e questões de investigação	41
2.2.	Tipo de estudo.....	42
2.3.	População alvo e participantes no estudo	43
2.4.	Recolha, Procedimento e Tratamento de dados	43
2.5.	Considerações Éticas.....	45
3.	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	47
3.1.	Caraterização dos participantes	47
3.2.	Estratégias utilizadas na avaliação da Dor	49
3.2.1.	Utilização de instrumentos de avaliação da Dor	49
3.2.2.	Avaliação complementar da Dor	51
3.3.	Dificuldades sentidas na avaliação da Dor	53
3.3.1.	Dificuldades relacionadas com o doente.....	53
3.3.2.	Dificuldades relacionadas com o instrumento de avaliação	57
3.3.3.	Dificuldades relacionadas com o enfermeiro.....	58

3.3.4.	Dificuldades relacionadas com a valorização da Dor	60
3.3.5.	Dificuldades relacionadas com a gestão farmacológica.....	62
3.4.	Sugestões de melhoria para a avaliação da Dor	64
3.4.1.	Sugestões de melhoria para otimizar os instrumentos de avaliação.....	64
3.4.2.	Sugestões de melhoria para diversificar a intervenção terapêutica	66
3.4.3.	Sugestões de melhoria centradas na operacionalização	68
3.5.	Perceção global sobre a gestão da Dor	70
	CONCLUSÃO.....	73
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
	APÊNDICES E ANEXOS	83
	APÊNDICE I - Instrumento para realização de entrevista – Guião de Entrevista.	85
	Guião da Entrevista em Esquema.....	86
	APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e esclarecido	89
	APÊNDICE III – Temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo.....	91
	ANEXO I – Autorização para realização do estudo.....	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Escala Visual Analógica.....	31
Figura 2 - Escala Visual Analógica Preenchida.....	31
Figura 3 - Escala Numérica.....	32
Figura 4 - Escala Qualitativa.....	32
Figura 5 - Escala de Faces.....	33
Figura 6 - Escala BPS.....	34
Figura 7 - Escala ESCID.....	35
Figura 8 - CPOT Scale.....	36
Gráfico 9 - Idade dos participantes no estudo.....	47
Gráfico 10 - Tempo total de serviço.....	48

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Perceção dos enfermeiros relativamente aos instrumentos que utilizam na avaliação da Dor	49
Quadro 2 - Perceção dos enfermeiros relativamente à avaliação complementar da Dor	51
Quadro 3 - Perceção das dificuldades sentidas pelos enfermeiros relacionadas com o doente	53
Quadro 4 - Perceção dos enfermeiros relativamente às dificuldades relacionadas com o instrumento de avaliação.....	57
Quadro 5 - Perceção dos enfermeiros relativamente às dificuldades relacionadas com o enfermeiro	58
Quadro 6 - Perceção dos enfermeiros relativamente às dificuldades relacionadas com a valorização da Dor.....	60
Quadro 7 - Perceção dos enfermeiros relativamente às dificuldades relacionadas com a gestão farmacológica.....	62
Quadro 8 - Sugestões relacionadas com os instrumentos de avaliação	64
Quadro 9 - Sugestões relacionadas com a diversificação das medidas terapêuticas	66
Quadro 10 - Sugestões relacionadas com a operacionalização do processo gestão da Dor	68
Quadro 11 - Perceção global dos enfermeiros relativamente à gestão da Dor	70

SIGLAS

AINE´s - Anti-Inflamatórios Não Esteroides

BPS - Behavioral Pain Scale

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPOT - *Critical Care Pain Observation Tool*

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS - Direção Geral da Saúde

DRN – Delegação Regional do Norte

EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EN - Escala Numérica

ESCID - Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

EVA - Escala Visual Analógica

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

FPS-R - *Faces Pain Scale – Revised*

GEM - Gabinete de Emergência Médica

GNR - Guarda Nacional Republicana

HC - Hospital de Campanha

IASP – *International Association for the Study of Pain*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

NRBQ - Nuclear & Radiológicos, Biológicos e Químicos

NVPS – *Nonverbal Pain Assessment Tool*

OE - Ordem do Enfermeiros

PENPCDor - Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor

PIPP - *Premature Infant Pain Profile*

PMA - Posto Médico Avançado

PNLCD - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

PSP – Polícia de Segurança Pública

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNA - Serviço Nacional de Ambulâncias

TAE – Técnicos de Ambulância de Emergência

TEPH - Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VIC - Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

Qualquer ser humano, de uma forma mais ligeira ou mais intensa, pelo menos uma vez na sua vida, sentiu dor ou desconforto. A dor manifesta-se como um alerta para uma mudança na estrutura ou funcionamento normal do nosso organismo e pressupõe uma mudança no nosso comportamento, para corrigir ou suspender esse estímulo desagradável.

Todos os dias, em Portugal e no mundo, surgem diversos eventos potenciadores de desencadear dor nos indivíduos. Seja através de uma doença súbita ou de um acidente, a dor é uma presença constante.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018), foram realizados 7,8 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, mais 2,5% que em 2017 e mais 5,8% que em 2008. O principal motivo para estes atendimentos foi a doença (82,4%), sendo que em 10,4% dos casos os atendimentos nos serviços de urgência foram motivados por lesões provocadas por acidente.

Estes dados são semelhantes aos da realidade Australiana, que segundo Varndell, Fry e Elliott (2018) referem que na Austrália, se verificaram 7,5 milhões de atendimentos nos serviços de urgência todos os anos, onde a dor é o sintoma mais prevalente, ocorrendo em 85% de todos os casos.

Todos os acidentes, independentemente da sua etiologia, consideram-se eventos traumáticos, aos quais geralmente se associam processos de dor. Independentemente da causa e origem da situação que levou ao acionamento dos meios de emergência médica pré-hospitalar e respetivo transporte até à unidade de saúde hospitalar, revela-se primordial em todas e nas mais diversas situações, o controlo da dor e a sua gestão por parte das equipas de emergência.

Existem enfermeiros que exercem as suas funções exclusivamente no contexto extra-hospitalar. Estes profissionais lidam diariamente com situações nas quais a dor e o desconforto se encontram presentes. Sendo esta uma constante na sua atuação, surge a necessidade de conhecer, através do relato dos próprios, qual a realidade sentida e vivenciada por eles na sua prática diária.

Como refere Ferreira (2013) o trauma e as doenças súbitas são situações que se encontram normalmente associados a dor e desconforto. A sua correta avaliação, gestão e controlo apresentam-se como uma prioridade na intervenção dos enfermeiros que atuam nos meios de emergência médica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006) refere como uma ação de maior importância, a necessidade crescente e contínua de produção de conhecimento, com a sua constante renovação. É através da investigação de processos dedutivos e indutivos que conseguimos evoluir na Enfermagem e como profissionais no nosso dia a dia.

As nossas tomadas de decisão e de cuidados de enfermagem prestados a cada um dos doentes devem-se evidenciar e sustentar na mais atual evidência científica. Devemos igualmente almejar para uma excelência de cuidados mantendo os mais altos padrões de qualidade.

Por isso, cada vez mais, devemos ser críticos das nossas ações enquanto profissionais e enquanto pessoas, em busca pelo conhecimento, com o objetivo de prestar cada vez mais cuidados com qualidade aos doentes. O percurso desenvolvido ao longo deste mestrado permitiu aguçar e direcionar as inquietações sentidas e através do processo científico, ambicionar dar-lhes resposta.

A preocupação crescente nos últimos anos com as questões relacionadas com a dor e o seu controlo tem vindo a ser uma realidade cada vez mais presente a todos os níveis de cuidados de saúde prestados pela sociedade médica. Surge assim em 2003 a valorização da dor como 5^o sinal vital. Foi um dos passos tomado pela Direção Geral de Saúde e que permitiu delinear uma resposta mais uniforme e difundir de forma mais alargada a importância da monitorização da dor dos nossos doentes pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde à população (Portugal, 2003).

A Ordem dos Enfermeiros (2008), publicou um Guia Orientador de boas práticas no controlo da Dor, o qual reconhece a necessidade de ampliar as boas práticas e uniformizar os cuidados à pessoa com dor.

A OE estabelece em 2005 uma parceria com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, com a missão de promover a intervenção do enfermeiro no controlo da dor, e é constituído o grupo de trabalho “*O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor*” que reúne o consenso de peritos e revisão bibliográfica para sustentar as normas orientadoras desse mesmo documento.

Na assistência de doentes no contexto extra-hospitalar, dada a imprevisibilidade dos acontecimentos e situações, o enfermeiro em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) contacta diversas vezes com o desconforto e dor em cada um dos seus doentes.

Relacionada com a preocupação de garantir a qualidade dos cuidados prestados e de potenciar a qualidade da assistência ao doente, existe assim a necessidade de conhecer a perceção que os enfermeiros, que fazem o atendimento à pessoa em contexto extra-hospitalar, realizam relativamente à avaliação e controlo da dor.

O objetivo geral deste trabalho é: conhecer a realidade vivenciada pelos enfermeiros através da sua perceção relativamente à gestão da dor, na abordagem efetuada aos doentes, em contexto extra-hospitalar. Como objetivos específicos foram definidos: conhecer as estratégias utilizadas na avaliação e controlo da dor, conhecer a opinião das práticas protocoladas para a gestão da dor, identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na gestão da dor e sugestões para uma melhor avaliação e controlo da mesma.

A metodologia implementada relativamente ao tipo de estudo utilizado é uma abordagem qualitativa com base na disciplina fenomenológica, no intuito de compreender o fenómeno para extrair a sua essência, do ponto de vista daqueles que a viveram ou a vivenciam. Como estratégia de recolha de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, aos enfermeiros que trabalham em ambulâncias SIV, no sentido de se obter ao máximo a experiência vivenciada por cada um deles, de acordo com o interesse e tema do estudo em questão.

Os participantes no estudo são enfermeiros que trabalham no ambiente extra-hospitalar, mais especificamente em ambulâncias SIV do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em território nacional, com base nos critérios de inclusão e pré-requisitos de elegibilidade para o estudo.

Os dados recolhidos foram analisados com referência à análise de conteúdo, segundo Bardin (2016) e os principais resultados foram apresentados com recurso à definição das áreas temáticas, nas quatro temáticas abordadas, nomeadamente: as estratégias utilizadas na avaliação da dor, dificuldades na avaliação da dor, sugestões de melhoria e perceção global sobre a gestão da dor.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro apresentamos a problemática explorando teoricamente aspetos relacionados com o enquadramento histórico da emergência médica extra-hospitalar em Portugal, a ambulância SIV, o enfermeiro em ambulância SIV e a perspetiva histórica da dor, o seu conceito e avaliação, bem como as teorias de enfermagem e competências do enfermeiro especialista na gestão da dor. O segundo capítulo é dedicado à apresentação do percurso metodológico utilizado, com referência aos objetivos, questões de investigação, tipo de estudo, população alvo, instrumento de recolha de dados e considerações éticas. No terceiro e último capítulo são apresentadas a análise e discussão de resultados sendo constituído por subcapítulos que integram a caracterização dos participantes, a apresentação, análise e discussão dos dados relacionados com as questões de investigação definidas inicialmente. Por fim é apresentada a conclusão do trabalho com referência às limitações do mesmo.

A realização deste trabalho permitiu conhecer a realidade sentida pelos profissionais, através da recolha de informação e vivências concretas, dando-nos a possibilidade de no futuro sustentar e sugerir, se necessária, uma alteração protocolar ou inspirar novas formas de avaliação para prestar cuidados de maior qualidade a toda a população.

1. QUADRO TEÓRICO

De forma a enquadrar a temática em estudo, passo seguidamente a apresentar uma breve definição do conceito de emergência médica, o enquadramento histórico da mesma no nosso país, o tipo de meios que existem em Portugal continental para dar resposta a situações de emergência e de doença súbita e qual o papel do enfermeiro, enfatizando-o no ambiente de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na sua resposta extra-hospitalar.

A emergência médica caracteriza-se por ser a atividade da área da saúde que engloba todos os procedimentos realizados a vítimas de doença súbita ou trauma, desde o cenário onde ocorre até ao estabelecimento de saúde que possua as melhores valências para realizar o tratamento definitivo necessário. Engloba todos os cuidados de saúde e de enfermagem que são prestados em contexto extra-hospitalar, seja durante uma ocorrência de carácter primário (local-hospital) ou secundário (estabelecimento de saúde-centro de referência) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

1.1. Enquadramento Histórico da emergência médica extra-hospitalar em Portugal

O início do socorro a vítimas de acidente na via pública remete-nos para 1965, onde uma tripulação constituída por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) operacionalizava as primeiras ambulâncias. Inicialmente o transporte que era feito para o hospital, na região de Lisboa, estendeu-se para as cidades do Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro. A ativação destes meios de emergência era realizado pelo número de telefone 115 (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

Em 1971 foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA) com o objetivo de *“assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respetivo transporte”* e sendo os seus Postos de Ambulância sedeados nas esquadras da PSP, da Guarda Nacional Republicana (GNR) e em Corporações de Bombeiros por todo o país. Estes postos eram dotados com ambulâncias com

equipamento sanitário e de telecomunicações (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

Um trabalho desenvolvido pela Comissão de Estudo de Emergência Médica no início da década de 80, a qual criou o Gabinete de Emergência Médica (GEM) culminou com a apresentação de uma proposta para a criação de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) com objetivo de coordenação nacional de todos os serviços e entidades de emergência médica.

O SIEM é composto por todos os elementos que intervêm na prestação de socorro às vítimas independentemente da fase em que se encontram (meios de emergência, proteção civil, autoridade, hospitais, etc.). Todos os sinistrados ou vítimas de doença súbita são alvo da prestação de cuidados de saúde tanto no local da ocorrência como durante o seu transporte (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

Nasce assim em 1981, tal como conhecemos ainda hoje, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), constituído na altura pelos meios de socorro/transporte, pelas centrais 115 e pela rede de avisadores SOS colocados nas estradas nacionais. O desenvolvimento e coordenação de todo SIEM torna-se assim o seu principal objetivo. Acordos realizados com a Cruz Vermelha Portuguesa e com os Corpos de Bombeiros permitiu uma reestruturação dos Postos de Ambulância (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

Em Portugal Continental, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo pertencente ao Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento de um sistema integrado de emergência médica (SIEM).

Através do número europeu de Emergência – 112 – o INEM dispõe e coordena diversos meios para responder de forma eficaz a qualquer situação de emergência médica (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

A aposta na formação de Médicos, Enfermeiros, Operadores de Central e Tripulantes de Ambulância em Técnicas de Emergência Médica por parte do Centro de Formação foi uma realidade nos anos seguintes.

Em 1987 nasce em Lisboa o primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) que se apresenta como a nova central medicalizada, onde é

realizado um aconselhamento e acionamento dos meios adequados para cada tipo de ocorrência.

A cobertura é total de todo o território nacional e hoje em dia existem quatro centros, no Porto, Coimbra, Lisboa e Algarve, os quais são acessíveis através do número Europeu de Emergência 112.

A coordenação e acionamento de meios para os diversos locais e cenários passam pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). O INEM possui diversos meios próprios, com graus de diferenciação diversos e englobam as Ambulâncias de Emergência Médica, Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, Motociclos de Emergência Médica, Viaturas de Emergência e Reanimação, Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, Helicópteros de Emergência Médica e Unidades Moveis de Intervenção Psicológica de Emergência.

