

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM GESTÃO DE DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA –
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

NURSING INTERVENTIONS IN PAIN MANAGEMENT IN THE EMERY DEPARTMENT –
INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE
URGENCIA – REVISION INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Olivia Afonso¹
Maria Augusta Romão Veiga Branco²

¹Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (oliviadafonso@hotmail.com)
<https://orcid.org/0000-0001-8389-3163>

²Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (aubra@ipb.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-7963-2291->

Corresponding Author
Olivia Afonso
Avenida Padre Firmino Augusto Martins, nº12
5320-301 Vinhais, Portugal
oliviadafonso@hotmail.com

RECEIVED: 27th March, 2023
ACCEPTED: 18th May, 2023
PUBLISHED: 1st June, 2023

Servir, 2(5), e30566

DOI:10.48492/servir0205.30566

2023



RESUMO

Introdução: As Intervenções de Enfermagem (IE) em Gestão de Dor (GD) no Serviço de Urgência (SU) são essenciais para o doente e expressam a visibilidade dos cuidados de enfermagem. O conceito de alívio de dor é tão humanamente importante que torna pertinente o estudo desta temática.

Objetivo: Tipificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU, através de Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

Métodos: Revisão Integrativa, com metodologia PRISMA, sob critérios PICO, em bases de dados PubMed/MEDLINE®, B-On, Cinahl EBSCO e RCAAP. Da expressão de busca apoiada pelos termos MeSH, com os operadores booleanos de busca (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients), emergiram 116 estudos e foram selecionados 9.

Resultados: Identificadas 6 categorias de Intervenções de Enfermagem: Avaliação de Dor e Barreiras (78%), Intervenções Farmacológicas (67%), Formação (56%), Intervenções Não-Farmacológicas e Registos (22%), das quais emergiram 57 IE (67% autónomas e 33% interdependentes).

Conclusão: Foi demonstrada a necessidade de criar condições para potenciar melhores práticas e responsabilizar as instituições de saúde e de formação em enfermagem.

Palavras-chaves: dor; doente; enfermeiro; serviço de urgência; gestão de dor

ABSTRACT

Introduction: Nursing Interventions (NI) in Pain Management (PM) in the Emergency Department (ED) are essential and an expression of the visibility of nursing care. The concept of pain relief is so humanly important that it makes the study of this theme relevant.

Objective: Typify Nursing Interventions in Pain Management in the ED, through an Integrative Literature Review (ILR).

Methods: Integrative Review, with PRISMA methodology, under PICO criteria, in PubMed/MEDLINE®, B-On, Cinahl EBSCO and RCAAP databases. From the search expression supported by the terms MeSH, with boolean search operators (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients), 116 studies emerged and 9 were selected.

Results: 6 categories of Nursing Interventions identified: Pain Assessment and Barriers (78%), Pharmacological Interventions (67%), Training (56%), Non-Pharmacological Interventions and Records (22%), of which 57 NI emerged (67% autonomous and 33% interdependent).

Conclusion: The need to create conditions to enhance best practices and hold health and nursing education institutions accountable was demonstrated.

Keywords: pain; sick; nurse; emergency service; pain management

RESUMEN

Introducción: Las Intervenciones de Enfermería (IE) en Manejo del Dolor (MD) en el Servicio de Urgencia (SU) son esenciales y una expresión de la visibilidad de los cuidados de enfermería. El concepto de alivio del dolor es tan humanamente importante que hace el estudio de este tema relevante.

Objetivo: Tipificar Intervenciones de Enfermería en Manejo del Dolor en el SU, a través de Revisión Integrativa de la Literatura (RIL).

Métodos: Revisión Integrativa, con metodología PRISMA, bajo criterios PICO, en bases de datos PubMed/MEDLINE®, B-On, Cinahl EBSCO y RCAAP. De la expresión de búsqueda apoyada por los términos MeSH, con operadores de búsqueda booleanos (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients), surgieron 116 estudios y se seleccionaron 9.

