

## **Avaliação e registo da dor: a realidade de um serviço de urgência**

*Pain assessment and record: the reality of an emergency service*

Alexandra Figueira<sup>1</sup>, Guida Amaral<sup>1</sup>, Helena Pereira<sup>2</sup>, Tânia do Carmo<sup>1</sup>

1. Mestre em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2. Licenciada em Enfermagem.

### **Resumo**

**Enquadramento:** O controlo eficaz da dor é um direito das pessoas que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde. A primeira etapa para o controlo eficaz da dor consiste na adequada avaliação da mesma por parte dos profissionais de saúde. O enfermeiro assume um papel privilegiado na avaliação e controlo da dor pela proximidade e tempo de contato com a pessoa.

**Objetivo:** Descrever como foi avaliada e registada a dor na sala de observações do serviço de urgência pela equipa de enfermagem.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo. Foram analisados os registos de avaliação da dor de 105 pessoas com internamento na sala de observações. Procedeu-se à análise dos dados utilizando estatística descritiva.

**Resultados:** A dor foi registada em 91,4% dos episódios. A escala de Faces foi o instrumento mais utilizado (68,75%). As características da dor foram descritas em 13,54% dos episódios. Em 6,25% dos episódios houve reavaliação da dor após implementação de medidas farmacológicas.

**Conclusão:** A avaliação da dor, nas dimensões apresentadas no estudo, foi subnotificada. Assim, consideramos ser fundamental definir estratégias para a formação e treino dos enfermeiros sobre avaliação da dor.

**Palavras-chave:** avaliação da dor; registos de enfermagem; serviço de urgência

### **Abstract**

**Background:** Effective control of pain is a right for people who suffer from it and a fundamental step towards the effective humanization of healthcare. The first step towards effective pain control consists of an adequate assessment by health professionals. The nurse assumes a key role in assessing and controlling pain due to the proximity and duration of contact with the person.

**Aim:** Describe how pain was assessed and recorded in the observation room of the emergency service by the nursing team.

**Methods:** Quantitative, descriptive, and retrospective study. The pain assessment records of 105 people hospitalized in the observation room were analyzed. Data analysis was conducted using descriptive statistics.

**Results:** Pain was recorded in 91.4% of the episodes. The Faces Scale was the most used instrument (68.75%). The characteristics of pain were described in 13.54% of the episodes. The pain was reevaluated after implementing pharmacological measures in 6.25% of the episodes.

**Conclusion:** We have concluded that pain assessment was underreported in the dimensions presented in the study. Thus, we consider it essential to define strategies for the education and training of nurses on pain assessment.

**Keywords:** pain assessment; nursing records; emergency service

## Introdução

Este artigo surgiu no âmbito de uma investigação que se realizou num serviço de urgência (SU), com o objetivo geral de descrever de que forma foi avaliada e registada a dor nas pessoas internadas em sala de observações (SO), pela equipa de enfermagem.

A perceção da dor como um importante problema de saúde apresentou uma evolução significativa nos últimos anos (Frutuoso, 2013). Em Portugal, a gestão da dor tornou-se uma prioridade, sendo considerada o 5º sinal vital desde 2003. Para dar resposta a esta problemática foram desenvolvidas orientações específicas, nomeadamente a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 26 de março de 2001, o Programa Nacional do Controlo da Dor em 2008 e o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor em 2012 (Niza, 2018).

Considerando a problemática apresentada e o objetivo geral, foram definidos como objetivos específicos: identificar os momentos de avaliação da dor registados; identificar as escalas de avaliação da dor utilizadas; descrever as características da dor relatadas nos registos de enfermagem; e identificar os momentos de reavaliação da dor após a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Pretende-se que o desenvolvimento deste estudo constitua um fundamento para o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da avaliação e controlo da dor, tendo em consideração as lacunas identificadas na avaliação e registo da dor que carecem de intervenção.

## Enquadramento

A dor é definida pela *Internacional Association for the Study of Pain* como uma “experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também, uma componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (DGS, 2008, p. 6). De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (International Council of Nurses, 2018, p. 46) a dor consiste numa “perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga de contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”.