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) são implementadas em 1989 e consistem em uma viatura que é tripulada por médico e enfermeiro equipados com material de Suporte Avançado de Vida (SAV) para prestar cuidados de saúde mais diferenciados no local de cada uma das ocorrências. Este apoio diferenciado prestado por estas equipas cobre amplamente o território nacional (Instituto Nacional de Emergência Médica,2020).

A realização do Campeonato da Europa de Futebol de 2004 foi o grande motor económico e social que fez com que o INEM, assumindo um papel preponderante na emergência médica extra-hospitalar, cria-se o Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE) para dar resposta as necessidades acrescidas de se tornar anfitrião de tão nobre evento desportivo.

As cidades de Lisboa e Porto, em 2004, passaram a dispor de ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) com a valência de Desfibrilhação Automática Externa (DAE), tripuladas por Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), devidamente qualificados.

A partir de 2007, com a Reestruturação de Rede de urgências planeadas pelo Ministério da Saúde, o Serviço de Ambulâncias de Emergências (SAE) passou a possuir uma cobertura nacional (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

O INEM dispõe ainda de vários meios com capacidade de intervenção em situações excepcionais nomeadamente catástrofes ou acidentes graves de que resultem um elevado número de vítimas.

Estes meios excepcionais são as Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), as viaturas para intervenção em situações envolvendo agentes NRBQ (Nuclear & Radiológicos, Biológicos e Químicos) e o Hospital de Campanha (HC).

As VIC possuem a capacidade de montagem de Postos Médicos Avançados (PMA) os quais melhoram as condições em que as equipas dos vários meios de socorro intervêm e permitem a prestação de melhores cuidados de Emergência no local das ocorrências.

O Hospital de Campanha garante ao INEM a capacidade de montar rapidamente uma estrutura provisória de tipo hospitalar permitindo receber, assistir e, se necessário, manter em regime de internamento um número considerável de doentes. É constituído por vários módulos que permitem dimensionar o Hospital de Campanha em função de necessidades específicas, além de várias enfermarias, dispõe de um Bloco Operatório e uma Unidade de Cuidados Intensivos e capacidade para realização de várias análises e radiografias (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

1.2. Ambulância de Suporte Imediato de Vida

Com a reorganização da Rede de Urgências, que teve início em 2007, iniciou-se o projeto de criação de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV). O projeto SIV consistiu na criação de uma rede de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) tripuladas por um Enfermeiro e um Técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) com a missão de garantir cuidados de saúde diferenciados de acordo com protocolos de atuação médica implementados pelo próprio INEM.

Estas ambulâncias encontram-se sediadas em Serviços de Urgência Básicos (com algumas exceções) e prestam auxílio tanto a nível pré-hospitalar como no apoio em doentes críticos e o seu transporte para unidades mais diferenciadas (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Ao nível dos recursos técnicos, a carga de uma Ambulância de Suporte Imediato de Vida possui toda a carga de uma ambulância de Suporte Básico de Vida, desde material de trauma a material de primeira intervenção. A sua constituição é acrescida por um monitor-desfibrilhador, seringa perfusora, ventilador de transporte e diversos fármacos.

O equipamento das ambulâncias SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e hospital de destino, proporcionando uma partilha do estado eletrocardiográfico do doente.

Devido à grande área geográfica que possuem para prestar cuidados e a distância a que se encontram de grandes centros urbanos, e por sua vez de centros médicos mais especializados e diferenciados, as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, estabilização hemodinâmica e alívio da dor por exemplo, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida ou até a chegada a um centro hospitalar de referência para resolução da causa da ativação (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

1.2.1. O enfermeiro em ambulância SIV

O enfermeiro em ambulância SIV tem por principal função a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e as orientações da direção médica do serviço. Esta orientação médica é feita de forma indireta (através dos protocolos de atuação SIV, que contêm um conjunto de ações que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos das equipas das ambulâncias SIV) e de forma direta (através do contacto direto obrigatório com um médico responsável, para validação prévia de alguns procedimentos específicos, discriminados nos Protocolos de Atuação SIV, e utilizando um conjunto de recursos que incluem comunicação de voz e comunicação de dados) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

Desempenhando funções como enfermeiro, no contexto extra-hospitalar, nomeadamente numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), todos os dias de trabalho são uma incerteza no que respeita ao tipo de doentes, assim como às suas necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem que são prestados. Diversas situações acontecem diariamente, desde socorro a vítimas de trauma, acidentados, vítimas de doença súbita, partos e agudizações de doenças crónicas.

Ser enfermeiro em uma ambulância SIV exige formação especializada e comportamentos profissionais adequados, prestando serviço à comunidade em situações de acidente, doença súbita ou trauma. A formação contempla cursos de Suporte Avançado de Vida, Emergências Médicas, Emergências em Trauma e Transporte de Doente Crítico.

Os enfermeiros que trabalham no contexto extra-hospitalar lidam com a dor de forma frequente. Estes enfermeiros compreendem o mecanismo fisiológico que causa a dor, a resposta fisiológica à dor, os métodos a utilizar para controlar a mesma e estão equipados com materiais e equipamentos adequados para esse efeito. Estes profissionais têm ao seu dispor todos os mecanismos para providenciar um excelente cuidado às vítimas com dor no seu contexto (Gomes e Macedo, 2020).

1.3. Dor: Perspetiva Histórica

Durante toda a nossa existência enquanto seres humanos, a luta contra a dor e o alívio do sofrimento, foi transversal a todas as civilizações e em todas as épocas da Humanidade. Assim todas as tentativas de alívio do sofrimento perdem-se nos confins do tempo. A medicina com caráter divinatório, expiatório ou mágico pretendia compreender as doenças e as pessoas doentes, as causas e as formas de tratamento de cada época. Possuíam atitudes culturais específicas, em função dos contextos geográficos e socioculturais em que se inseriram. Durante o período da inquisição muito dos avanços médicos alcançados seriam perdidos. Só mais tarde, após a abolição da inquisição em 1825, através da pesquisa e desenvolvimento da investigação científica, da biologia, das neurociências, da imunologia e da genética, da introdução de moléculas com possibilidades de diagnóstico, de tratamento de males que atormentam o ser humano e o progresso em anestesiologia é que possibilitou a diferenciação das mais complexas técnicas cirúrgicas e o controlo da dor (Lima, 2017).

No século IV a.C., Hipócrates não hesitou em atribuir às mãos dos médicos características divinas, principalmente quando da sua ação resultasse o alívio da dor ("É divino sedar a dor"). Já Francisco Nunes em 1575 deixou inscrito, nos preceitos médicos, esta notável instrução: "*Medicus inter omnia symptomata, prius dolorem sedet*" ("Entre todos os sintomas, dê o médico primazia ao alívio da dor" (Osswald, 2014).

Durante a antiguidade os médicos apenas recorriam ao ópio e a bebidas alcoólicas, mas a partir de 1820 com a descoberta da agulha hipodérmica e disponibilização da morfina por via injetável, este controlo da dor passou a ser muito mais eficaz. No século XIX surgem os primeiros anestésicos que permitem tornar assim as cirurgias uma terapia e não uma simples tortura em desespero de causa. Posteriormente apareceram os analgésicos por via oral, opióides e antipiréticos, com ou sem componente anti-inflamatória, anestésicos locais, técnicas psicológicas, etc., que permitiram efetuar um tratamento mais eficaz e específico aos diferentes tipos de dor (Osswald, 2014).

1.4. Dor: Abordagem conceptual

Milton Cohen com o seu estudo publicado em 2018 procurou compreender se o sentido que a caracterização que é aceite atualmente para o significado de dor, originária em 1979, seria ainda válida. A tentativa de refinamento do conceito de dor por parte deste autor não veio alterar o conceito e terminologia da mesma mantendo-se a própria definição internacionalmente aceite e inalterada. Desta forma a definição mais amplamente utilizada ainda se remete para a definição utilizada pela *International Association for the Study of Pain (IASP)* que caracteriza a dor como “*Uma experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão* (Cohen, 2018).

Isto significa que a dor não é apenas uma sensação, mas também um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial. A dor é um fenómeno subjetivo, na medida em que cada pessoa sente a dor à sua maneira. Também não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objetivamente a dor, não existindo relação direta entre a causa e a dor. A mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que o indivíduo está inserido nesse momento (Lopes, 2003).

Howard (2011) demonstra a caracterização por diversos autores da dor em três categorias sendo elas a dor somática como dor bem definida, referida a uma área cutânea ou aos tecidos subcutâneos ou menos bem definida, referida ao osso, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e músculos. Como exemplos poderemos encontrar a dor das lesões traumáticas, das queimaduras ou da patologia vascular. A dor visceral apresenta-se como dor difusa, mal definida e associada a um órgão interno. Como exemplos temos a dor da isquemia do miocárdio, da distensão da bexiga ou da cólica renal. A dor neuropática manifesta-se como uma dor mal localizada, lancinante, tipo “choque elétrico”, resultante de lesão de nervos periféricos, da medula ou do encéfalo.

Como exemplos temos a cialgia, neuropatia diabética ou a dor do herpes zóster. A dor neuropática pode ser resultante de traumatismo ou patologia com direta ação sobre os nervos.

Do ponto de vista da sua duração, a dor pode ser aguda com início recente e duração de dias a semanas, nunca passando os três meses. Encontra-se, relacionada com lesões traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. Existe a expectativa de desaparecimento após tratamento da lesão. A dor crónica será caracterizada como dor que persiste além do período normalmente necessário para a reparação da lesão tecidual.

Na dor aguda pode haver respostas neurovegetativas associadas (elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, entre outras); a ansiedade e agitação psicomotora são respostas frequentes e têm a função biológica de alertar o organismo sobre a agressão. Este tipo de dor é basicamente um episódio transitório que adverte a pessoa de que alguma coisa está mal (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo Ferreira (2013) a dor aguda, de tipo somático é aquela que mais vezes se encontra em ambiente pré-hospitalar, resultando frequentemente de lesões traumáticas ou de dor aguda visceral. Encontra-se relacionada com mecanismos mecânicos, químicos e térmicos, que resultam de traumatismos, queimaduras, infeções e processos inflamatórios.

Para efetuar um correto controlo da dor, é necessário identificá-la previamente. A observação juntamente com o exame físico, constituem meios para poder monitorizar e avaliar a dor de uma forma mais correta e precisa, para posteriormente poder controlá-la e tratá-la. Para isso necessitamos de perguntar e perceber se ela existe, ser capazes de avaliá-la corretamente, para posteriormente conseguir controlá-la e tratá-la, e manter sempre a sua correta monitorização.

1.4.1. Dor como o 5º Sinal Vital

O profissional de saúde que permanece mais tempo junto do utente é o enfermeiro. Revela-se o único que tem a oportunidade de contribuir para o conforto e alívio da dor de forma constante e mais imediata, aliado às suas ações autónomas e interdependentes que promovem o conforto e alívio da mesma.

A avaliação deve ser a correta para intervir adequadamente junto à pessoa com dor. O controlo eficaz da dor é uma responsabilidade profissional que oferece a oportunidade única de assinalar o impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, em todas as vertentes do sistema de saúde, sendo elas organizacionais, financeiras e de custo-eficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A Direção Geral da Saúde (DGS) em 2003 publicou a circular normativa n.º 9 na qual evidencia a valorização da Dor como o 5º Sinal Vital. Nessas recomendações a dor é caracterizada como um sintoma que acompanha a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Desta forma o seu controlo e monitoramento deverá ser constante e presente na atuação de cada profissional de saúde que presta cuidados de enfermagem. Deveremos valorizar o controlo da dor como qualquer outro sinal vital, ou seja, a sua monitorização deverá ser permanente.

O seu controlo eficaz é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes. A dor deverá ser monitorizada constantemente, de forma contínua e regular em todas as suas vertentes, fazendo assim depender o sucesso do seu controlo. As boas práticas requerem o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização de escalas validadas na sua mensuração e o seu devido registo em folha própria do serviço prestador de cuidados de saúde (Portugal, 2003).

A DGS (2003) no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde considera como norma de boa prática: o registo sistemático da intensidade da Dor, a utilização para mensuração da intensidade da Dor escalas validadas internacionalmente e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

Em contexto extra-hospitalar a dor é avaliada, registada e valorizada como qualquer outro sinal vital. Desta forma a sua monitorização é constante e a preocupação com o seu alívio também. Para Calil, Pimenta e Birolini (2007), a avaliação da dor no contexto extra hospitalar, consiste na utilização dos sinais e sintomas descritos, no exame físico realizado e ao valor obtido através da escala numérica. A utilização das escalas validadas internacionalmente, nomeadamente a escala visual e a escala numérica, aliadas a uma valorização através de perguntas direccionadas sobre sinais e sintomas são as ferramentas utilizadas no contexto extra-hospitalar para a avaliação da dor.

1.4.2. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

A Direcção-Geral da Saúde criou, em 1999, um Grupo de Trabalho para a Dor, com a estreita colaboração da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, que viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial de 26 de Março de 2001 (Portugal, 2008).

No Plano Nacional de Luta Contra a Dor (Portugal, 2008) é evidenciada a importância da dor enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, particularmente no que se refere à dor aguda. Constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Igualmente, a dor é inúmeras vezes um dos sintomas mais relevantes para o estabelecimento de um diagnóstico médico correto. Porém, cumprida esta função vital de sinal de alarme, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso. Por outro lado, a dor, e em particular a dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objetiva, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela

European Federation of IASP Chapters (EFIC). O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. O alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela *International Association for the Study of Pain (IASP)* por ocasião da celebração do 1º Dia Mundial Contra a Dor em 17 de outubro de 2004 (Portugal, 2008).

Os Princípios orientadores deste Plano Nacional de Luta Contra a Dor são cinco: a **Subjetividade da Dor** – no estado atual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere.

Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal; valorizar **a Dor como 5º sinal vital** - A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica, que deve ser observada em todas as instituições de saúde, tal como manda a referida Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde; o **Direito ao controlo da Dor** - Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada; o **Dever do controlo da Dor** – Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica; o **Tratamento diferenciado da Dor** – O controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização (Portugal, 2008).

A importância de todas as instituições de saúde que prestam cuidados de saúde diretamente à população terem presentes as necessidades formativas, desde formação pré e pós-graduada na abordagem da dor é evidenciada neste documento (Portugal, 2008).

De forma a assegurar a continuidade do PNLCD e tirando partido da experiência adquirida com o mesmo surgiu o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD), aprovado por Despacho da Senhora Ministra da Saúde, de 8 de maio de 2008. Consistiu num extenso e ambicioso programa para dez anos, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Os princípios regentes de toda a atuação mantem-se os mesmos que no PNLCD (Portugal, 2013).

Terminado o horizonte temporal do PNLCD, o plano que se encontra vigente atualmente é o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) o qual abrange toda a população residente em Portugal e tem um horizonte temporal de três anos (a contar a partir de 2018). A DGS pretende dar continuidade aos objetivos que então presidiram na aprovação do PNCD, alguns dos quais mantêm plena atualidade, substância e coerência e à promoção de estratégias prioritárias que visam a introdução e reforço da capacidade organizativa e de modelos de boas práticas na abordagem da dor, materializadas na concretização das ações definidas (Portugal, 2013).

1.5. Avaliação da Dor

Sendo a dor um sintoma que atravessa transversalmente as patologias de cada um dos doentes alvo dos cuidados de saúde, a Direção Geral de Saúde (DGS) preconiza o seu controlo eficaz, como direito fundamental dos doentes. Nos dias de hoje existem diversas técnicas eficazes no controlo da dor que permitem assim manter a humanização dos cuidados prestados em cada uma das unidades de saúde. Temos assim Unidades de Tratamento da Dor, algo que se encontra delineado no Plano Nacional da Luta Contra a Dor (Portugal, 2003).