Resultados: Se identificaron 6 categorías de Intervenciones de Enfermería: Evaluación del dolor y Barreras (78%), Intervenciones Farmacológicas (67%), Capacitación (56%), Intervenciones no-Farmacológicas y Registros (22%), de las cuales surgieron 57 IE (67% autónomas y 33% interdependientes).

Conclusión: Se demostró la necesidad de crear condiciones para mejorar las prácticas y responsabilizar a las instituciones de salud y educación en enfermería.

Palabras Clave: dolor; enfermo; enfermera; servicio de emergencia; manejo del dolor

Introdução

A dor é queixa recorrente em SU. O enfermeiro é figura central destes serviços, com responsabilidades acrescidas, sobretudo na triagem. É essencial identificar e refletir acerca das Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor. A atualização faz, assim, sentido e eis porque este estudo considera a sua identificação e reconhecimento empírico. O desenvolvimento de conhecimentos sobre dor, a visibilidade do enfermeiro especialista e o acompanhamento de planos de tratamento, focados no controlo da dor, em doentes críticos, podem contribuir positivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados.

É exigida a prática baseada na evidência (PBE), orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Dessa exigência, emergiu a necessidade de responder à questão de investigação “Quais as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU?”.

Assim, o objetivo geral deste estudo é tipificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência. Os objetivos específicos são: identificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU, categorizar as Intervenções de Enfermagem na Gestão de Dor em SU; apresentar o nível de incidência das intervenções, por categoria, e taxonomizar a relação entre a incidência das IE encontradas e as categorias.

1. Enquadramento Teórico

A definição de dor, revista e aprovada pela International Association for the Study of Pain (IASP), é: “experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Raja et al., 2020). A experiência de dor é, no entanto, mais ampla: é uma experiência individual e multifatorial; não é deduzida apenas por neurónios sensoriais; os indivíduos “aprendem” o conceito de dor ao longo do ciclo vital; o relato do indivíduo sobre dor exige respeito; tem função adaptativa, embora nefasta para o bem-estar e a incapacidade de comunicar não nega a presença de dor (Raja et al., 2020). A teoria atual sustém a influência de “fatores biológicos, psicológicos, neurofisiológicos, genéticos e ambientais na etiologia, exacerbação e manutenção da dor (...)” (Anwar, 2016).

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

A avaliação sistemática, através de escalas validadas e adaptadas a cada indivíduo, é essencial.

É recomendada a utilização de escalas de autoavaliação, tais como a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala de Faces (EF) e Escala Qualitativa (EQ); ou de heteroavaliação, como a Critical Care Pain Observation Tool (CPOT). As evidências publicadas enfatizam que todas as escalas são válidas, adequadas e fiáveis para situações de urgência (Karcioglu, 2020).

Os cuidados de enfermagem distinguem-se em intervenções autónomas ou interdependentes. As intervenções autónomas são as ações efetuadas sob exclusiva responsabilidade de enfermeiros. As intervenções interdependentes são realizadas em colaboração com outros profissionais (OE, 2001).

A PBE garante a excelência dos cuidados de enfermagem. Enfermeiros com formação em dor podem contribuir para a elaboração de políticas, regulamentos e orientações, para um desempenho de qualidade do sistema de saúde (Hochberg, 2021).



2. Métodos

A Revisão Integrativa é um processo de pesquisa, promotor das competências de investigação, análise reflexiva, apresentação e divulgação do conhecimento (Mendes, 2008), e envolve as seguintes etapas: definição da Questão de Investigação (QI); recolha de dados em bases científicas; fixação de critérios de inclusão/exclusão; interpretação de dados e apresentação de resultados (Noble & Smith, 2018).

2.1 Formulação da Questão de Investigação (QI)

A QI: “Quais as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU?”, emergiu de critérios PICO, e serviu de guia para a seleção dos estudos e métodos de recolha de dados (Souza, 2010).