Nos últimos anos, a dor tem sido definida como uma experiência individual subjetiva e multidimensional. Nos fatores inerentes a essa subjetividade podemos incluir fatores fisiológicos, afetivos, comportamentais, cognitivos, socioculturais e sensoriais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

A dor é um dos focos da CIPE, sendo reconhecida pela OE como um dos focos do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (Castanheira, Naves, Santos, Lameiras, & Faustino, 2015).

A importância da dor aguda é indiscutível enquanto sinal de lesão ou disfunção orgânica. Contudo, terminada essa função, não se torna possível a atribuição de qualquer vantagem biológica à dor. A presença de dor pode provocar alterações em múltiplos sistemas orgânicos que poderão ser responsáveis por comorbidades, redução da qualidade de vida e perpetuação da dor. Neste sentido, a abordagem das pessoas com dor deve ser assente na melhor evidência científica, com o intuito de promover a prevenção e controlo da dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional (DGS, 2017). O desenvolvimento e atualização de conhecimentos sobre a dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros de forma individual. Para além disso, os enfermeiros com responsabilidade na gestão das instituições de saúde devem

promover políticas organizacionais de controlo da dor (OE, 2008).

De acordo com a DGS (2003, p. 1) “o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.” O primeiro passo para o controlo eficaz da dor consiste na adequada avaliação da mesma por parte dos profissionais de saúde. Esta avaliação tem de ser contínua e regular de forma a permitir uma otimização da terapêutica, proporcionar segurança aos prestadores de cuidados de saúde e promover a melhoria da qualidade de vida da pessoa (DGS, 2003). O enfermeiro assume um papel privilegiado na avaliação e controlo da dor pela proximidade e tempo de contacto com a pessoa. Segundo a OE (2008), o enfermeiro possui, entre outras, a responsabilidade de articulação com a equipa multidisciplinar na proposta de mudanças organizacionais que promovam a melhoria das práticas de abordagem à dor. Em particular, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica devem fazer a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2010, p. 3). A gestão diferenciada e eficaz da dor é referida não só no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, citado anteriormente, como no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

De acordo com as recomendações do Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos ([SPCI], s.d.), que vai ao encontro do definido pela Norma de Orientação Clínica da instituição, a avaliação da dor deve ser realizada em todos os turnos e sempre que se justifique; no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos); durante um procedimento doloroso; 15 minutos após o procedimento doloroso; e 30 minutos após medidas farmacológicas analgésicas e 30 minutos após medidas não farmacológicas.

A OE (2008) salienta ainda a importância da escolha adequada dos instrumentos de avaliação tendo em consideração: o tipo de dor, idade, situação clínica, critérios de interpretação, propriedades psicométricas, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação e experiência de utilização em outros locais (SPCI, s.d.).

Nas escalas de avaliação da dor incluem-se a Escala de Avaliação Numérica, a Escala de Faces e a *Behavioral Pain Scale* (BPS). A Escala de Avaliação Numérica é uma das mais utilizadas, onde a pessoa atribui uma classificação de zero a dez à sua dor, considerando que zero corresponde à ausência de dor e dez a

uma dor extremamente forte (Lima, Lohmann, Costa, & Marchese, 2020). Na Escala de Faces é solicitado à pessoa que classifique a intensidade da sua dor com base na mímica apresentada 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” (DGS, 2003). A BPS surgiu devido à necessidade de avaliar a dor em pessoas sob ventilação mecânica internadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Esta escala permite a avaliação da dor com base em três critérios: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica (Lima et al., 2020).

O registo da dor assume igualmente uma extrema relevância (OE, 2008). Após a avaliação da dor, o seu registo deve ser realizado prontamente, à semelhança dos restantes sinais vitais (SPCI, s.d.). É recomendado registar a história de dor no suporte de registo da apreciação inicial; a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais utilizada nos serviços prestadores de cuidados; e as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as alterações ao plano terapêutico. A história da dor inclui, entre outros, as características (localização, qualidade, intensidade, frequência), fatores de alívio e de agravamento, sintomas associados, descrição do recurso e efeito das medidas

farmacológicas e não farmacológicas, implicações da dor nas atividades de vida, impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor (OE, 2008).