Com esta premissa conseguimos entender a importância de uma correta avaliação da dor dos doentes para só depois realizar uma eficaz monitorização da mesma, o seu controlo e a sua respetiva erradicação.

Assim sendo considera-se como boa prática, no âmbito da prestação de cuidados de saúde:

- O registo sistemático da intensidade da dor;
- A utilização de escalas para avaliação da dor validadas internacionalmente, nomeadamente, “*Escala Visual Analógica*” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “*Escala Numérica*”, “*Escala Qualitativa*” ou “*Escala de Faces*”;
- inclusão de espaço próprio para registo da intensidade da dor nos registos dos sinais e sintomas vitais (Portugal, 2003).

Torna-se muito importante compreender que a utilização de ferramentas válidas torna-se imprescindível para conseguir objetivar uma manifestação subjetiva como a dor e para Planella (2018), a dor aguda pode ser avaliada de forma fiável, com recurso a ferramentas unidimensionais (como as escala numéricas e as escalas analógicas visuais).

1.5.1. Instrumentos de avaliação da Dor

A aplicabilidade das escalas deve cumprir determinadas regras que estão estabelecidas. A avaliação pode ser sempre feita com recurso a qualquer uma das escalas propostas internacionalmente; a intensidade da dor é sempre a referida pelo doente; a intensidade registada refere-se ao momento em que é registada, considerando que esta poderá ser mutável ao longo do tempo; as escalas são apenas aplicadas a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos; depois de escolhida a escala mais adequada para aquele doente específico esta não deve ser alterada; deve ser utilizada uma linguagem comum e preceder sempre o ensino do funcionamento da própria escala, sendo fundamental que o profissional de saúde garanta que o doente compreende corretamente o funcionamento da escala (Portugal, 2003).

1.1. Escala Visual Analógica

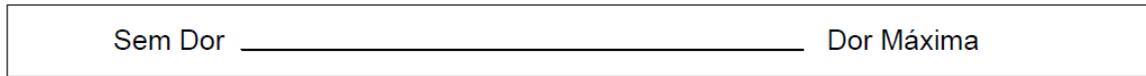


Figura 1 - Escala Visual Analógica

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá de fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor.

Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo. Exemplo: Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Sem Dor” (posição A).

Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Dor Máxima” (posição C) (Portugal, 2003).

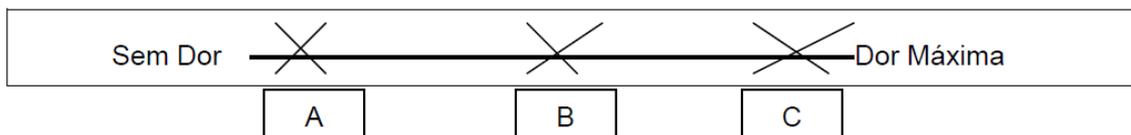


Figura 2 - Escala Visual Analógica Preenchida

1.2. Escala Numérica

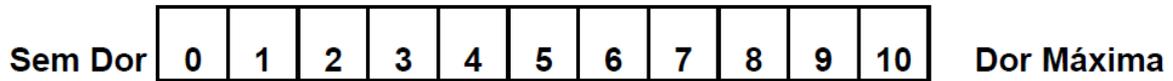


Figura 3 - Escala Numérica

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo (Portugal, 2003).

1.3. Escala Qualitativa

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

Figura 4 - Escala Qualitativa

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo (Portugal, 2003).

1.4. Escala de Faces

Escala de Faces

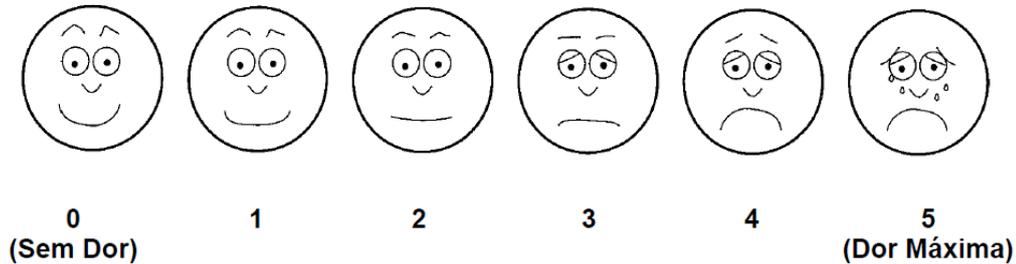


Figura 5 - Escala de Faces

Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente (Portugal, 2003).

1.5. Escalas Comportamentais

As escalas comportamentais são mais utilizadas em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) pelo tipo de doentes que possuem. Como a maioria dos doentes que são cuidados em UCI são doentes que possuem alteração do estado de consciência seja pelo seu processo patológico ou terapêutico, as escalas citadas anteriormente não são aplicáveis (Batista, 2012).

Campbell (2005) citado por Batista (2012), apresenta a *Behavioural Pain Scale* (BPS) que é uma escala que visa avaliar essencialmente a resposta comportamental à dor, baseia-se na pontuação total de três critérios: a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador. A soma destes três itens varia entre uma pontuação mínima de 3 a uma pontuação máxima de 12.

Expressão Facial	Relaxado	1
	Parcialmente contraída (ex. franzir o semblante)	2
	Fortemente contraída (ex. Olhos cerrados)	3
	Forma (ou trejeito) de dor	4
Movimento de membros superiores	Sem movimento	1
	Parcialmente flexionado	2
	Fortemente flexionado com curvatura de dedos	3
	Permanentemente flexionados	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolerando V. Mecânica	1
	Tossindo, mas tolerando VM a maioria do tempo	2
	Lutando com o ventilador	3
	Impossível de ventilar	4
Ausência de dor = 3 pontos. Máxima dor = 12 pontos		

Figura 6 - Escala BPS

A Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID) tem origem na BPS, escala unidimensional elaborada por Campbell, e pela necessidade de avaliar a intensidade da dor em doentes incapazes de fazer autoavaliação devido à gravidade da sua doença ou por disfunção cognitiva. Contempla indicadores comportamentais sugestivos de presença de dor, tendo como itens a serem avaliados a Musculatura facial; Tranquilidade; Tónus muscular; Vocalização e Conforto. A pontuação oscila entre 0= sem dor a 10= dor severa incontrolável.

O item vocalização foi substituído por adaptação à ventilação mecânica, passando a designar-se Escala de Campbell Modificada. Posteriormente, para validar a construção desta escala, passou a denominar-se de ESCID.

Escala de Campbell modificada				
	0	1	2	Total Parcial
Músculos faciais	Relaxados	Tensos, e/ou esgar de dor	Cenho franzido de forma mantida e/ou dentes cerrados	
"Tranquilidade"	Tranquilo, relaxado, movimentos normais	Movimentos e/ou posição de inquietação/agitação ocasionais	Movimentos frequentes, incluindo a cabeça ou as extremidades	
Tónus muscular	Normal	Aumentado. Flexão dos dedos das mãos e/ou dos pés	Rigidez	
Adaptação à VM (excluir outras causas)	Tolera a VM. (Adaptado)	Tosse, mas tolera a VM	Luta contra o ventilador	
Bem-estar	Confortável e/ou Tranquilo	Acalma-se ao toque e/ou à voz. Descentra-se com facilidade	Difícil de confortar pelo toque ou pela voz	
PONTUAÇÃO TOTAL				10
0: sem dor	1-3: Dor ligeira. Verificar outras causas	4-6: Dor moderada a grave	>6: Dor muito intensa	

Figura 7 - Escala ESCID

A *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) também se apresenta como uma forma adequada de avaliação da dor em doentes não verbais. Esta escala assume que os mecanismos fisiológicos da dor correlacionam indicadores que podem ser observados na sua forma comportamental ou fisiológica, e desta forma serem passíveis de ser mensurados pelos profissionais de saúde.

Esta escala inclui 4 itens comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ventilatória ou vocalização) (Gélinas, Fillion e Puntillo, 2009).

The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

(Gélinas et al., 2006)

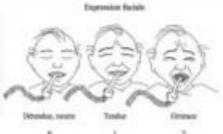
Indicator	Score	Description	
Facial expression  Caroline Arbour, RN, B.Sc., PhD(student) School of Nursing, McGill University	Relaxed, neutral	0	No muscle tension observed
	Tense	1	Presence of frowning, brow lowering, orbit tightening and levator contraction or any other change (e.g. opening eyes or tearing during nociceptive procedures)
	Grimacing	2	All previous facial movements plus eyelid tightly closed (the patient may present with mouth open or biting the endotracheal tube)
Body movements	Absence of movements or normal position	0	Does not move at all (doesn't necessarily mean absence of pain) or normal position (movements not aimed toward the pain site or not made for the purpose of protection)
	Protection	1	Slow, cautious movements, touching or rubbing the pain site, seeking attention through movements
	Restlessness/Agitation	2	Pulling tube, attempting to sit up, moving limbs/thrashing, not following commands, striking at staff, trying to climb out of bed
Compliance with the ventilator (intubated patients)	Tolerating ventilator or movement	0	Alarms not activated, easy ventilation
	Coughing but tolerating	1	Coughing, alarms may be activated but stop spontaneously
	Fighting ventilator	2	Asynchrony: blocking ventilation, alarms frequently activated
OR Vocalization (extubated patients)	Talking in normal tone or no sound	0	Talking in normal tone or no sound
	Sighing, moaning	1	Sighing, moaning
	Crying out, sobbing	2	Crying out, sobbing
Muscle tension Evaluation by passive flexion and extension of upper limbs when patient is at rest or evaluation when patient is being turned	Relaxed	0	No resistance to passive movements
	Tense, rigid	1	Resistance to passive movements
	Very tense or rigid	2	Strong resistance to passive movements or incapacity to complete them
TOTAL		<u> </u> / 8	

Figura 8 - CPOT Scale

A disponibilidade de diversas escalas para a avaliação da dor permite aos enfermeiros, em cada um dos seus contextos, possuir ao seu dispor diferentes ferramentas para a avaliação da dor dos seus doentes. A utilização de cada escala deve ser a mais adequada e adaptada ao doente a ser avaliado. A escolha de cada uma das escalas depende sempre da idade do paciente e do seu estado de consciência por exemplo. Ao escolher a melhor escala para o doente, mais correta será a avaliação da dor e posteriormente o seu controlo. A experiência na utilização das ferramentas de avaliação, também são preponderantes para uma correta avaliação da dor que cada uma permite mensurar. Através da formação e treino será possível uniformizar procedimentos e manter os enfermeiros atualizados quanto às mais atuais *guidelines*. Contudo cada doente e cada situação clínica tem as suas particularidades e a avaliação da dor será sempre um desafio constante (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Não será possível falar sobre cuidados de enfermagem sem referir os pilares que sustentam toda a nossa prática diária e nos direcionam para o caminho a percorrer. Seguidamente serão abordadas as teorias de Enfermagem que mais se baseiam no controlo da dor e as competências do enfermeiro especialista na gestão da dor.

1.6. Dor e Teorias de Enfermagem

De todas as teorias de enfermagem existentes as mais relevantes para o conceito de gestão da dor são a teoria das transições de Afaf Meleis e a teoria do conforto de Katharine Kolcaba.

Para Petronilho citado por Batalha (2016) a teoria de Enfermagem de Afaf Meleis propõe como conceito central as transições que as pessoas vivenciam face aos acontecimentos de vida. É neste plano que os enfermeiros que exercem funções no extra-hospitalar atuam, sendo facilitadores dos processos de transição a que os doentes estão sujeitos, muitas vezes de forma abrupta e inesperada, conseguindo atenuar e guiar os utentes para culminar no alívio dos sintomas e das suas inquietações.

Para Kolcaba citado por Batalha (2016) o alívio, a tranquilidade e a transcendência são os três estados da sua teoria do conforto. Podemos referir que o alívio consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio.

A condição de doença interfere com a tranquilidade, quebrando com este estado duradouro de alívio. O estado de transcendência é alcançado quando o doente consegue planejar e controlar o seu destino, resolvendo os seus próprios problemas e preocupações.

O conforto é um objetivo dos cuidados de enfermagem e um resultado esperado por doentes e familiares (Kim e Kwon, 2007). Foi Kolcaba na década de 90, ao desenvolver a sua teoria de médio alcance, que mais importância deu a este tema, definindo-o a partir dos diversos significados que lhe estavam subjacentes: uma causa para o alívio do desconforto e/ou estado de conforto, um estado de acalmia, tranquilidade ou contentamento, o alívio do desconforto ou aquilo que torna a vida agradável (Kolcaba, 1991).

O estado de conforto implica a ausência de preocupações, dor, problemas ou sofrimento que resultem da presença do desconforto, sendo o enfermeiro um agente que deverá identificar e eliminar fontes de desconforto antes que estas possam afetar o doente (Kolcaba, 1991).

Quando o desconforto se instala o seu alívio pode ser considerado como conforto, mesmo que seja incompleto (se apenas um dos vários desconfortos são aliviados), parcial (somente parte de um determinado desconforto é aliviada) ou temporário (quando o alívio é por um curto período) (Kolcaba, 1991).

1.7. Competências do Enfermeiro Especialista e gestão da Dor

A relação da dor com o sofrimento merece uma referência particular. Sabemos que a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. A dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigada (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A gestão da dor pressupõe uma correta avaliação da dor e uma supressão da mesma através de todos os meios disponíveis e ao alcance do enfermeiro e passíveis de serem compreendidos e utilizados pelo doente. Quando falamos em controlo de dor, não podemos esquecer as duas grandes vertentes: farmacológica e não farmacológica. Estas duas vertentes quando combinadas, otimizam o processo de mitigação de dor.

Possuímos medidas farmacológicas onde podemos utilizar variada medicação. Podemos mesmo combinar diferentes terapêuticas entre si para obter um efeito potenciador e complementar. Seja pela utilização de analgésicos não opióides como o Paracetamol, os Antiinflamatórios não esteroides e os opióides mais fracos como o Tramadol e a Codeína ou mais fortes como a Morfina e o Fentanil. Como adjuvantes temos os antidepressivos, os anticonvulsivantes, os corticoides, os relaxantes musculares, os ansiolíticos e os antiespasmódicos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Como intervenção não farmacológicas podemos utilizar terapias cognitivo-comportamentais tais como o relaxamento com imaginação, treino de habilidades de *coping* e técnicas de distração. A nível físico podemos utilizar o exercício, a aplicação de frio, a imobilização ou a massagem. Como suporte emocional podemos utilizar a técnica do toque terapêutico e o conforto (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A ordem dos enfermeiros caracterizou e balizou as competências específicas que os enfermeiros especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica devem deter e ser altamente proficientes na sua implementação prática. Estas competências assentam em três pilares que são caracterizados pelo cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim o controlo eficaz da dor a ser vivenciado pelo doente e família em situação crítica encontra-se englobado no pilar da gestão de processos complexos de doença crítica.

Como podemos ler no regulamento n.º 124 emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2011) na sua alínea K 1.3, o enfermeiro especialista é responsável por “*Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas*”. O enfermeiro especialista apresenta-se igualmente responsável pela identificação de evidências fisiológicas e emocionais de dor, por demonstrar conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, adequando as respostas às necessidades da pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista deve garantir e demonstrar a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Identificada a temática como a perceção da gestão da dor no contexto de cuidados prestados pelos enfermeiros em ambulância SIV é apresentado o percurso escolhido para melhor caracterizar e utilizar como meio para atingir a resposta à pergunta de investigação.