- (P) Participantes: Enfermeiros e doentes em SU
- (I) Intervenção: Intervenções de Enfermagem
- (C) Comparadores/Contexto: Comparação não aplicável/Contexto SU
- (O) Resultados: Gestão de Dor

2.2 Estratégias de pesquisa

Foi definida a expressão de busca, com Medical Subject Headings (MeSH), produzido pela National Library of Medicine e identificados os termos MeSH para cada descritor. Em seguida, foram conjugados os descritores com o operador booleano AND: (Pain) AND (Acute Pain) AND (Pain Management) AND (Nurse) AND (Emergency Service, Hospital) AND (Patients). A pesquisa foi efetuada nas bases de dados PubMed/MEDLINE®, B-On, CINAHL (EBSCO) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

2.3 Critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão foram: estudos publicados nos últimos 5 anos (2017-2022); em português e inglês e com artigo em texto integral. Foram excluídos estudos com resultados inconclusivos.

Através da triagem, evitou-se o viés e a duplicação dos resultados e foram avaliados títulos e resumos, para remoção de estudos sem relação com a QI. Este processo, desenvolvido por dois investigadores independentes, garantiu a seleção de estudos relevantes. Os artigos completos foram avaliados, segundo metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA).

2.4 Extração de dados

A extração e tabulação dos dados pertinentes, para avaliação da qualidade metodológica dos estudos, fez-se com a finalidade de analisar e interpretar os resultados. Os dados extraídos foram resumidos, de modo a formular conclusões, remetidas para a QI.

3. Resultados

A pesquisa decorreu entre Outubro 2022 e Janeiro 2023. A figura 1 contém o fluxograma PRISMA, alusivo às etapas para inclusão dos artigos.

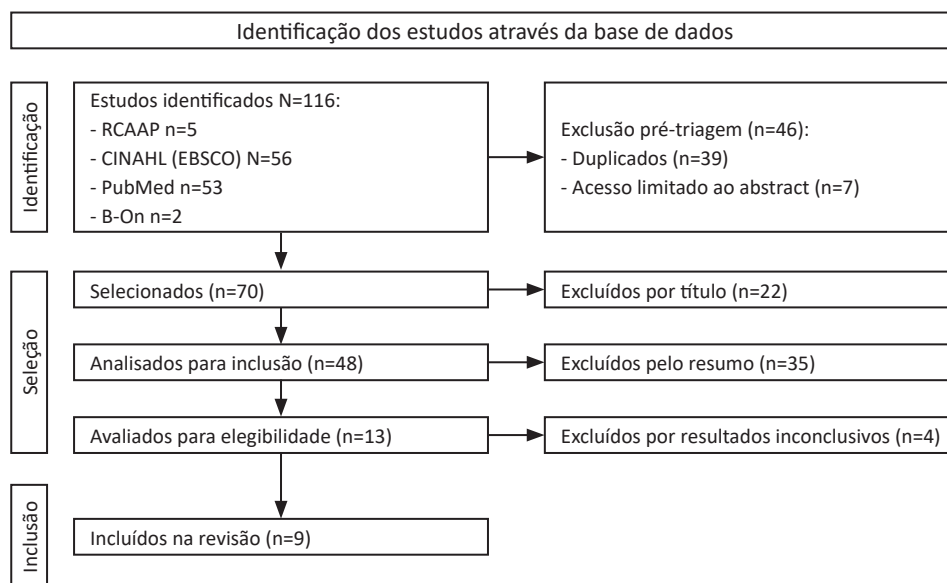


Figura 1 – Fluxograma PRISMA. Fonte: Adaptado de Page et al. (2020)