De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem, o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (OE, 2015, p. 70). No Regulamento do Perfil das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais é igualmente reforçada a importância dos registos ao referir que o enfermeiro “comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência” (OE, 2012, p. 19).

A importância de um sistema de registos encontra-se descrita nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Este sistema deve englobar as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções. A necessidade de obtenção de dados para a avaliação da qualidade, a análise epidemiológica e a investigação são aspetos que justificam igualmente a realização de registos (OE, 2008).

## **Questões de investigação**

O presente estudo foi norteado pela seguinte questão de investigação: Como é avaliada e registada a dor pela equipa de enfermagem na sala de observações do serviço de urgência? Para nos auxiliar neste processo definimos quatro sub-questões:

- Quais são os momentos de avaliação da dor?
- Quais são as escalas de avaliação da dor utilizadas?
- Quais as características da dor que são avaliadas e registadas?
- A dor é reavaliada após a implementação de medidas farmacológicas ou não farmacológicas?

## **Metodologia**

A metodologia selecionada para a realização deste estudo foi uma abordagem quantitativa, descritiva e retrospectiva. A seleção dos participantes foi realizada com recurso a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram o conjunto de pessoas que permaneceram por um período igual ou superior a 8 horas internadas em SO, no intervalo de tempo compreendido entre 15 e 31 de janeiro de 2019.

Para a colheita de dados elaborou-se um instrumento tendo por base as

particularidades do contexto e as orientações referidas no enquadramento. Procedeu-se, então, a uma pesquisa documental e análise dos registos de enfermagem realizados através da plataforma informática Alert<sup>®</sup>, tendo em conta os campos de registo *queixa*, *fluxograma* e *discriminador* da triagem de Manchester, assim como os campos *notas de enfermagem* e *sinais vitais*. O instrumento foi construído em formato de tabela de forma a ser recolhida informação sobre a caracterização da amostra (sexo, idade, fluxograma e discriminador de admissão, tempo de permanência na SO) e internamento em SO (avaliação e características da dor, escala da dor utilizada, escala adequada à pessoa, medidas farmacológicas e não farmacológicas implementadas, número de reavaliações após as intervenções).

De modo a verificar a eficácia e assegurar a validade do instrumento de colheita de dados construído, o mesmo foi submetido a apreciação pelos investigadores e submetido a pré-teste. Esta etapa torna-se fundamental, como refere Fortin (2009), para se realizarem as correções necessárias e se identificarem falhas no instrumento. Foram analisados 105 episódios de internamento.

O tratamento dos dados foi realizado pelo investigador principal com recurso a estatística descritiva através do programa Microsoft Excel<sup>®</sup>.

Para realização do estudo foi pedida autorização ao Gabinete de Investigação e Desenvolvimento, à Comissão de Ética para a Saúde e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde o estudo foi efetuado. Após a sua autorização, a colheita de dados foi iniciada. Importa reforçar que foram considerados os aspetos éticos inerentes a um percurso de investigação. A colheita de dados foi realizada pelos co-investigadores deste estudo e o investigador principal assumiu a responsabilidade pelo tratamento dos mesmos, sendo que foi sempre garantida a segurança e proteção dos dados, bem como a sua integridade científica e fidelidade.

## Resultados

Os dados serão apresentados de modo a sistematizar e dar relevo aos itens mais pertinentes, procedendo-se à análise descritiva dos mesmos. Deste modo, iniciar-se-á com a caracterização da amostra dos episódios que foram contemplados neste estudo. O sexo feminino foi o mais frequente, 56,2%, sendo que os restantes 43,8% corresponderam a pessoas do sexo masculino.

No presente estudo a média de idades situa-se nos 78 anos, sendo o desvio

padrão de 12,66 anos. A idade mínima foi 35 anos e a máxima de 98 anos.

Relativamente ao momento de admissão no SU, o fluxograma mais frequente foi o de “*dispneia*” com 39%, seguido do fluxograma de “*indisposição no adulto*” com 19%, perfazendo assim mais de metade dos episódios alvo de análise. Somente em 7,7% episódios, as pessoas foram triadas pelo fluxograma *dor*, nomeadamente dor torácica, dor abdominal e cefaleia (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos episódios por fluxograma da triagem de Manchester

Fluxograma da triagem de Manchester	%
Dispneia	39%
Indisposição no adulto	19%
Problema nos membros	9,50%
Dor torácica	2,90%
Dor abdominal	2,90%
Cefaleia	1,90%
Pulseira branca	11,50%
Outros	13,3%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

O discriminador mais selecionado foi o de “*dor moderada*”, em 14,29% dos episódios. De seguida surge o discriminador de “*dor severa*” e “*dor pleurítica*” em 0,95% dos episódios.