Para Fortin (2009), o desenho de investigação “*é o plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista estabelecer uma maneira de proceder suscetível de levar à realização dos objetivos, que são encontrar respostas às questões de investigação (...)*”. Deste modo, no desenho de uma investigação são definidos os seguintes elementos: o meio onde o estudo é realizado, o tipo de estudo, a seleção da população e o tipo e tamanho da amostra, o instrumento e método para a recolha dos dados e o tratamento dos mesmos.

2.1. Da problemática aos objetivos e questões de investigação

A prestação de cuidados de saúde apresenta diversos desafios no controle de múltiplos fatores que podem interferir no *outcome* dos utentes. Os cuidados quando prestados em ambiente extra-hospitalar ainda apresentam mais desafios para todos os profissionais dada a imprevisibilidade multifatorial de todo o contexto.

Tendo por base as múltiplas condicionantes do contexto, surge a questão: como é que os enfermeiros SIV percecionam a gestão da dor no exercício das funções no contexto extra-hospitalar. De forma a dar resposta a esta pergunta de partida, outras questões mais específicas surgiram, tais como: Quais as estratégias utilizadas por estes profissionais para a avaliação e controlo da dor? Será que estes enfermeiros enfrentam dificuldades na gestão da dor em contexto extra-hospitalar? Qual a opinião dos enfermeiros relativamente às práticas protocoladas existentes? Será que poderemos identificar algumas sugestões de melhoria baseadas na prática e na experiência de cada um destes profissionais?

Com o intuito de dar resposta às perguntas de investigação que surgiram foram definidos objetivos. O objetivo geral deste trabalho é: conhecer a realidade vivenciada pelos enfermeiros através da sua perceção relativamente à gestão da dor, na abordagem efetuada aos doentes, em contexto extra-hospitalar.

Como objetivos específicos foram definidos: conhecer as estratégias utilizadas na avaliação e controlo da dor, identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na gestão da dor, conhecer a opinião sobre práticas protocoladas para a gestão da dor e recolher sugestões para uma melhor avaliação e controlo da dor em contexto extra-hospitalar.

Para conhecer e compreender as especificidades que este contexto exige, foi utilizado um contacto direto e pessoal com os enfermeiros que prestam cuidados de saúde no extra-hospitalar. Desta forma foi possível conhecer e recolher as experiências e perceções que cada um tinha para oferecer, com base na sua experiência e vivência.

2.2. Tipo de estudo

No sentido de dar resposta aos objetivos definidos para o estudo, a abordagem idealizada para este estudo é a qualitativa e como refere Fortin (2009), o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-lo.

A abordagem qualitativa deste estudo foi desenvolvida com base na disciplina fenomenológica, pois segundo Fortin (2009) o estudo fenomenológico visa compreender um fenómeno para extrair a sua essência, do ponto de vista daqueles que a viveram ou a vivenciam. Desta forma através do contacto com os enfermeiros que trabalham em ambulâncias SIV no terreno foi retirado ao máximo a experiência vivenciada por cada um deles de acordo com o interesse e tema do estudo em questão.

2.3. População alvo e participantes no estudo

A população alvo do estudo são os enfermeiros que trabalham no ambiente extra-hospitalar, mais especificamente em ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em território nacional. Para selecionar os participantes no estudo, foram definidos como critérios de inclusão e pré-requisitos de elegibilidade os seguintes critérios: serem enfermeiros, que desempenhem funções na Delegação Regional do Norte (DRN), num mínimo de 35 horas de trabalho semanais e que tenham vínculo profissional com o INEM, com um tempo de serviço no INEM mínimo de 1 ano e tempo de serviço enquanto profissionais de enfermagem no mínimo de 2 anos.

O Instituto Nacional de Emergência Médica possui cerca de 193 enfermeiros afetos ao serviço direto do Instituto, divididos por 4 delegações regionais, sendo elas Norte, Centro e Lisboa/Vale do Tejo e Sul. A região Norte possui cerca de 80 enfermeiros (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

Este estudo contou com a participação de 10 enfermeiros da DRN, compreendendo assim numa amostra de 12,5% do total de enfermeiros da delegação regional do Norte.

2.4. Recolha, Procedimento e Tratamento de dados

Para Fortin (2009), a investigação pode incidir sobre uma variedade de fenómenos, motivando assim o acesso a diversos métodos de colheita de dados. Este é um processo através do qual se objetiva a recolha de informação sobre determinadas variáveis, junto dos participantes envolvidos no estudo.

O instrumento utilizado na recolha de dados serve para colher informação necessária e pertinente à realização do trabalho de investigação (Oliveira e Martins, 2013) e segundo Fortin (2009) a entrevista é utilizada como principal método de colheita de dados em estudos qualitativos e tem principalmente 3 funções: examinar conceitos e compreender o sentido dos fenómenos, ser usado como

instrumento de medida e ainda como complemento a outros métodos de colheita de dados.

A entrevista semiestruturada é principalmente utilizada em estudos qualitativos quando o investigador pretende compreender o significado de determinados acontecimentos vividos pelos participantes, permitindo exprimir os seus sentimentos e opiniões sobre o tema. Pode ser caracterizada como uma conversa informal que é inspirada pelas circunstâncias (Oliveira e Martins, 2013).

Com base no apresentado anteriormente, o instrumento utilizado para a recolha dos dados foi a entrevista semiestruturada (apêndice I), porque se pretendia recolher informação sobre o assunto em questão, numa conversa de natureza profissional a cada um dos participantes (Marconi e Lakatos, 2007).

Relativamente ao procedimento de recolha de dados e após a seleção dos participantes, foi realizado num primeiro momento, o contacto com os mesmos, de forma a apresentar os objetivos do estudo e para recolher a sua autorização para a elaboração da entrevista. Após a aceitação da participação no estudo, foi apresentado a cada enfermeiro, de forma sucinta, o guião de entrevista e marcado um momento formal para realizar a mesma. Foi tido em consideração o melhor momento e o melhor local por forma a facilitar a troca de experiências de forma serena e sem interrupções.

A entrevista foi gravada, em suporte digital, com a prévia autorização de cada um dos intervenientes e informada da sua destruição após a transcrição e apresentação do estudo. Todas as autorizações foram obtidas por consentimento verbal presente na fita áudio e por consentimento informado por escrito, datado e assinado, tanto pelo entrevistador como pelo entrevistado (apêndice II).

No total foram realizadas 10 entrevistas semiestruturadas, tendo terminado quando verificamos a saturação dos dados recolhidos, observada pela consonância e alguma sobreposição de experiências vividas e relatadas por cada um dos intervenientes. Estas entrevistas, foram transcritas na sua totalidade, pois segundo Bardin as entrevistas semi-dirigidas ou semiestruturadas devem ser transcritas na sua totalidade e integralmente, para posterior análise de conteúdo, e devem

respeitar três momentos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2016).

A categorização dos resultados foi feita através de quadros para uma melhor estruturação e facilitada interpretação do seu contexto (apêndice III).

2.5. Considerações Éticas

Os princípios que devem reger a investigação científica são três e denominados por: princípio do respeito à pessoa, princípio da beneficência e princípio da justiça.

Para atender ao princípio do respeito à pessoa, o consentimento informado de cada colaborador permite proteger os participantes com capacidade decisória e manter a confidencialidade no sentido de respeitar e preservar os seus direitos e o seu bem-estar, assim como assegurar a sua participação livre e esclarecida.

O princípio da beneficência exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios. Para cumprir este princípio deve ser explicado o problema de investigação e o seu objetivo.

O princípio da justiça preconiza que “*os benefícios e ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa*”. Além disto, este princípio preconiza que o acesso aos benefícios da pesquisa seja equitativo. No sentido de respeitar este princípio será adotado um comportamento personalizado para cada participante, retirar-se-ão todas as dúvidas apresentadas pelos participantes e esclarecer-se-ão todos os aspetos que foram solicitados (Hulley *et al.*, 2008).

Na investigação científica, independentemente do caminho epistemológico, a investigação está regida por regras internacionais e nacionais, protegendo as pessoas e balizando a investigação através de um consentimento livre e esclarecido aos intervenientes no estudo. Foram estes os princípios aplicados ao longo do desenvolvimento do nosso trabalho.

A todos os participantes intervenientes no estudo foram garantidos os princípios de confidencialidade e proteção de dados, passando a designar cada um dos entrevistados e codificando-os por “E” e assim consecutivamente (E1, E2, ...).

Precedente à recolha dos dados foi lido e garantido a compreensão do consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo. Todos os participantes concordaram e assinaram um exemplar em conformidade.

A autorização para a realização do estudo pode ser consultada no anexo I.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo começamos por apresentar a **caraterização dos participantes** pelos seus dados demográficos: sexo, idade, tempo de serviço e tempo de serviço na instituição. Posteriormente procedemos à apresentação e discussão da análise dos dados obtidos através das entrevistas realizadas, sob a forma de quadros, divididos pelas temáticas: **estratégias utilizadas na avaliação da dor; dificuldades na avaliação da dor; sugestões de melhoria e perceção global da gestão da dor.**

3.1. Caraterização dos participantes

Neste estudo participaram 10 enfermeiros, sendo 7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. A média de idades dos participantes no estudo é 40.8 anos, e varia entre os 35 e os 55 anos como podemos ver no seguinte gráfico n.º 9.

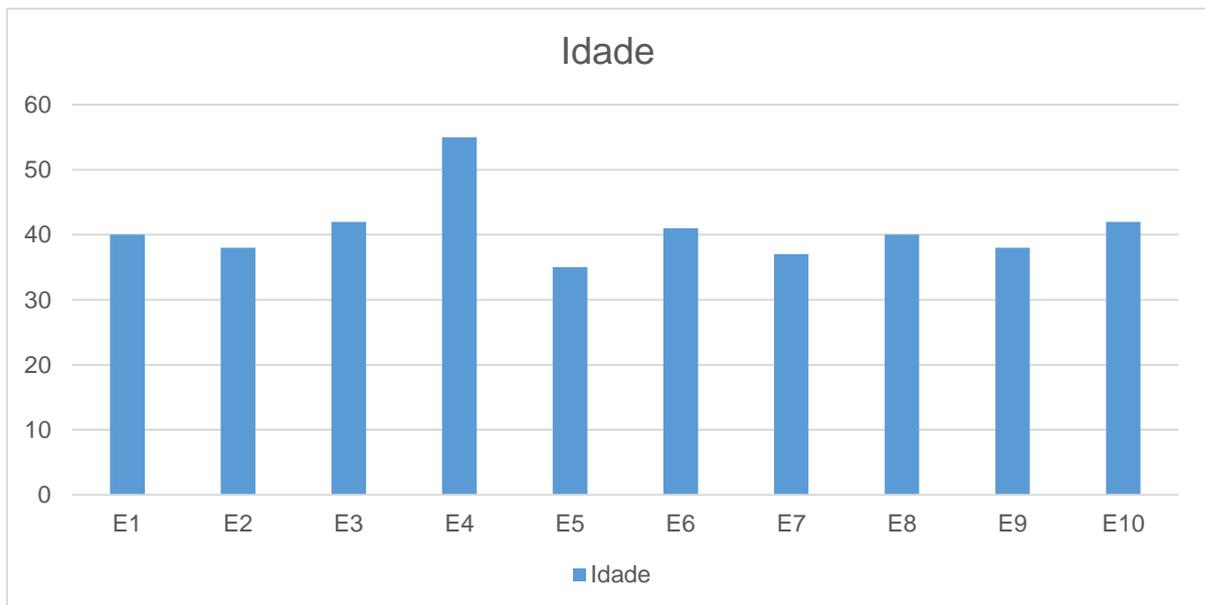


Gráfico 9 - Idade dos participantes no estudo

A sua experiência apresenta-se refletida através de tempo total de serviço enquanto enfermeiros e em tempo dedicado ao serviço no Instituto Nacional de Emergência Médica, como podemos ver traduzido no seguinte gráfico n.º 10. A média de tempo de serviço é de 18 anos sendo a média de tempo de serviço dedicado ao Instituto de 10 anos.

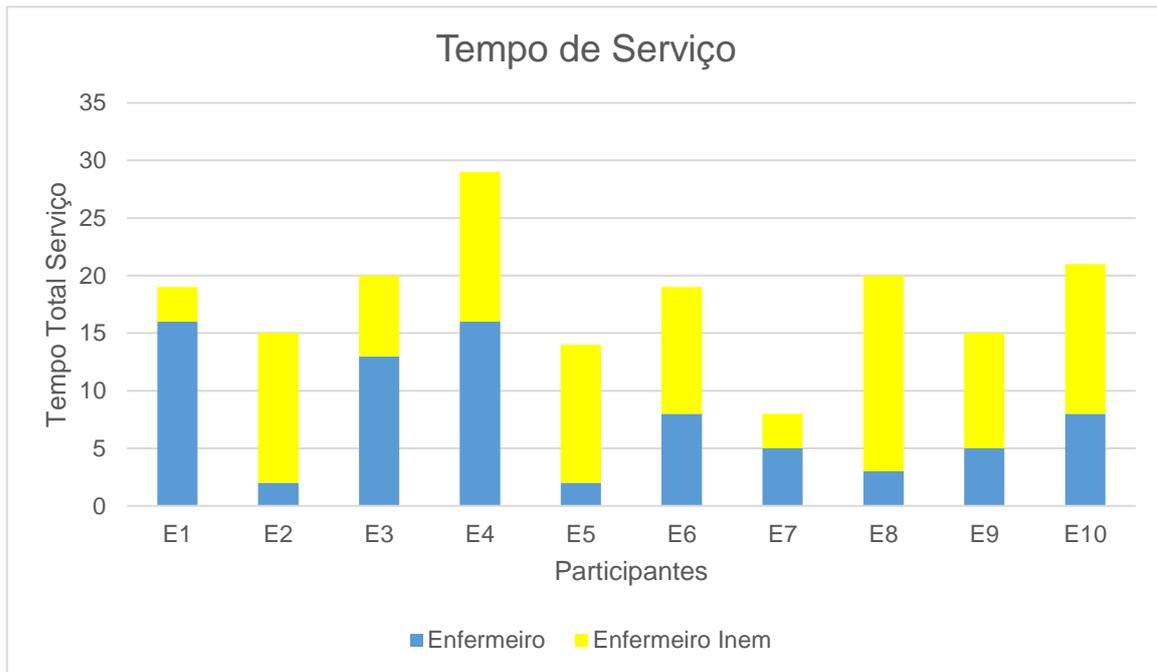


Gráfico 10 - Tempo total de serviço

Todos os participantes no estudo são funcionários do Instituto Nacional de Emergência Médica, trabalham há mais de 1 ano na função, são enfermeiros com prestação de cuidados há mais de 2 anos e já lidaram com doentes com dor ou desconforto durante a sua prática clínica.

Os dados colhidos são apresentados seguidamente respeitando as quatro temáticas definidas, nomeadamente: as **estratégias utilizadas na avaliação da dor**, as **dificuldades sentidas na avaliação da dor**, as **sugestões de melhoria e a perceção global sobre a gestão da dor**.

3.2. Estratégias utilizadas na avaliação da Dor

Na área temática, estratégias utilizadas na avaliação da dor, definimos duas categorias: utilização de **instrumentos de avaliação da dor** e **avaliação complementar**. As estratégias referidas pelos participantes no estudo, como utilizadas na avaliação da dor passam pela utilização de instrumentos de avaliação.