A amostra, codificada (Cod) na Tabela 1, é constituída por artigos publicados em revistas médicas (56%), em revistas de enfermagem (33%) e em dissertações de mestrado (11%), sendo 89% dos estudos quantitativos e 11% qualitativos. Os autores de 89% dos estudos eram enfermeiros (enfs) e 11% eram médicos. Predominam os estudos da Europa (44%), seguidos da África e Ásia (22% cada) e Oceânia (11%). Das investigações, 67% foram conduzidas em áreas geográficas limitadas (hospital/região) e 33% a nível nacional. No global, 78% dos estudos tiveram amostra de enfermeiros, e em 22% foi avaliada a perspetiva dos doentes. A amostra emergiu das bases PubMed/MEDLINE® e B-On (33,3% cada), RCAAP (22,2%) e Cinahl EBSCO (11,1%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Cod	Autor	Ano	Título	País	Publicação	Base de Dados
E1	António, C.	2017	Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros	Portugal	Dissertação Mestrado	RCAAP
E2	Mota et al.	2020	Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência	Portugal	Revista Millenium	RCAAP
E3	Sardo et al.	2020	Nurses' behaviour regarding pain treatment in an emergency department (...)	Itália	Journal of Pain Research	PubMed Medline
E4	Varndell et al.	2020	Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey	Austrália	Journal of Clinical Nursing	Cinahl EBSCO
E5	Kahsay et al.	2019	Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings (...)	Eritreia	BMC Nursing	B-On
E6	Admassie et al.	2022	Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department (...)	Etiópia	Annals of Medicine & Surgery	PubMed Medline
E7	Al-Sayaghi et al.	2022	Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia	Arábia Saudita	Revista Healthcare	B-On



Cod	Autor	Ano	Título	País	Publicação	Base de Dados
E8	Hämäläinen et al.	2022	Acute Pain Assessment Inadequacy in the Emergency Department: Patients' Perspective	Finlândia	Journal of Pain Experience	PubMed Medline
E9	Manookian et al.	2018	Nurses' Experience of Pain Management in Patients Referred to the Emergency Department	Irão	J Babol Univ Med Sci	B-On

Foi feita a análise dos objetivos, participantes, Instrumento de Recolha de Dados (IRD), resultados, conclusões e limitações dos estudos. Após, foi elaborada a síntese dos dados (tabela 2) e a avaliação da qualidade da evidência. A principal conclusão dos estudos foi a importância da formação. As limitações eram relativas a amostras consideradas pouco representativas, sem generalização possível. Emergiram 6 categorias de IE: Avaliação de Dor (AD), Intervenções Farmacológicas (IF), Intervenções não-Farmacológicas (InF), Registos, Barreiras e Formação.

Tabela 2 – Síntese das evidências dos estudos

Cod	Tipo	Objetivos	População IRD	Principais resultados
E1	Quantitativo correlacional transversal	Analisar práticas	164 enfs em SU. Escala de Práticas de Enfermagem na GD (PEGD)	- 95% tinham conhecimentos em IF; - InF prevalente: posicionamento (90%); InF menos realizadas: relaxamento, massagem e imaginação guiada; - barreiras: falta de tempo, formação e recursos humanos; volume de trabalho. - 62% tinham formação específica; para 86,4% era adequada;
E2	Transversal analítico	Avaliar práticas e fatores de influência	96 enfs em SU. Escala PEGD	- 29,2% consideraram a formação adequada; 47,9% não sabiam/sem opinião; - EAN foi a mais utilizada (88,5%); - 41,7% tinham nível adequado de conhecimento; - enfs mais experientes com maior défice de saberes; grupo dos 6-10 anos de serviço com melhores resultados (53,8%).
E3	Observacional prospetivo	Avaliar atitudes e função dos enfs	509 doentes de SU. Formulário case-report	- 95% enfs de triagem inquiriram sobre dor; 69,7% avaliaram a intensidade; - 84,1% não informaram o médico sobre a dor; - 38,5% dos doentes receberam analgesia nos 1os 60min pós-triagem; - 49,5%: analgesia adequada; - enfs sem autonomia em GD na triagem; - diminuição na intensidade da dor mais importante que tempo de espera pela analgesia.
E4	Transversal exploratório	Avaliar saberes, perceção e fatores de influência	450 enfs de SU na Austrália Questionário de 91 itens.	- 71,8% iniciaram analgesia com autonomia; - 76,5% receberam formação em GD; - EAN foi a mais utilizada (32,3%); - uso raro de escalas de AD em doentes inconscientes; - barreiras: carga de trabalho excessiva (78,4%) e falta de dotações seguras (58,1%).
E5	Quantitativo transversal	Avaliar conhecimento, atitudes e barreiras	126 enfs de SU de 7 hospitais da Eritreia. Escala KASRP*	- défice de conhecimento/atitudes: nenhum participante atingiu score de 80%; - quanto maior grau académico, maior nível de conhecimentos; - formação prévia teve relevância; - barreiras: sobrelotação do SU, carga de trabalho, falta de protocolos/escalas de AD; - AD influenciada pelo comportamento do doente.
E6	Transversal multicêntrico	Avaliar barreiras percebidas e fatores associados.	153 enfs de 8 SU. Questionário semi-estruturado	- barreiras: sobrelotação do SU (76%), carga de trabalho (48,4%) e falta de orientações/protocolos (9,8%); - barreiras menos reportadas: regulação estrita de opióides, língua e falta de áreas para registo (2%); - enfs experientes, formados em GD ou com grau académico elevado, reportaram menos barreiras.