Em relação ao tempo de permanência das pessoas no internamento em SO o tempo mínimo foram 8 horas e o tempo máximo

304 horas. Verificámos uma média de 52 horas e uma moda de 24 horas.

Quanto à questão “Quais são os momentos de avaliação da dor?” verificámos que dos 105 episódios analisados foram encontrados registos de avaliação da dor no internamento em SO, no campo “*notas de enfermagem*” e “*sinais vitais*”, em 91,40% dos episódios (n-96). Em 8,60% não foi registada qualquer avaliação da dor em nenhum dos campos. Em relação aos registos de avaliação da dor no mínimo uma vez por turno, como recomendado pela SPCI, verificámos que em 18,75% dos episódios esta orientação foi cumprida.

Não encontramos registos de avaliação da dor antes, durante e após a realização de um procedimento doloroso.

Nos resultados referentes à questão “Quais são as escalas de avaliação da dor utilizadas?” constatámos que a escala mais utilizada durante o internamento em SO foi a Escala de Faces (68,75%). A Escala de Avaliação Numérica foi registada em 30,21% dos episódios. Em 1,04% dos episódios foi mencionado a utilização da escala BPS. Em relação à adequação da escala utilizada, tendo em consideração a situação de cada pessoa, considerámos que em 78,13% dos episódios houve uma aplicação adequada e que em 21,86% não existiu uma adequação da escala à situação em que a pessoa se encontrava.

Relativamente à questão “Quais as características da dor que são avaliadas e registadas?” verificámos, ao analisar as características da dor descritas em “*notas de enfermagem*”, que em 9,38% dos episódios estava descrito a sua localização e em 1,04% estava explanado a tipologia da dor. Relativamente à história da dor em 2,08% dos episódios encontrámos referência a manifestações da dor e em 1,04% a fatores de agravamento.

Nos resultados referentes à questão “A dor é reavaliada após a implementação de medidas farmacológicas ou não farmacológicas?” constatámos que relativamente à implementação de medidas não farmacológicas não foi encontrado nenhum registo. Em 22,92% dos episódios foram implementadas medidas farmacológicas, sendo que a sua reavaliação estava descrita em 6,25% dos episódios.

## Discussão

Em Portugal a dor aguda assume-se como o principal motivo de admissão hospitalar. Para além disso, mais de 30% dos adultos referem apresentar dor crónica, sendo que 14% classifica essa dor como moderada ou severa (Mota et al., 2020). Perera, López, Candelas, Chacón e Morizot (2019) mencionam igualmente que, de uma forma global, entre 25% e 29% da população sofre de

dor, constituindo-se este o principal motivo da ida aos serviços de urgência (78%), dos quais cerca de 26% relata dor severa.

Na triagem das pessoas seleccionadas para o estudo que desenvolvemos apenas 7,7% foram triadas com fluxogramas de dor (dor torácica, dor abdominal e cefaleia), o que não corresponde aos valores referenciados por Perera et al. (2019). No entanto, estes resultados não invalidam que a pessoa não tivesse dor no momento da triagem, somente que o enfermeiro valorizou outra queixa da pessoa no momento da seleção do fluxograma. Nesta análise torna-se pertinente referir ainda o número de episódios triados como brancos (11,5%), onde por definição não é possível registar na queixa a existência ou não de dor. Por outro lado, os discriminadores dor moderada, dor severa e dor pleurítica foram os escolhidos em 16,19% dos casos. Num estudo com o intuito de avaliar a efetividade do tratamento a pessoas com dor aguda no serviço de urgência, Perera et al. (2019) mencionam que 21,26% das pessoas relataram dor moderada.

Para o controlo eficaz da dor é fundamental uma adequada avaliação da mesma por parte dos profissionais de saúde, que deve ser contínua e regular para permitir a otimização da terapêutica e promover a melhoria da qualidade de vida da pessoa (DGS, 2003). Mota et al.