3.2.1. Utilização de instrumentos de avaliação da Dor

Relativamente à categoria instrumentos de avaliação da dor, foi dividida em cinco subcategorias sendo elas: **escala numérica**, **escala de faces**, **escala visual analógica**, **escala qualitativa** e **CPOT Scale** e encontram-se seguidamente apresentadas no quadro n.º 1.

Quadro 1 - Perceção dos enfermeiros relativamente aos instrumentos que utilizam na avaliação da Dor

<p>Escala Numérica e Escala de Faces</p>	<p>“A escala numérica” (E1) “(…) sempre que possível ... a escala numérica” (E2) “...a habitual dos números a escala numérica e muitas vezes a das faces...” (E4) “A escala numérica e a escala de faces” (E5) “...escala numérica NRS ou então a escala das Faces” (E6)</p>
<p>Escala Visual Analógica</p>	<p>“... no caso das crianças, a escala visual” (E9)</p>
<p>Escala Qualitativa</p>	<p>“...quer a escala numérica para doentes conscientes, quer a escala qualitativa nos doentes que não sabem quantificar e especificar o número ...” (E10)</p>
<p>CPOT Scale</p>	<p>“(…) também costumo usar a escala de faces e a CPOT Scale (Critical Care Patient Observation Tool)” (E3)</p>

Como é possível verificar no quadro 1, todos os participantes referem que utilizam escalas para a mensuração da dor dos seus doentes e por vezes mais que uma, complementando com a avaliação clínica do doente.

Relativamente à escala numérica, esta é referida por todos os participantes juntamente com a utilização da escala de faces. Um participante refere a utilização da escala visual, na avaliação da dor nas crianças e outro utiliza a escala qualitativa na avaliação dos doentes que não conseguem quantificar ou especificar um valor na escala numérica. A *Critical Care Patient Observation Tool (CPOT Scale)* foi também referida por um participante.

Os resultados encontrados no nosso estudo vão de encontro à literatura que nos demonstra isso mesmo, sendo a escala numérica, de facto, a mais amplamente utilizada.

Planella (2018) no seu estudo sobre a valorização da dor no contexto de emergência extra-hospitalar na Catalunha, refere que os seus participantes mencionam a utilização de pelo menos uma escala (numérica) para a avaliação da dor dos doentes. Por outro lado, para Gomes e Macedo (2020) também referem que a dor aguda pode ser avaliada com segurança e de forma sustentada com o recurso a escalas de um só espectro como a escala numérica de avaliação da dor.

Verificamos no nosso estudo que todos os enfermeiros utilizam a mesma escala, a escala numérica, no entanto, três participantes recorrem a outros instrumentos de avaliação da dor de forma complementar.

De acordo com Batalha (2016) a utilização padronizada do mesmo, ou dos mesmos instrumentos para a avaliação dos doentes revela-se importante para conseguir sistematizar as experiências dos doentes e utilizá-la de forma sistematizada por todos os profissionais.

3.2.2. Avaliação complementar da Dor

Para além da utilização de escalas para avaliar a dor, os participantes também referiam que utilizam outras fontes de informação, para complementar essa avaliação. Esta categoria, avaliação complementar da dor, encontra-se dividida em duas subcategorias, sendo elas a **cinemática/contexto** e **avaliação clínica** e estão apresentadas no quadro n.º 2.

Quadro 2 - Perceção dos enfermeiros relativamente à avaliação complementar da Dor

Cinemática/Contexto	“...utilizo ainda a informação relacionada com o enquadramento da situação, com a cinemática do trauma...” (E4)
Avaliação Clínica	<p>“...a avaliação clínica feita pelo profissional também é importante...” (E2)</p> <p>“...incluo o doente na avaliação...valorizo a sintomatologia associada, o próprio esgar de dor...” (E1)</p> <p>“...o que ele sente, as manifestações que tem a nível sintomático e fisiológicas...como é que está, como é que se posiciona...” (E3)</p> <p>“...na avaliação tenho em consideração a situação clínica do doente...” (E4)</p> <p>“...considero a avaliação clínica, os outputs que ele nos dá, não basta perguntar...” (E6)</p>

Tal como apresentado no quadro n.º 2, um participante refere que nas situações de trauma, a cinemática da lesão é tomada em consideração, sendo possível assim encontrar lesões potenciais associadas. De facto, foi possível perceber pelas respostas dos participantes que a gravidade do estado clínico do doente também interfere na avaliação da dor e quanto mais grave for a instabilidade do doente, maior será o grau de dor associado.

Por vezes, os profissionais de saúde quando observam um doente agarrado ao peito, com náuseas, vômitos e instabilidade hemodinâmica, poderão considerar que este tem um nível de dor superior, quando comparado a outro que não apresente nenhuma desta sintomatologia ou alteração de sinais vitais para o mesmo tipo de lesão sugestiva.

Assim, a utilização de uma avaliação complementar com recurso à cinemática do trauma ou do contexto em que surge a dor, é também referida por dois participantes, que mencionam utilizar a observação de comportamentos como um fator a considerar quando é realizada a avaliação da dor

Kolcaba (2003) refere o interesse na utilização de instrumentos para monitorização mas considera de elevada importância na gestão da dor, a deteção de necessidades, a consideração do autorrelato ou indicadores comportamentais/observáveis por parte do enfermeiro.

3.3. Dificuldades sentidas na avaliação da Dor

Na área temática, dificuldades na avaliação da dor, referidas pelos participantes, foram definidas cinco categorias: Dificuldades relacionadas com o **doente**, com o **instrumento de avaliação**, com o **próprio enfermeiro**, com a **valorização e interpretação da dor** e com a **gestão farmacológica**.

3.3.1. Dificuldades relacionadas com o doente

Nesta categoria os resultados foram divididos em três subcategorias, nomeadamente: o **estado de consciência**, a **idade do doente** e a **subjetividade de interpretação**. Os dados são apresentados abaixo no quadro n.º 3.

Quadro 3 - Perceção das dificuldades sentidas pelos enfermeiros relacionadas com o doente

<p>Estado de Consciência</p>	<p>“...utilizar as escalas nas pessoas conscientes, orientadas e colaborantes, sim, tudo o resto, pessoas desorientadas...é muito difícil...” (E1)</p> <p>“...só utilizo a escala numérica para doentes conscientes...” (E10)</p>
<p>Idade</p>	<p>“...utilizar escalas em crianças, é muito difícil a sua aplicação...” (E1)</p> <p>“...sempre que possível utilizo a escala numérica, à exceção da pediatria...” (E2)</p>
<p>Subjetividade da interpretação</p>	<p>“...a dor é sempre um processo subjetivo e decorrente da experiência sensorial do doente, é sempre algo subjetivo de avaliar...” (E2)</p> <p>“...já me aconteceu de ter pessoas que nitidamente me pediam determinados fármacos, não apresentando nenhum sinal ou sintoma que fosse compatível com a dor” (E5)</p> <p>“...a avaliação varia muito consoante o doente, temos de olhar para ele e consoante ele quantifica a dor, nós temos de avaliar... nem sempre corresponde o grau da dor com o fácies que ele apresenta.” (E7)</p>

Relativamente às dificuldades referidas pelos participantes relacionadas com o doente, verificamos que para os enfermeiros participantes no estudo, os fatores que mais interferem na avaliação da dor são: o estado de consciência das vítimas, a idade dos mesmos e a subjetividade da interpretação da dor. De facto, quatro participantes referiram que conseguem a correta utilização dos instrumentos de avaliação da dor nos doentes conscientes e orientados. No entanto, a dificuldade da avaliação da dor é acrescida quando o doente apresenta uma alteração do estado de consciência. Esta dificuldade foi referida por três enfermeiros que neste caso, não adotam a escala numérica, mas sim as escalas comportamentais e a valorização de alterações hemodinâmicas presentes.

A literatura mostra-nos que as escalas *Behavioral Pain Scale (BPS)* e *Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT Scale)* são as mais adequadas para avaliação da dor nos doentes de cuidados intensivos. A BPS é a escala mais utilizada. Contudo nem todos os doentes impossibilitados de comunicar estão ventilados e a BPS só deve ser utilizada nesta situação. Como a *CPOT Scale* pode ser aplicada em doentes ventilados e não ventilados, podemos dizer que poderá ser ponderada a sua utilização em diversos contextos da prática clínica (Teixeira e Durão, 2016).

Também Cade citado por Niza (2018), refere que “a dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos” e através de escalas próprias como a - *Behavioral Pain Scale (BPS)*, *Nonverbal Pain Assessment Tool (NVPS)* e *Critical-Care Pain Observation Tool* - que favorecem uma abordagem sistematizada, melhorando a gestão da dor em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

A literatura mostra-nos que a *BPS* e a *CPOT Scale* são as escalas de avaliação de dor mais válidas para aplicação em doentes críticos, com impossibilidade de autoavaliação mas com preservação das suas capacidades motoras (Ferreira *et al.*, 2014).

Relativamente à dificuldade de avaliação da dor relacionada com a idade do doente, dois participantes referem ser de difícil aplicação quando a vítima é uma criança e um participante refere quando a vítima já não consegue compreender/interpretar a escala, como por exemplo, no doente idoso.

A idade das vítimas apresenta-se como uma dificuldade nomeadamente quando a avaliação incide sobre crianças ou idosos. A necessidade de adaptar as escalas utilizadas para a avaliação de doentes nos extremos das fchas etárias torna-se uma realidade.

Nas crianças a utilização da escala de Faces é referido pelos participantes e vai de encontro com as recomendações. Segundo a normativa emanada pela DGS em 2010, a avaliação da dor na criança através de escalas deve ser complementada de forma qualitativa.

As escalas encontram-se recomendadas para utilização consoante as diversas faixas etárias. De salientar para o contexto extra-hospitalar a utilização da escala de faces de Wong-Baker (George, 2010).

Para os mais idosos, que por vezes já apresentam limitações cognitivas, auditivas e visuais, a interpretação do que é pedido para validar numa escala, apresenta desafios acrescidos na prática. Esta avaliação deve ser complementada com a avaliação comportamental do doente.

A Sociedade Geriátrica Americana enumera como respostas de dor da pessoa idosa: expressões facial (cara triste, testa enrugada, os olhos cerrados, piscar dos olhos); verbalizações e vocalizações (suspiros, gemidos, grunhidos, respiração ruidosa, pedindo ajuda); movimentos corporais (rígidos, postura corporal tensa, balançando, mobilização restrita); alterações nas interações interpessoais (recusa alimentar, alterações do apetite, aumento do número de períodos de repouso, mudanças no padrão de sono/repouso, súbita cessação de rotinas); alterações do estado mental (choro ou lágrimas, aumento de confusão irritabilidade) (Batalha, 2016).

A normativa da DGS para a avaliação da dor do doente idoso adverte os profissionais para estarem despertos para alterações comportamentais e cognitivas e as possíveis manifestações de dor. Devemos estar atentos a indicadores como a expressão facial, os movimentos corporais, as verbalizações ou vocalizações, alterações das relações interpessoais e alterações do seu estado mental (George, 2010).

Dois enfermeiros referem como dificuldade na avaliação da dor a subjetividade com que cada doente interpreta o estímulo da dor. Os mesmos mencionaram, que por vezes validam um valor alto na escala numérica, mas este não corresponde ao comportamento, à postura ou ao próprio estado clínico da vítima. O inverso também é relatado, quando doentes com cinemática/contexto, sintomatologia e sinais evidentes de dor, não a valorizam, quando questionados de forma a balizar esse valor numa escala.

A própria dor é caracterizada por ser um fenómeno complexo e subjetivo, com uma resposta multidimensional, fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural subjacente às experiências de dor da nossa própria vivência. A subjetividade com que cada individuo demonstra na forma como reage ao estímulo, dificulta a avaliação da dor (Batalha, 2016).

3.3.2. Dificuldades relacionadas com o instrumento de avaliação

Como é possível verificar no quadro nº 4, da análise das entrevistas foram ainda identificadas dificuldades relacionadas com o instrumento de avaliação utilizado, nomeadamente a **limitação do instrumento** e a **subjetividade do instrumento**.

Quadro 4 - Perceção dos enfermeiros relativamente às dificuldades relacionadas com o instrumento de avaliação

Limitação do instrumento	<i>“A escala NRS não, acho que é muito redutora” (E3)</i>
Subjetividade do instrumento	<i>“...o doente por achar que vai ser melhor tratado diz dez, e tu olhas para o fácies, e não corresponde a dez...” (E4)</i>

Constata-se que para um participante a utilização da escala numérica torna-se bastante redutora. O enfermeiro referiu ainda que apesar de utilizar a escala numérica, acha-a muito redutora quando utilizada individualmente, sem a associação com outra escala. Ou seja, na sua opinião, o facto de este instrumento de avaliação da dor ser demasiado objetivo, torna a própria escala bastante redutora para caracterizar um fenómeno tão complexo como a dor.

Verifica-se ainda que outro participante refere que um doente que já conheça o instrumento de avaliação, pode optar por pontuar um valor elevado na escala, para ser melhor atendido pelo profissional. O enfermeiro entende que a escolha do instrumento pode influenciar a valorização por parte do doente se este já conhecer previamente a escala, e que a opção pelo valor máximo possível também pode suggestionar o doente a considerar que se mencionar um valor elevado poderá ser mais valorizado no seu tratamento.

Estes resultados vão de encontro ao referido por Batalha (2016) que a identifica como uma dificuldade frequentemente sentida pelos enfermeiros, ou seja, o facto de a avaliação da intensidade da dor ser discordante com o comportamento da vítima, apresentando como sugestão nestes casos, que a avaliação seja mais aprofundada porque as manifestações fisiológicas e comportamentais poderão não ser coincidentes com o autorrelato da dor.

3.3.3. Dificuldades relacionadas com o enfermeiro

Ao analisarmos os dados das entrevistas foi possível verificar que os participantes também referiram dificuldades relacionados com a sua **experiência profissional**. As mesmas são apresentadas no seguinte quadro nº 5.

Quadro 5 - Perceção dos enfermeiros relativamente às dificuldades relacionadas com o enfermeiro

Experiência Profissional	<p><i>“...se houver tempo, se uma pessoa estiver confortável no contexto a dor é melhor caracterizada...” (E1)</i></p> <p><i>“...na avaliação deixo se calhar que o meu juízo profissional se sobreponha...” (E2)</i></p> <p><i>“...mesmo que tenhamos experiência será a nossa perspectiva e cada pessoa sente a dor à sua forma e da sua maneira...” (E6)</i></p> <p><i>“...sem dúvida que a experiência e a formação, o conhecer as escalas e o partilhar as experiências com pessoas mais experientes do que eu, facilita a avaliação...” (E5)</i></p> <p><i>“...baseio a avaliação no historial do quadro clínico semelhante...” (E8)</i></p> <p><i>“...não só o conjunto das experiências passadas, mas da pesquisa que fazemos...” (E6)</i></p>
---------------------------------	--

Como é possível verificar pelos dados do quadro anterior, os participantes do estudo referem que toda a experiência que possuem é mobilizada e aplicada no momento de avaliação do doente.

Na avaliação da dor, a comparação com quadros clínicos semelhantes, as experiências anteriores para o mesmo contexto, a partilha de experiências e de situações práticas com os pares e de toda a informação que vão obtendo de forma formal ou informal, contribuem para uma melhor capacitação desse mesmo momento por parte dos enfermeiros.

Sampson, O’Cathain e Goodacre (2019) observaram que os participantes do seu estudo preferem valer-se da experiência pessoal e preferências do que basearem-se na evidência e no conhecimento na forma como a gestão da dor deve ser efetuada. Reportaram existir uma afinidade pela utilização de determinadas drogas no controlo da dor e essas eram passadas aos parceiros de profissão de forma informal.