Cod	Tipo	Objetivos	População IRD	Principais resultados
E7	Quantitativo transversal	Avaliar conhecimento e atitudes	291 enfs Escala KASRP*	- 70,1% nível fraco; 29,2% aceitável e 0,7% bom; - 72% usaram placebos para avaliar se dor é real; - 82,5% consideraram sinais vitais estáveis indicadores de ausência de dor; mantiveram o doente álgico para aferir a origem da dor; - 73% afirmaram: não devem ser administrados opióides a doentes com histórico de abuso de substâncias; - 26,8% fizeram AD correta do doente sorridente.
E8	Quantitativo descritivo e transversal	Descrever e explicar percepções da AD dos doentes	114 doentes de SU Questionário estruturado	- AD na triagem (83%), estadia (78%) e alta (63%); - 91,2% consideraram desafiante a AD; - escalas: EQ 54%; EN 28% e EF 9,7%; - 79% consideraram a sua AD o método mais fiável; - AD em repouso: 76%; AD em movimento: 52%; - 64% AD pré-administração analgésica e 66% após; - 24% insatisfeitos com a AD.
E9	Qualitativo	Explicar as experiências dos enfs.	14 enfs de SU. Entrevistas individuais em profundidade e semi-estruturadas	- 2 temas emergentes: “desafios/barreiras à GD” e “direito ao alívio da dor focado no doente”; - barreiras: estrutura organizacional/profissional inadequada (autoridade limitada, falta de tempo e avaliação/monitorização); - fatores humanos: medo de efeitos colaterais, visão holística e negligência; - alívio da dor: direito fundamental; foco em diferenças individuais e confiança.

*KASRP – Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain

Da análise inicial (Tabela 3), emergiram 57 Intervenções de Enfermagem, categorizadas em 6 grupos: A maioria dos estudos (78%) diz respeito à Avaliação de Dor e Barreiras, seguidas de Intervenções Farmacológicas (67%) e Formação (56%). Minoritariamente, as Intervenções Não-Farmacológicas e Registos foram referidas em 22% da amostra.

Tabela 3 – Tipificação das IE em GD emergentes dos estudos

Categoria de IE	n/%	Intervenções de Enfermagem identificadas	Cod
Avaliação de Dor (AD)	7 estudos (78%)	-triagem pelo discriminador “dor”;	
		-reconhecer doente como melhor avaliador;	
		-exame físico e colheita de dados;	
		-caracterizar dor segundo duração, frequência, localização, intensidade, qualidade, fatores de alívio/ agravamento e sintomas associados;	
		-utilizar escalas validadas/ajustadas;	
		-avaliar impacto emocional, socioeconómico e espiritual;	
		-identificar diagnósticos de dor;	
		-planear intervenções;	
		-reavaliação sistemática;	
		-capacitar enfs de triagem com formações;	
		-sensibilizar enfs para eficaz valorização da dor;	
		-comunicar resultados à equipa multidisciplinar;	
		-rever sistema de monitorização;	
		-estabelecer protocolos de AD;	
-sensibilizar enfs para atitudes negativas (ignorar/subestimar);			
-envolver o doente no processo de AD;			
-confiar nas afirmações do doente.			