(2020) enfatizam que na gestão diferenciada da dor é realçada a obrigatoriedade da sua avaliação e da realização de registos sistemáticos. Lima et al. (2020) referem que a avaliação da dor pelos profissionais pode ser influenciada por diversos fatores como a falta de empatia, a sobrecarga de trabalho e até a dificuldade na compreensão e na aplicação da escala de avaliação da dor. No estudo que desenvolvemos constatámos que ocorreu registo de avaliação da dor em 91,4% dos episódios. De acordo com as recomendações do Grupo de Avaliação da Dor da SPCI (s.d.) e a Norma de Orientação Clínica da instituição, a avaliação da dor deve ser realizada em todos os turnos, no início do mesmo. Neste estudo verificámos que somente em 18,75% dos episódios esta recomendação foi cumprida. Num estudo realizado por Gimenes, Lopes, Rodrigues-Neto e Salvetti (2020) com o objetivo de comparar os registos hospitalares de dor em pessoas internadas com o seu próprio relato de dor, verificou-se que ocorreu disparidade entre os mesmos, ou seja, os registos de dor não refletiram os relatos de dor das pessoas, apontando que houve subnotificação da dor. Estes autores verificaram no seu estudo que não houve registo de dor em 23,8% dos casos. Nesta investigação não foi igualmente encontrado nenhum registo de avaliação da dor antes, durante e após a realização de um procedimento doloroso.

Num estudo realizado por Kemp et al. (2017) sobre avaliação da dor em UCI, os autores demonstraram que houve deficiências no registo da avaliação da dor pela equipa médica e de enfermagem. Relativamente à utilização das escalas de avaliação da dor, identificámos que a Escala de Faces foi utilizada em 68,75% dos registos. Estes resultados são similares aos de Mota et al. (2020) que na investigação que realizaram para avaliar as práticas e os fatores intervenientes na gestão da dor por enfermeiros num SU, aferiram que a Escala de Faces foi utilizada em 71,9% das situações. Constatámos que a utilização da Escala de Avaliação Numérica foi registada em 30,21% dos episódios. Estes resultados são distintos dos apresentados por Mota et al. (2020), que mencionam uma utilização da Escala de Avaliação Numérica em 88,5% das situações. Podemos relacionar esta divergência com a subnotificação da dor, na medida em que somente em 18,75% dos episódios a dor foi avaliada de acordo com o recomendado pela SPCI e pela Norma de Orientação Clínica institucional. A utilização da BPS foi registada em 1,04% dos episódios. O recurso a esta escala está indicado para pessoas sob ventilação e permite a avaliação da dor considerando a expressão facial, os movimentos corporais e a tolerância à ventilação mecânica (Lima et al., 2020). Oliveira, Macedo, Silva, Freitas e Santos

(2019) mencionam que a avaliação da dor tem sido realizada de forma inadequada nos serviços que prestam cuidados a pessoas em situação crítica, tornando a gestão da dor ineficaz, devido a um conjunto de fatores como a inadequada escolha de método, o insuficiente treino e experiência dos profissionais, a deficiente gestão da dor e a resistência à mudança por parte dos profissionais. Consideramos que os resultados deste estudo estão relacionados, por um lado com o baixo número de pessoas ventiladas que permanecem na SO e por outro lado com o referido por Oliveira et al. (2019) acerca do treino e experiência da equipa de enfermagem. Em relação à adequação da escala tendo em consideração a situação da pessoa considerámos que em 78,13% dos episódios a escala utilizada foi adequada à situação e que em 21,86% dos episódios a escala não foi a mais adequada. Mota et al. (2020) e a OE (2008) referem, quanto à escolha dos instrumentos de avaliação da dor, que esta deve considerar o tipo de dor, a idade da pessoa, a situação clínica, as propriedades psicométricas, os critérios de interpretação, a facilidade de aplicação e a experiência de utilização dos mesmos. Relativamente à avaliação das características da dor, Perera et al. (2019) referem que esta compreende dois aspetos: a história de dor da pessoa (início, localização, duração, fatores agravantes, tratamentos anteriores