Também Oliveira *et al* (2016) referem que algumas barreiras que existem na forma eficaz como fazemos a gestão da dor revelam-se características do próprio enfermeiro, como o medo, a frustração a insegurança e a falta de empatia. Estas características tem a tendência de reduzir de forma proporcional à experiência do profissional. Toda esta experiência profissional adquirida referida pelos enfermeiros torna-se preponderante para uma melhor avaliação da dor dos doentes. Quanto maior for o grau de perícia ou especialização do profissional, maior será o conhecimento adquirido para o colocar em prática.

A comparação de cenários com elevado grau de concordância, por parte dos enfermeiros, poderá apresentar-se como uma dificuldade. A subjetividade está implícita, e a comparação por mais semelhante que seja, pode tornar-se errónea. A não valorização do que o doente efetivamente refere, poderá ser uma dificuldade para uma correta e precisa avaliação da dor. Como a dor depende de variáveis subjetivas e requer que na sua avaliação, se valorize a perceção de quem a experiencia, a autoavaliação é o modelo de ouro na sua avaliação, em detrimento da heteroavaliação realizada pelo enfermeiro, o qual baseia-a na sua experiência profissional (Batalha, 2016).

3.3.4. Dificuldades relacionadas com a valorização da Dor

Ao tratarmos os resultados das entrevistas foi possível verificar que ao longo das mesmas, tanto a subvalorização como a sobrevalorização foram identificadas como algo que interferia na gestão da dor. Assim os relatos foram divididos em duas subcategorias, nomeadamente **subvalorização da dor** e **sobrevalorização da dor**, que se apresentam no quadro nº 6.

Quadro 6 - Perceção dos enfermeiros relativamente às dificuldades relacionadas com a valorização da Dor

<p>Subvalorização</p>	<p><i>“Subvalorização da dor? sim, muito facilmente isso pode acontecer” (E1)</i></p> <p><i>“na avaliação sim...o doente referir um grau de dor e eu pela minha experiência perceber que não pode ser tanta, mas se calhar até é a dor que o doente esta a sentir...” (E4)</i></p> <p><i>“...ao longo do meu percurso eu não tenho dúvida que em alguns eu subvalorizei e depois tive que rever a prática e reavaliar tudo de novo...também subvalorizei porque não consegui perceber sinais e manifestações corporais do doente...” (E6)</i></p> <p><i>“...subvalorizo quando referem que a dor é o extremo e eu complemento com a minha observação e comportamento, e aí já valorizo para menos...” (E10)</i></p>
<p>Sobrevalorização</p>	<p><i>“...sobrevalorizo quando o doente me disse que não tinha dor e eu pela minha experiência, saber que é impossível ele não ter dor...” (E4)</i></p> <p><i>“...sobrevalorizar a dor? – sim já, correto...” (E7)</i></p>

Ao analisar os dados, percebemos que a maioria dos participantes refere ter experienciado momentos de subvalorização assim como momentos de sobrevalorização.

Os participantes identificam a subvalorização quando o valor referido pelo doente não corresponde ao comportamento, às repercussões hemodinâmicas ou mesmo à fâcias do doente, correndo o risco de uma subvalorização ao que o doente refere sentir.

O mesmo acontece com a possibilidade de incorrer numa sobrevalorização, ditada esta pela experiência do profissional de enfermagem, perante determinadas situações consideradas e vivenciadas como potenciadoras de um nível de dor elevado. Ou seja, para uma determinada situação, mesmo quando não referida pelo doente, o enfermeiro, pela sua experiência e conhecimento, pontua com um valor superior ao referido, correndo o risco de sobrevalorizar a informação, com o intuito de o proteger.

A literatura mostra-nos que na utilização de escalas de heteroavaliação, quando em dúvida do valor da cotação, deverá ser utilizado o valor imediatamente superior, tendo em conta as imobilizações, sedativos ou instabilidade clínica, que são fatores que podem influenciar a avaliação. De facto, o stress, agitação e o medo são igualmente fatores a considerar na heteroavaliação do doente pois são potenciadores da perceção da dor por parte dos doentes (Batalha, 2016).

3.3.5. Dificuldades relacionadas com a gestão farmacológica

As dificuldades relacionadas com a gestão farmacológica, foram também identificadas ao longo das entrevistas e são apresentadas no quadro nº 7. Dentro desta categoria, foram definidas duas subcategorias: **submedicar** e **sobremedicar**.

Quadro 7 - Perceção dos enfermeiros relativamente às dificuldades relacionadas com a gestão farmacológica

Submedicar	<p><i>“...a subvalorização é mais recorrente, mas sobremedicação ou sobreanalgesia raramente acontece...” (E1)</i></p> <p><i>“...se na subvalorização da avaliação veio a refletir-se numa instituição de uma terapêutica inadequada? não sinceramente acho que não...” (E2)</i></p> <p><i>“...submedicar sim, penso que sim, sobremedicar acho que não...” (E5)</i></p>
Sobremedicar	<p><i>“...ocorrendo foi sobremedicar e não submedicar...” (E3)</i></p> <p><i>“...normalmente tento ir por excesso e não por defeito, dentro das normas...” (E4)</i></p>

De facto, a maioria dos enfermeiros referem que a submedicação poderá ocorrer devido a uma subvalorização da dor. No entanto, como a avaliação é contínua e constante, mesmo que num momento seja submedicado existe sempre a possibilidade de readministrar ou mesmo de escalar terapêutica para obter o efeito desejado.

A sobremedicação é mais rara nos relatos, sendo referida apenas por dois participantes, que sentem segurança em administrar medicação numa dose mais elevada, sem nunca ter tido repercussões hemodinâmicas no mesmo. A segurança que o contexto de ambulância SIV proporciona, com a existência de antídotos para a reversão de sobredosagem e material que permita assistir o doente caso seja necessário, garantem a segurança necessária a estes profissionais.

3.4. Sugestões de melhoria para a avaliação da Dor

Relativamente às sugestões de melhoria para uma avaliação da dor mais eficaz, perante as respostas dos participantes foi possível verificar que as sugestões dadas se centravam na própria avaliação da dor, na terapêutica disponível e na operacionalização prática da gestão da dor. Assim foram definidas as seguintes subcategorias: **sugestões de melhoria centradas na avaliação da Dor**, **centradas na diversificação terapêutica** disponível e na **operacionalização prática** do contexto.

3.4.1. Sugestões de melhoria para otimizar os instrumentos de avaliação

Os participantes sugeriram como melhoria na avaliação da dor a **otimização dos instrumentos utilizados** para avaliar a dor dos doentes. Os relatos são apresentados no quadro n.º 8.

Quadro 8 - Sugestões relacionadas com os instrumentos de avaliação

Otimização de instrumentos de avaliação
<p><i>“...alguma escala que valide a percepção que estas a ter da dor daquele doente isso é importantíssimo...” (E3)</i></p> <p><i>“...muitas vezes falo em indicadores da CPOT Scale...” (E3)</i></p> <p><i>“...acho que faz falta um instrumento que nos permita avaliar abaixo dos 6 anos...” (E5)</i></p> <p><i>“...penso que a associação de outras escalas e juntar aqui o que é o nosso parecer clínico também é importante e é uma mais-valia para a avaliação da dor...” (E6)</i></p> <p><i>“...como um tablet com 3 cores, 5 cores, (...) a pessoa ia selecionando, já não havia a subjetividade de dizer de 1 a 5 ou de 1 a 10...” (E8)</i></p> <p><i>“...em termos de avaliação faz todo o sentido o critério do enfermeiro, a história clínica e juntar algumas escalas...” (E10)</i></p>

Os participantes referem a necessidade de ter mais instrumentos para a avaliação. A incorporação de várias escalas e múltiplos fatores como a percepção do enfermeiro, a experiência e o historial clínico do doente são tomados em consideração. Como Shogirat *et al* citado por Gomes (2020) indicam no seu estudo sobre os fatores que influenciam a experiência sentida pelos pacientes no tratamento da dor, concluem que uma comunicação efetiva e um respeito pela espiritualidade e estrato socioeconómico revela-se essencial no tratamento da dor. Para melhorar a experiência do paciente o sistema deve evoluir para um modelo de avaliação centrada no doente e nas suas necessidades. A avaliação da dor deve sempre respeitar a individualidade de cada um dos pacientes e proporcionar os melhores instrumentos para conseguir avaliar a dor da forma mais adaptada e integrativa possível para cada um dos doentes.

3.4.2. Sugestões de melhoria para diversificar a intervenção terapêutica

Os participantes referem como melhorias centradas na terapêutica: **intervenções farmacológicas e não farmacológicas**. As seguintes respostas apresentadas no quadro n.º 9

Quadro 9 - Sugestões relacionadas com a diversificação das medidas terapêuticas

<p>Farmacológica</p>	<p><i>“...para controlo da dor podemos se calhar pensar noutros fármacos...” (E2)</i></p> <p><i>“...às vezes sinto falta de outro tipo de fármacos no meio SIV para controlar a dor...” (E3)</i></p> <p><i>“...existe medicação no mercado muito mais rápida em termos de efeito, com efeitos secundários menores e mais seguras para dar...” (E4)</i></p> <p><i>“...poderemos otimizar com o Fentanil ou a Quetamina que são fármacos seguros de usar e que tem uma capacidade de analgesia superior à Morfina e se calhar com menos efeitos secundários...” (E6)</i></p>
<p>Não Farmacológica</p>	<p><i>“...por exemplo imobilização aplicação de frio, o posicionamento tudo isso...o próprio conforto do doente...se for uma criança técnicas de distração...” (E2)</i></p>

A maioria dos participantes referem que a terapêutica disponível para o controlo da dor necessita de uma atualização. Das sugestões dadas podemos destacar o uso de Fentanil, Quetamina e utilização de fármacos complementares como Corticoides e Anti-inflamatórios Não Esteroides.

No estudo realizado nos serviços de emergência suíços sobre políticas e práticas de controlo da dor, Bourgeois (2019) demonstra que num universo de 115 questionários validados, os protocolos para controlo da dor dedicados aos enfermeiros, validaram o uso de Paracetamol em 98%, Opioides em 77%, Anti inflamatórios não esteroides (AINE´s) em 75% e Oxido Nitroso em 16% para formas de dor moderada a elevada. Os opióides administrados foram a Morfina (77%), o Fentanil (40%), o Tramadol (25%), a Petidine (6,5%) e a Codeína (1.6%).

Na gestão da dor dos doentes, a escolha por anti-inflamatórios não esteroides de forma oral (ou rectal), assim como o uso de Paracetamol apresentam-se como uma boa forma de controlar a dor leve a moderada. A utilização de Paracetamol intravenoso produz os mesmos efeitos quando comparado com a apresentação oral do mesmo principio ativo (American College of Emergency Physicians, 2017).

As terapêuticas não farmacológicas também são referidas como complemento da prática diária destes profissionais.

Podemos afirmar que cada vez mais as intervenções não farmacológicas são grandes aliadas no tratamento da dor e no processo de recuperação dos doentes (Cavalheiro *et al.*, 2019).

No caso da dor aguda, as medidas não farmacológicas estudadas e com efeitos positivos no controlo da dor consistem em alongamento muscular, posicionamento, relaxamento, crioterapia, musicoterapia e suporte emocional (Matos *et al.*, 2018)

Gomes (2020) refere que quando considerado o controlo da dor, o primeiro passo que os enfermeiros tem em mente é a utilização de medicação. Contudo muitas técnicas ensinadas através de treino especializado com recurso a técnicas não farmacológicas demonstram alívio e controlo da dor.

Não devemos descurar que a gestão da dor envolve avaliação e monitorização, mas também de forma autónoma e independente intervenções terapêuticas e não farmacológicas (Gomes e Macedo, 2020).

3.4.3. Sugestões de melhoria centradas na operacionalização

As sugestões de melhorias referidas pelos participantes, centradas na operacionalização, remetem para uma melhor operacionalização do processo de gestão da dor e são seguidamente apresentados no quadro n.º 10.

Quadro 10 - Sugestões relacionadas com a operacionalização do processo gestão da Dor

Sugestões na operacionalização
<i>“...nós estamos também balizados por protocolos, teria que haver uma reestruturação protocolar...” (E3)</i>
<i>“...o tratamento é que está subcategorizado, não está de acordo com o que são as recomendações do estado da arte...” (E5)</i>
<i>“...para além do facto das validações, quando é uma dor severa considero que não deveria haver validação prévia...” (E5)</i>
<i>“...acho que se te dão num meio SIV, o poder para iniciar atos em situação de emergência, com autonomia, acho que a dor severa deveria entrar nesses casos de emergência.” (E5)</i>

Como é visível no quadro 10, as sugestões apresentadas, vão desde a necessidade de alteração ou reformulação dos protocolos em vigor neste contexto e são referidas de forma abrangente por todos os participantes. A utilização de terapêutica mais diversificada e a autonomia na administração de terapêutica em situações de dor moderada e severa são igualmente referidas pelos enfermeiros.

Como referem Varndell, Fry e Elliott (2018), os enfermeiros do serviço de urgência e os clínicos de primeira linha encontram-se normalmente na melhor posição para otimizar a gestão dor aguda por ter um contacto próximo e precoce com o doente. Esta afirmação quando transposta para o contexto extra-hospitalar ainda adquire mais sentido e impacto em ganhos na qualidade de vida e na qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

A revisão da literatura demonstra que os enfermeiros de urgência quando tem a capacidade autónoma ou protocolada para administrar analgesia aos doentes de forma precoce, aumentam a probabilidade dos pacientes receberem alívio da dor de forma mais célere (Varndell, Fry e Elliott, 2018).

Para Cabilan e Boyde (2017) os protocolos para iniciação de analgesia com processos de administração de terapêutica de forma autónoma por parte dos enfermeiros, guiam-nos para um alívio mais precoce nos doentes com dor moderada a elevada.

A revisão protocolar da gestão da dor para o contexto do enfermeiro SIV, à data da elaboração deste trabalho, já se encontra planeada, mas ainda carece de implementação. No protocolo elaborado, está prevista a utilização de mais fármacos, nomeadamente a utilização de metoxiflurano inalatório (Penthrox) para controlo da dor e encontra-se previsto ainda, a possibilidade de administração de terapêutica, na dor moderada a grave, de forma autónoma pelo enfermeiro.

3.5. Perceção global sobre a gestão da Dor

Uma das nossas preocupações, para além das especificidades associadas à gestão da dor, era perceber qual a perceção dos enfermeiros sobre a gestão da Dor, em termos globais. Das respostas à questão “*No geral da sua atuação enquanto enfermeiro, considera que faz um controlo eficaz da dor dos seus doentes?*” elaboramos o quadro nº 11.