eficazes ou não eficazes) e a observação das respostas da pessoa (comportamentais e fisiológicas). Verificámos que em apenas 9,38% das pessoas estava registado a localização da dor, em 2,08% estava registado alguma manifestação de dor, em 1,04% estava registado o tipo de dor e em 1,04% estava registado um fator de agravamento da dor. Constatámos que ocorreu igualmente subnotificação relativa às características da dor. Perera et al. (2019) mencionam que nas pessoas com dor aguda, o enfermeiro valoriza o registo da localização, intensidade e qualidade da dor e a intervenção precoce para o seu alívio. Gimenes et al. (2020) referem que as lacunas no conhecimento dos profissionais sobre a avaliação da dor e a falta de sistematização destes cuidados contribuem para a subnotificação e tratamento inadequado da dor.

Quanto à implementação de medidas farmacológicas verificámos que em 22,92% dos episódios as mesmas foram implementadas. Perera et al. (2019) e Mota et al. (2020) considerando a Organização Mundial da Saúde, a Human Rights Watch e a Declaração de Montreal referem que o acesso ao tratamento da dor é um direito humano fundamental. O controlo da dor é assim um direito de todas as pessoas e um dever dos profissionais de saúde (DGS, 2013). As medidas farmacológicas passam pela prescrição médica que inclui a utilização

de opiáceos, não opiáceos/anti-inflamatórios não esteroides e medicamentos adjuvantes (Perera et al., 2019). O uso de analgésicos para alívio da dor foi uma das intervenções mais utilizadas (36,5%) no estudo realizado por Gimenes et al. (2020). Mota et al. (2020) mencionam que nos serviços de urgência pode ocorrer o fenómeno de oligoanalgesia, ou seja, a insuficiente, incorreta e ineficaz administração de analgésicos em pessoas com dor aguda. Perera et al. (2019) referem ainda que vários estudos têm demonstrado que a gestão da dor é frequentemente inadequada e que as pessoas podem receber tratamento analgésico insuficiente devido a orientações desadequadas e dosagens infraterapêuticas. Stalnikowicz, Mahamid, Kaspi e Brezis (2005) corroboram o anteriormente referido ao afirmarem que 70% das pessoas com dor em fase aguda não receberam analgesia nos serviços de urgência. Os mesmos autores apontam diversas causas que contribuem para o subtratamento da dor, que englobam uma comunicação deficiente, formação inadequada por parte dos profissionais e ausência de relatórios. A reavaliação da dor após a implementação de medidas farmacológicas foi apenas registada em 6,25% dos episódios, validando a subnotificação da dor já identificada neste estudo.

Em relação à implementação de medidas não farmacológicas não foi encontrado nenhum registo nos processos consultados. Vários autores mencionam medidas não farmacológicas como a massagem, a vibração, a aplicação de calor e frio, a aplicação de fluidos criogénicos, as técnicas de relaxamento e visualização guiada, toque terapêutico, *biofeedback*, posicionamentos confortáveis, cuidados com os dispositivos médicos, estimulação elétrica nervosa transcutânea e hipnose (Gimenes et al., 2020; Mota et al., 2020; Perera et al., 2019). Perera et al. (2019) referem que a utilização de medidas não farmacológicas foi realizada em 4,2% dos casos e que estas medidas demonstraram ser eficazes em 100% das situações. Constatamos, tal como foi referenciado por vários autores (Gimenes et al., 2020; Kemp et al., 2017; Oliveira et al., 2019), que os resultados identificados são consistentes com a subnotificação e o subtratamento da dor. Pinheiro e Marques (2019), Valério, Fernandes, Miranda e Terra (2019) e Mota et al. (2020) mencionam aspetos que dificultam a avaliação da dor como o défice de conhecimentos sobre as escalas e sobre a sua aplicação, a sobrecarga de trabalho, a desvalorização da dor pelos profissionais, a situação clínica da pessoa e a utilização de linguagem técnica. Mota et al. (2020) acrescentam que 45,9% dos participantes no seu estudo considerava a

sua formação sobre gestão da dor adequada, 47,9% referiram não ter opinião sobre o assunto e 6,2% consideraram a sua formação como inadequada. A necessidade de formação e treino dos profissionais para a avaliação da dor e para a utilização de escalas foi sugerida por Pinheiro e Marques (2019), Valério et al. (2019), Gimenes et al., (2020), Lima et al. (2020) e Mota et al. (2020) como medidas a implementar para colmatar as dificuldades na avaliação da dor.