Quadro 11 - Perceção global dos enfermeiros relativamente à gestão da Dor

Perceção global da gestão da Dor
<p><i>“...dentro das minhas limitações penso que sim, dentro das limitações do contexto SIV penso que sim”</i> (E1)</p>
<p><i>“...de uma forma geral acho que sim...Pelo menos enquanto enfermeiro valorizo muito...E tu queres que um doente que tem que ser transportado ao hospital nas melhores condições possíveis”</i> (E2)</p>
<p><i>“...Tento não desvalorizar a dor”</i> (E4)</p>
<p><i>“...procuro fazer uma gestão eficaz”</i> (E5)</p>
<p><i>“...na maior parte dos doentes ou num número significativo de doentes consegue-se ter um controlo eficaz da dor, considero que sim, mas existe um outro conjunto de doentes que acho que não...necessitamos agora em 2020 de fazer rapidamente uma alteração aos protocolos porque a ciência avançou já se tem mais conhecimento...era importante adicionar aqui outros fármacos que tem outro tipo de efeitos, com menos efeitos secundários e que tem uma capacidade de analgesia superior...”</i> (E6)</p>
<p><i>“...Sim, de uma forma geral sim, que eu possa não ficar totalmente satisfeita também, mas de uma forma geral sim, e considero um ponto muito importante o controlo da dor, alias é um sinal vital”</i> (E10)</p>

Como é possível verificar no quadro nº 11, todos os participantes referem ter a percepção sobre a gestão da dor dos seus pacientes realizada de forma positiva. Apesar de existirem referências às limitações do contexto SIV e de um enfermeiro não ficar satisfeito com a gestão que faz de todas as situações que surgem diariamente, de uma forma geral a percepção transversal é que a gestão da dor é realizada de forma eficaz.

Apenas um entrevistado salienta que embora na maioria dos doentes seja positiva e satisfatória a sua atuação enquanto enfermeiro SIV, existem doentes em que não se torna tão fácil e eficaz a gestão da dor. Segundo este participante, este facto manifesta-se pela necessidade de uma adaptação protocolar que acompanhe a evolução da ciência e do conhecimento e pela atualização da terapêutica disponível.

Também Duignan, Dip e Dunn (2008) citados por António (2017), acrescentam como dificuldades na adequada gestão da dor, a dificuldade de avaliação em doentes com défices cognitivos, a subvalorização da dor, as diferentes conceções apresentadas pelos diversos elementos da equipa multidisciplinar e também, a falta de conhecimentos dos profissionais sobre os métodos de controlo da dor.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste trabalho, foi possível compreender a importância de uma prática reflexiva nos cuidados que desempenhamos diariamente, para que através dela, surjam questões para as quais devemos procurar as respostas mais acertadas. Este escrutínio científico permite-nos ter sempre em mente (e por base), a atuação que devemos ter para assegurar e garantir os melhores e mais atuais cuidados de saúde aos doentes.

Martins citado por Oliveira e Martins (2013) refere que o trabalho do enfermeiro exige que cada profissional conduza as suas ações e tome as suas decisões fundamentando-se em evidências científicas, seguindo protocolos terapêuticos previamente delineados, tendo sempre em conta a eficácia previsível da intervenção. O trabalho de Enfermagem exige assim competência científica e técnica, saber e saber fazer, agilidade mental e treino constante e esta realidade está espelhada nos relatos dos participantes. Ao realizar este trabalho foi possível conhecer que a percepção dos enfermeiros, que trabalham no mesmo contexto, é transversal e concordante.

Os participantes deste estudo demonstram uma preocupação com a correta avaliação da dor dos seus doentes. Na avaliação da dor, diferentes variáveis e estratégias são tidas em consideração. No que se refere às estratégias utilizadas na avaliação da dor do doente, estas passam pela utilização de escalas validadas internacionalmente. Estas escalas vão de encontro às validadas no protocolo institucional, em consonância com as regras dirigidas pela DGS, bem como com as orientações emanadas pela OE para o controlo da dor. As escalas amplamente referidas são a escala numérica e a escala de faces (com maior incidência nas crianças). Contudo ainda encontramos relatos de utilização de mais escalas para complementar essa avaliação, particularmente quando o doente tem dificuldade/impossibilidade na compreensão/interpretação da escala utilizada, os enfermeiros usam como o recurso a escala visual, a escala qualitativa e a *CPOT Scale*.

Complementarmente a esta avaliação, os enfermeiros participantes no estudo recorrem à valorização da cinemática (trauma) e do contexto (doença) da situação; e à avaliação clínica do doente. Relativamente à valorização da cinemática, como o tipo de trauma sofrido vai interferir nas lesões potenciais, e consoante a localização ou o nível de estruturas afetadas, pode ser sugestivo de dor. A nível do contexto da ocorrência médica do doente é valorizado: o tipo de dor, o seu início, fatores de alívio ou agravamento, localização e origem da mesma.

Os participantes destacam ainda a importância da avaliação clínica do doente: com a interpretação de variações nos sinais vitais, na gravidade de sintomas associados e com os *outputs* percecionados, a leitura da fâcies, de todo o comportamento e posicionamento do próprio doente.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros SIV na gestão da dor, verificamos que estas se relacionam: com o próprio doente, nomeadamente, o estado de consciência, a idade e a subjetividade da interpretação da dor; com os instrumentos de avaliação e de forma mais específica, o facto de as escalas, por vezes serem limitadas e a sua perceção e interpretação ser errónea por parte do doente; com o próprio enfermeiro, sendo a experiência pessoal e o conhecimento determinantes na gestão da dor de cada um dos doentes que necessita de cuidados extra-hospitalares e com a valorização da interpretação da dor e ainda com a gestão farmacológica.

Foi ainda identificada como dificuldade, no que se refere à valorização e interpretação da dor, a possibilidade de surgirem fenómenos como subvalorização da dor; por exemplo, quando a valorização atribuída pelo enfermeiro, não vai de encontro ao valor validado na escala pelo doente e não corresponde ao comportamento ou à situação hemodinâmica que o doente apresenta naquele momento. Opostamente, quando pela experiência e cinemática/contexto, o enfermeiro valida uma pontuação de dor mais elevada, mesmo que o doente a desvalorize, surgem fenómenos de sobrevalorização da dor.

A dificuldade associada à gestão farmacológica também foi referida, mais repetidamente, sob a forma de submedicação dos doentes do que sob a forma de sobremedicação, levando a que se possa correr o risco de não administrar a terapêutica mais adequada à situação clínica e às necessidades do doente.

No que se refere às sugestões de melhoria apresentadas pelos enfermeiros, destaca-se as sugestões em três áreas de intervenção: centradas na avaliação da dor, centradas na terapêutica disponível e na operacionalização prática do contexto em causa. Relativamente às sugestões relacionadas com a avaliação, foi sugerido a importância de utilizar mais que um instrumento no sentido de os mesmos se complementarem e validarem o valor atribuído àquela situação de dor, reduzindo as possibilidades de subvalorização ou sobrevalorização.

Foi sugerido ainda a necessidade de adaptação de escalas para utilização em crianças e mesmo a criação de novas ferramentas que possam facilitar a compreensão e interpretação do doente, com o recurso a novas tecnologias por exemplo, também foi evidenciado.

Relativamente às sugestões relacionadas com a terapêutica disponível foi apresentada a possibilidade de utilizar diferentes tipos de fármacos, como por exemplo, fazer parte do protocolo a utilização do Fentanil, da Quetamina, de Anti-inflamatórios não esteroides e de Corticoides para o controlo da dor e ainda a adoção de medidas não farmacológicas como a distração, imobilização, aplicação de frio e posicionamento foram igualmente relatadas.

No que se refere às sugestões relacionadas com operacionalização, foi sugerido a reformulação protocolar com introdução de nova terapêutica e maior autonomia por parte do enfermeiro para a tomada de decisão na gestão da dor dos doentes.

Relativamente à questão orientadora deste trabalho científico: *“qual a realidade vivenciada pelos enfermeiros, através da sua perceção relativamente à gestão da dor, na abordagem efetuada aos doentes, em contexto extra-hospitalar?”* é possível concluir que os enfermeiros participantes no estudo, apesar de referirem algumas dificuldades na avaliação da dor, na implementação de terapêutica e na diversidade de medicação disponível, consideram de forma global e transversal

que, com os recursos que tem ao seu dispor, efetuam uma gestão da dor de forma eficaz.

Reconhecemos que os enfermeiros revelam conhecimento das melhores práticas e compreendem que têm e devem ser ajustadas no seu contexto clínico diário, uma vez que os participantes apesar de balizados por protocolos, sentem que estes devem ser mais abrangentes, tanto na disponibilidade terapêutica como na autonomia para a sua utilização.

Como limitações à realização deste estudo, temos a referir: o estado pandémico que todos nós vivenciamos e as implicações profissionais, sociais e pessoais que o mesmo implica; o tempo de espera necessário com a obtenção de autorizações para a colheita dos dados e o período académico de apenas 6 meses para a elaboração deste trabalho, o qual se revela curto.

Como sugestão de estudos futuros propomos a avaliação de diferentes medidas terapêuticas de forma a conseguir comparar a sua aplicabilidade na gestão da dor, sendo interessante um trabalho em que fosse possível avaliar antes da aplicação das diferentes medidas e após a aplicação das mesmas. A realização de estudos comparativos sobre a utilização de diferentes escalas ou a observação no terreno de medidas de avaliação da dor também podem ser consideradas. A aplicação de um estudo deste género, mas de forma a conhecer a realidade nacional dos enfermeiros SIV sobre a gestão da dor são sugestões a ponderar.

Desde 2007, com a implementação em Portugal, das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida do INEM, os enfermeiros que exercem funções neste contexto, tem tido um papel fundamental na abordagem e acompanhamento das vítimas de trauma e doença súbita, tanto na fase pré-hospitalar como na inter-hospitalar, garantindo melhoria dos cuidados prestados a toda a população.

Em jeito de conclusão é importante referir que ao longo deste tempo foi possível verificar constantes progressos na assistência pré-hospitalar e atualmente verifica-se a implementação de meios de socorro diferenciados, dos quais os enfermeiros fazem parte. Estes profissionais são uma mais valia pela sua formação e competências específicas, destacando-se como um recurso humano importante na área da prestação de socorro pré-hospitalar (Oliveira e Martins, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS - Optimizing the Treatment of Acute Pain in the Emergency Department. " **Annals of emergency medicine**". [em linha]. Vol. 70, nº. 3 (Sep. 2017), p. 446-448. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.06.043>.

ANTÓNIO, Catarina André Silva - **Gestão da dor no serviço de urgência: práticas dos enfermeiros**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. Dissertação de mestrado.

BARDIN, Laurence - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Almedina Brasil, 2016. ISBN 978-85-62938-04-7.

BATALHA, Luís Manuel da Cunha - **Avaliação da dor: manual de estudo- versão 1**. Coimbra: Escola Superior de enfermagem de Coimbra, 2016.

BOURGEOIS, Marta [et al.] - Pain management policies and reported practices in Swiss emergency departments: a national survey. "**Swiss medical weekly**".Nº. 149 (December, 2019), w20155.DOI: 10.4414/smw.2019.20155.

CABILAN, C. J.; BOYDE, Mary - A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. "**Australasian Emergency Nursing Journal**". [em linha]. Vol. 20, nº. 2 (may 2017), p. 53–62.DOI: 10.1016/j.aenj.2017.04.001.

CALIL, Ana Maria; PIMENTA, Cibele Andracioli de Mattos; BIROLINI, Dário - The «Oligoanalgesia problem» in the Emergency Care. "**Clinics**". [em linha]. Vol. 62, nº. 5 (oct. 2007), p. 591–598. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1807-59322007000500010>.

CAVALHEIRO, Júlia Torres [et al.] - Nursing interventions for patients with acute pain. "**Journal of Nursing UFPE**". [em linha]. Vol. 13, nº. 3 (2019), p. 632–640. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238069p632-639-2019>

COHEN, Milton; QUINTNER, John; RYSEWYK, Simon VAN - Reconsidering the International Association for the Study of Pain: definition of pain. "**Pain Reports**".

[em linha]. Vol. 3, nº. 2 (march-april 2018), p. 1–7. DOI: 10.1097/PR9.0000000000000634.

DESPACHO nº. 10319/2014. Diário da República II Série. 153 (2014/08/11), p. 20673 - 20678

FERREIRA, Lénia Aldina Rodrigues - **Prevalência de dor em emergência pré-hospitalar**. [em linha]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2013. Dissertação de mestrado. Handle: <http://hdl.handle.net/10400.19/1801>

FERREIRA, Neuza [et al.] - Dor e analgesia em doente crítico. "**Revista Clínica Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca**". Vol. 2, nº. 2 (2014), p. 17–20.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

GÉLINAS, Céline; FILLION, Lise; PUNTILLO, Kathleen A. - Item selection and content validity of the critical-care pain observation tool for non-verbal adults. "**Journal of Advanced Nursing**". [em linha]. vol. 65, nº. 1 (jan. 2009), p. 203–216. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04847. x.

GOMES, Álvaro Miguel Gonçalves Sales; MACEDO, Ana Paula Morais De Carvalho - Intervention of the out-of-hospital emergency nurse in pain management to the person in a critical situation. "**International Journal of Science and Research**". [em linha]. vol. 9, nº. 10 (october 2020), p. 262–271. Doi: 10.21275/SR201005110424.

HOWARD, Patricia Kunz; STEINMANN, Rebecca A. - Sheehy: enfermagem de urgência: da teoria à prática. 6ª. ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9

HULLEY, Stephen [et al.] - **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1351-0.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Sistema Integrado de Emergência Médica**. [em linha]. Lisboa: INEM, 2013. [Consult. 5 dez. 2018].

Disponível em WWW: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Departamento de Formação em Emergência Médica - **Manual de suporte avançado de vida** [em linha]. Lisboa: INEM, 2020. [consultado em 1 de Abril 2020]. Disponível em WWW: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Estatísticas da Saúde** [em linha]. Lisboa: [s.n.], atual. 2018. [Consult. 5 dez. 2018]. Disponível em WWW:<URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277095050&PUBLICACOESmodo=2>.

KOLCABA, Katherine - **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. [s.l.]: Springer, 1991. ISBN 9780826197269.

LIMA, J. J. Figueiredo - **Introdução à história da dor** [em linha],[s.l.:s.n.], 2017. [Consult. 23 mai. 2019]. Disponível em WWW: http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/INTRODU%C3%87%C3%83O_%C3%80_HIST%C3%93RIA_DA_DOR.pdf.

LOPES, José Manuel Castro - **Fisiopatologia da dor**. Lisboa: Permanyer, 2003. ISBN 972-733-133-5.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria - **Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2007. ISBN 978-85-224-4250-8.

MATOS, Amélia [et al.] - Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros: revisão sistemática da literatura. "**Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**". [em linha]. vol. 3, nº. 3 (2017), p. 1198. DOI: <http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3%283%29.1198>

NIZA, Paula Cristina Pinto Simas - **Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção especializada de**

enfermagem. [em linha]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018. Relatório de Estágio de Mestrado. Handle: <http://hdl.handle.net/10400.26/25327>

OLIVEIRA, Amélia do Sameiro da Silva; MARTINS, José Carlos Amado - Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: significado das experiências." **Referência: Revista de Enfermagem**". III Série. Nº. 9 (mar. 2013), p. 115-124

OLIVEIRA, Paulo Eduardo Pires De et al. - A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. "**Revista Eletrônica de Enfermagem**". [em linha]. nº.18 (2016) 1–13. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.37309>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006 [Consult. 5 dez. 2018]. Disponível em [WWW:<URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Dor: guia orientador de boa prática.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5

OSSWALD, Walter - A ética exige o tratamento da dor. [em linha]." **Jornal o Público**". (24 março 2014). [Consult. 23 mai. 2019]. Disponível em [WWW:< https://www.publico.pt/2014/03/24/sociedade/opinioao/a-etica-exige-o-tratamento-da-dor-1628898>](https://www.publico.pt/2014/03/24/sociedade/opinioao/a-etica-exige-o-tratamento-da-dor-1628898).