## Conclusão

Este artigo surgiu no âmbito de uma investigação no SU com o objetivo de descrever de que forma foi avaliada e registada a dor nas pessoas internadas em SO do SU, pela equipa de enfermagem.

Concluimos que a avaliação da dor, nas dimensões apresentadas no estudo, foi subnotificada. Neste sentido, consideramos ser fundamental definir estratégias para a formação e treino dos enfermeiros sobre avaliação da dor, nomeadamente os momentos de avaliação, a utilização das escalas de avaliação da dor, as características da dor e a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Para além disso, torna-se igualmente relevante a sensibilização para a

importância dos registos de enfermagem inerentes à avaliação da dor.

Estes resultados, numa perspetiva de diagnóstico de situação, contribuem para a futura implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade no SU e para a monitorização efetiva da Norma de Orientação Clínica da instituição - “Avaliação e Monitorização da Dor à Pessoa Adulta”.

## Referências bibliográficas

Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M., & Faustino, S. (2015). *Dor 5º Sinal Vital*. Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros, 2ª Edição. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/IPOLisboa\\_NormaClinicaEnfermagem\\_DorQuintoSinalVital.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf).

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa Nº 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor*. Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/programa-nacional-de-controlo-da-dor-circular-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frutuoso, D. (2013). *Avaliação da Dor Crónica na Pessoa Idosa*. Relatório de estágio. Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Pessoa Idosa. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15772>.
- Gimenes, A, Lopes, C., Rodrigues-Neto, A., & Salvetti, M. (2020). O registro da dor aguda em pacientes hospitalizados. *BrJP*, 3(3), 245-248. DOI: 10.5935/2595-0118.20200178
- International Council of Nurses. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Recuperado de [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf).
- Kemp, H., Bantel, C., Gordon, F., Brett, S., & Laycock, H. (2017). Pain Assessment in INTensive care (PAINT): an observational study of physician-documented pain assessment in 45 intensive care units in the United Kingdom. *Anaesthesia*, 72, 737–748. DOI: 10.1111/anae.13786.
- Lima, V., Lohmann, P., Costa, A., & Marchse, C. (2020). O uso da escala da dor pelos profissionais de enfermagem no contexto da urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(11). DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9403.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., ... Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*, 2(5), 269-279. DOI: 10.29352/mill0205e.29.00257.
- Niza, P. (2018). *Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção especializada de enfermagem*. Relatório de estágio. Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25327/1/Relat%C3%B3rio%20est%C3%A1gio%20Mestrado%20PSC%20Paula%20Niza%20n%C2%BA2238.pdf>.
- Oliveira, L., Macedo, M., Silva, S., Freitas, A., & Santos, V. (2019). Avaliação da dor

em pacientes críticos por meio da Escala Comportamental de Dor. *BrJP*, 2(2), 112-6. **DOI:** 10.5935/2595-0118.20190021.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR: Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf).

Perera, J., López F., Candelas, R., Chacón, R., & Morizot, G. (2019).

Prevalence and Therapeutic Approach of Acute Pain in Emergency Provided by Triage Nursing. *Aquichan*, 19(4). **DOI:** 10.5294/aqui.2019.19.4.4.

Pinheiro, A., & Marques, R. (2019). Behavioral Pain Scale e Critical-Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*, 31(4), 571-581. **DOI:** 10.5935/0103-507X.20190070.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. [s.d.]. *Plano Nacional de Avaliação da Dor: Resultados*. Recuperado de <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>.

Stalnikowicz, R., Mahamid, R., Kaspi, S., & Brezis, M. (2005). Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *International journal for quality in health care*, 17(2), 173–176. **DOI:** 10.1093/intqhc/mzi022

Valério, A. F., Fernandes, K. S., Miranda, G., & Terra, F. S. (2019). Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e os mecanismos/ações adotados: revisão integrativa. *BrJP*, 2(1), 67-71. **DOI:** 10.5935/2595-0118.20190013