PLANELLA- BUCH, L. [et al.] - Valoración del dolor en el ámbito de las emergencias extrahospitalarias en Cataluña. "**Revista de la Sociedad Espanola del Dolor**". vol. 25, nº. 2 (mar-abr. 2018), p. 66–69. DOI: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3585/2017>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Circular Normativa nº. 09/DGCG: a dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor.** [em linha]. Lisboa: DGS, 2003. [consultado em 1 de Abril 2019]. Disponível em [WWW: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx)

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde- **Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor)**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2013. [consultado em 1 de Abril de 2019]. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde- **Programa nacional de controlo da dor**. Lisboa: DGS, 2008

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Circular Normativa Nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas crianças**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2010. [consultado em 1 de Abril de 2019]. Disponível em WWW: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - Orientação nº. 015/2010: Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. [em linha]. Lisboa: DGS, 2010. [consultado em 1 de Abril de 2019]. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>

REGULAMENTO nº. 124/2011. **Diário da República. II Série**. 35 (2011-02-18), p. 8656 - 8657

TEIXEIRA, Joana Moreira Ferreira; DURÃO, Maria Cândida - Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. "**Revista de Enfermagem Referência**". [em linha]. IV Série, n.º 10 (jul.- ag.-set. 2016), p. 135-142. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

VARNDELL, Wayne; FRY, Margaret; ELLIOTT, Doug - Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: a systematic review. "**International Emergency Nursing**". [em linha]. n.º.40 (sep. 2018), p. 46–53. DOI: [10.1016/j.ienj.2018.05.003](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.05.003).

APÊNDICES E ANEXOS

**APÊNDICE I - Instrumento para realização de entrevista – Guião
de Entrevista**

Guião da Entrevista em Esquema

Parte I - Acolhimento	
Objetivo	Questões orientadoras
- Informar o participante	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do investigador - Informar sobre o tema e objetivos do estudo - Garantir a confidencialidade e anonimato - Pedir autorização para participação no estudo e autorização para gravação digital da entrevista - Preencher e assinar declaração de consentimento livre e esclarecido

Parte II – Caracterização do Participante	
Objetivo	Questões orientadoras
- Caracterizar o participante	<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Sexo - Tempo de serviço - Tempo de Serviço no Instituto
- Elegibilidade para o tema	- Lida ou já lidou com doentes com dor ou desconforto?

Parte III - Objetivos	
Objetivos Específicos	Questões orientadoras
- Utilização de escalas de avaliação da Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Costuma utilizar algum instrumento para avaliar a dor? Se sim, qual? - Considera esse instrumento eficaz para avaliar a dor? - Alguma vez utilizou mais que uma escala para a avaliação da dor?

<p>- Estratégias de avaliação da dor</p>	<p>- Na avaliação da dor, restringe-se apenas à utilização da escala(s) ou utiliza outras estratégias?</p>
<p>- Subjetividade pela experiência pessoal na avaliação da dor</p>	<p>- Alguma fez sentiu que sobrevalorizou ou subvalorizou a dor de um doente por este não apresentar comportamento/sinais/sintomas coerentes com o nível de dor que validou na escala?</p> <p>- Essa avaliação foi baseada na experiência/ historial de pacientes com quadro clínico semelhante?</p> <p>- Alguma fez sentiu que sobremedicou ou submedicou um paciente por uma validação da dor incorreta/errónea/falseada?</p>
<p>- Sugestões de melhoria</p>	<p>- Que estratégias considera importantes/gostaria de implementar ou alterar na avaliação da dor dos doentes?</p> <p>- De acordo com a sua experiência, a medicação disponível, é suficiente para o controlo da dor aguda?</p> <p>- Sentiria que se tivesse mais medicação disponível o controlo da dor seria mais eficaz?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - No seu entender acha que há outra medicação que poderá ser utilizada com mais eficácia? - Costuma avaliar novamente a dor após a instituição de medidas terapêuticas?
- Perceção da gestão da dor	- No geral da sua atuação enquanto enfermeiro, achas que faz um controlo eficaz da dor dos seus doentes?

Parte IV – Fecho da Entrevista

<ul style="list-style-type: none"> - Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; - Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; - Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e esclarecido

Consentimento livre e esclarecido

Estudo: ***“Perceção do enfermeiro de ambulância de Suporte Imediato de Vida na gestão da dor aguda no contexto extra-hospitalar”***

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar. Tomei conhecimento dos objetivos e métodos a utilizar para a recolha dos dados.

Foi-me comunicado que tenho o direito de desistir da minha participação no estudo, a qualquer momento, bem como ao anonimato e à confidencialidade da informação recolhida.

Garantiram-me ainda que a fita de gravação da entrevista será destruída após a conclusão do estudo e no caso de não concordar com este recurso, o investigador tomará anotações no decorrer da mesma.

Pelo presente, declaro que fui informado sobre a pesquisa e que consinto em participar na investigação.

Viana do Castelo, _____ de _____ de _____

O Enfermeiro(a): _____

O Investigador: _____

APÊNDICE III – Temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo

Áreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Estratégias utilizadas na avaliação da Dor	Utilização de instrumentos de avaliação	Escala Numérica e Escala de Faces	<p><i>“Escala numérica” (E1)</i></p> <p><i>“(…) sempre que possível ... a escala numérica” (E2)</i></p> <p><i>“...a habitual dos números a escala numérica e muitas vezes a das faces...” (E4)</i></p> <p><i>“A escala numérica e a escala de faces” (E5)</i></p> <p><i>“...escala numérica NRS ou então a escala das Faces” (E6)</i></p>

Estratégias utilizadas na avaliação da Dor		Escala Visual Analógica	<i>“Sim a escala numérica e no caso das crianças a escala visual” (E9)</i>
		Escala Qualitativa	<i>“...quer a escala numérica para doentes conscientes, quer a escala qualitativa nos doentes que não sabem quantificar e especificar o número e quer pela valorização de fácies...” (E10)</i>
		CPOT Scale	<i>“...o que está protocolado é a escala numérica NRS, mas também costumo usar a escala de faces e a CPOT Scale (Critical Care Patient Observation Tool)” (E3)</i>
	Avaliação Complementar	Cinemática/Contexto	<i>“...relacionado também com o enquadramento, com a cinemática do trauma...” (E4)</i>
		Avaliação Clínica	<i>“...a avaliação clínica do profissional também é importante...” (E2)</i> <i>“...incluo o doente na avaliação...valorizo a sintomatologia associada, o próprio esgar de dor...” (E1)</i> <i>“...o que ele sente, as manifestações que tem a nível sintomático e fisiológicas...como é que está, como é que se posiciona...” (E3)</i> <i>“...na avaliação tenho em consideração a situação clínica do doente...” (E4)</i> <i>“...considero a avaliação clínica, os outputs que ele nos dá, não basta perguntar...” (E6)</i>

Dificuldades na avaliação da Dor	Relacionadas com o Doente	Estado de Consciência	<p><i>“...utilizar as escalas nas pessoas conscientes, orientadas e colaborantes, sim, tudo o resto, pessoas desorientadas...é muito difícil...” (E1)</i></p> <p><i>“...só utilizo a escala numérica para doentes conscientes...” (E10)</i></p>
		Idade	<p><i>“...utilizar escalas em crianças, é muito difícil a sua aplicação...” (E1)</i></p> <p><i>“...sempre que possível utilizo a escala numérica, à exceção da pediatria...” (E2)</i></p>
		Subjetividade da interpretação de dor	<p><i>“...a dor é sempre um processo subjetivo e decorrente da experiência sensorial do doente, é sempre algo um bocado subjetivo de avaliar...” (E2)</i></p> <p><i>“...já me aconteceu de ter pessoas que nitidamente me pediam determinados fármacos, não apresentando nenhum sinal ou sintoma que fosse compatível com a dor” (E5)</i></p> <p><i>“...a avaliação varia muito consoante o doente, temos de olhar para ele e consoante ele quantifica a dor, nós temos de avaliar... nem sempre corresponde o grau da dor com o fácies que ele apresenta.” (E7)</i></p>

	Relacionadas com o instrumento de avaliação		<p><i>“A NRS não, acho que é muito redutor” (E3)</i></p> <p><i>“...o doente por achar que vai ser melhor tratado diz dez e tu olhas que o fâcies não corresponde a dez...” (E4)</i></p>
Dificuldades na avaliação da Dor	Relacionadas com o profissional	Experiência profissional	<p><i>“...se houver tempo, se uma pessoa estiver confortável no contexto a dor é melhor caracterizada...” (E1)</i></p> <p><i>“...na avaliação deixo se calhar que o meu juízo profissional se sobreponha...” (E2)</i></p> <p><i>“...mesmo que tenhamos experiência será a nossa perspectiva e cada pessoa sente a dor a sua forma e da sua maneira...” (E6)</i></p> <p><i>“...sem dúvida que a experiência e a formação, o conhecer as escalas e o partilhar as experiências com pessoas mais experientes do que eu, facilita a avaliação...” (E5)</i></p> <p><i>“...baseio a avaliação no historial do quadro clínico semelhante...” (E8)</i></p> <p><i>“...não só o conjunto das experiências passadas, mas da pesquisa que fazemos...” (E6)</i></p>

Dificuldades na avaliação da Dor	Valorização e interpretação da dor	Subvalorização	<p><i>“Subvalorização da dor? sim, muito facilmente isso pode acontecer” (E1)</i></p> <p><i>“na avaliação sim...o doente referir um grau de dor e eu pela minha experiência perceber que não pode ser tanta, mas se calhar até é a dor que o doente esta a sentir...” (E4)</i></p> <p><i>“...ao longo do meu percurso eu não tenho dúvida que em alguns eu subvalorizei e depois tive que rever a prática e reavaliar tudo de novo...também subvalorizei porque não consegui perceber sinais e manifestações corporais do doente...” (E6)</i></p> <p><i>“...subvalorizo quando referem que a dor é o extremo e eu complemento com a minha observação e comportamento, e aí já valorizo para menos...” (E10)</i></p>
		Sobrevalorização	<p><i>“...sobrevalorizo quando o doente me disse que não tinha dor e eu pela minha experiência, saber que é impossível ele não ter dor...” (E4)</i></p> <p><i>“...sobrevalorizar a dor? – sim já, correto...” (E7)</i></p>

Dificuldades na avaliação da Dor	Gestão farmacológica	Submedicar	<p><i>“...a subvalorização é mais recorrente, mas sobremedicação ou sobreanalgesia raramente acontece...” (E1)</i></p> <p><i>“...se na subvalorização da avaliação veio a refletir-se numa instituição de uma terapêutica inadequada? não sinceramente acho que não...” (E2)</i></p> <p><i>“...submedicar sim, penso que sim, sobremedicar acho que não...” (E5)</i></p>
		Sobremedicar	<p><i>“...ocorrendo foi sobremedicar e não submedicar...” (E3)</i></p> <p><i>“...normalmente tento ir por excesso e não por defeito, dentro das normas...” (E4)</i></p>

Sugestões de Melhoria	Centradas na Avaliação	Otimização de instrumentos de avaliação	<p><i>“...alguma escala que valide a percepção que estas a ter da dor daquele doente isso é importantíssimo...” (E3)</i></p> <p><i>“...muitas vezes falo em indicadores da CPOT Scale...” (E3)</i></p> <p><i>“...arranjar uma forma mais correta de avaliar, sem ser tao subjetiva...” (E4)</i></p> <p><i>“...acho que faz falta um instrumento que nos permita avaliar abaixo dos 6 anos...” (E5)</i></p> <p><i>“...penso que a associação de outras escalas e juntar aqui o que é o nosso parecer clínico também é importante e é uma mais-valia para a avaliação da dor...” (E6)</i></p> <p><i>“...como um tablet com 3 cores, 5 cores, algo que não seja par para ser mais fácil diferenciação, e a pessoa há medida que era efetuado o transporte a pessoa ia selecionando, já não havia a subjetividade de dizer de 1 a 5 ou de 1 a 10...” (E8)</i></p> <p><i>“...em termos de avaliação faz todo o sentido o critério do enfermeiro, a história clínica e juntar algumas escalas...” (E10)</i></p>
-----------------------	------------------------	---	---

Sugestões de Melhoria	Centradas na Terapêutica	Farmacológica	<p><i>“...para controlo da dor podemos se calhar pensar noutros fármacos...” (E2)</i></p> <p><i>“...às vezes sinto falta de outro tipo de fármacos no meio SIV para controlar a dor...” (E3)</i></p> <p><i>“...existe medicação no mercado muito mais rápida em termos de efeito, com efeitos secundários menores e mais seguras para dar...” (E4)</i></p> <p><i>“...podemos otimizar com o Fentanil ou a Quetamina que são fármacos seguros de usar e que tem uma capacidade de analgesia superior à Morfina e se calhar com menos efeitos secundários...” (E6)</i></p>
		Não Farmacológica	<p><i>“...por exemplo imobilização aplicação de frio, o posicionamento tudo isso...o próprio conforto do doente...se for uma criança técnicas de distração...” (E2)</i></p>

<p>Sugestões de Melhoria</p>	<p>Centradas na operacionalização</p>	<p>Sugestões</p>	<p><i>“...nós estamos também balizados por protocolos teria que haver uma reestruturação protocolar...” (E3)</i></p> <p><i>“...o tratamento é que está subcategorizado, não está de acordo com o que são as recomendações do estado da arte...” (E5)</i></p> <p><i>“...para além do facto das validações, quando é uma dor severa considero que não deveria haver validação...” (E5)</i></p> <p><i>“...acho que se te dão num meio SIV o poder para iniciar atos em situação de emergência, com autonomia, acho que a dor severa deveria entrar nesses casos de emergência.” (E5)</i></p>
------------------------------	---------------------------------------	------------------	---

Perceção Global da Gestão da Dor	<p><i>“...dentro das minhas limitações penso que sim, dentro das limitações do contexto SIV penso que sim” (E1)</i></p> <p><i>“...de uma forma geral acho que sim...Pelo menos enquanto enfermeiro valorizo muito...E tu queres que tens um doente que tem que ser transportado ao hospital das melhores condições possíveis” (E2)</i></p> <p><i>“...Tento não desvalorizar a dor” (E4)</i></p> <p><i>“...procuro fazer uma gestão eficaz” (E5)</i></p> <p><i>“...na maior parte dos doentes ou num número significativo de doentes se consegue ter um controlo eficaz da dor considero que sim mas existe um outro conjunto de doentes que acho que não...necessitamos agora em 2020 de fazer rapidamente uma alteração aos protocolos porque a ciência avançou já se tem mais conhecimento...era importante adicionar aqui outros fármacos que tem outro tipo de efeitos, com menos efeitos secundários e que tem uma capacidade de analgesia superior...” (E6)</i></p> <p><i>“...Sim, de uma forma geral sim, que eu possa não ficar totalmente satisfeita também, mas de uma forma geral sim, e considero um ponto muito importante o controlo da dor, alias é um sinal vital” (E10)</i></p>
----------------------------------	--

ANEXO I – Autorização para realização do estudo



Instituto Nacional de Emergência Médica
Delegação Regional do Norte

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **João Filipe Saramago Baptista**, enfermeiro, do Instituto Nacional de Emergência Médica, com o número mecanográfico 94548, realizou o pedido de autorização ao estudo, subordinado ao tema: "*Percepção do enfermeiro da ambulância de Suporte Imediato de Vida na gestão da dor aguda no contexto extra-hospitalar*" a 30/10/2019, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tendo o mesmo sido autorizado como consta em Ata do Conselho Diretivo número 28 de 2020.

Por ser verdade se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Porto, 22 de fevereiro de 2021

O Enfermeiro com Funções de Chefia e Gestão Regional, DRN



(Enf.º Rui Rocha)

Página 1 de 1