Categoria de IE	n/%	Intervenções de Enfermagem identificadas	Cod
Intervenções Farmacológicas (IF)	6 estudos (67%)	<ul style="list-style-type: none"> -possuir conhecimentos farmacológicos: terapêutica/segurança analgésica; -monitorizar eficácia das IF; -responsabilizar enfs: intervalo ótimo de administração analgésica, timing e dose, baseada na resposta do doente; -estabelecer planos de intervenção, com equipa multidisciplinar; -familiarizar enfs com a administração combinada de analgésicos (prática recomendada pela OMS: escada analgésica); -comunicar resultados das IF à equipa multidisciplinar; -colaborar na elaboração de protocolos para IF na dor aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> → E1 → E1, E8 → E7 → E1 → E3, E6
Intervenções não-Farmacológicas (InF)	2 estudos (22%)	<ul style="list-style-type: none"> -conhecer/aplicar InF (aplicação de calor/frio, distração, imaginação guiada, massagem, relaxamento, ambiente físico adequado, posicionamento, conforto, toque terapêutico, imobilização física em trauma); -providenciar medidas simples de conforto, cuidado e segurança do doente; -comunicar resultados das InF à equipa multidisciplinar; -encarar o alívio da dor como direito fundamental dos indivíduos; -estabelecer relação empática, com confiança e respeito; -institucionalizar perspetivas de cuidados de saúde humanísticos e valores fundamentais da enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> → E1 → E9
Registos	2 estudos (22%)	<ul style="list-style-type: none"> -informação disponível/fácil acesso no sistema informático, após triagem; -efetuar registos de avaliações, reavaliações, e seu planeamento; -registos antes e após IF e/ou InF; -sugerir desenvolvimento de alertas informáticos para avaliação/reavaliação; -registo completo da dor, mesmo a sua ausência; -sugerir prescrição das InF no sistema informático; -melhorar burocracia hospitalar, para evitar registos em falta/incompletos; -promover implementação de várias escalas de AD adaptadas para utentes de SU, no sistema informático; -maior valorização do registo das ações realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> → E1 → E1, E2
Barreiras	7 estudos (78%)	<ul style="list-style-type: none"> -identificar/comunicar barreiras (falta de: tempo, formação, recursos humanos/ materiais, privacidade e diretrizes; volume de trabalho, gestão do meio físico); -realizar protocolos farmacológicos; -legisladores/gestores de enfermagem devem trabalhar no sentido de resolver a falta de recursos humanos; -rever limites da autoridade de enfermagem (empoderar enfermeiros); -melhorar a comunicação interprofissional; -implementar escalas de dor validadas/adaptadas; -diminuir discrepância entre conhecimentos/crenças dos enfs e práticas de GD; -rever o sistema de monitorização. 	<ul style="list-style-type: none"> → E1 → E3 → E3, E5, E6, E9 → E3, E9 → E4 → E7 → E9
Formação	5 estudos (56%)	<ul style="list-style-type: none"> -investir em formação específica; -incentivar à leitura de livros, estudos e artigos sobre dor; -exigir maior compromisso dos gestores; -formação para ultrapassar preconceitos culturais sobre dor; -dirigir formações em GD para doentes específicos (geriatria, pediatria, doentes com défices cognitivos ou inconscientes); -aumentar sessões dedicadas à GD nas escolas de enfermagem; -introdução de programas de GD contínuos; -implementação de protocolos/orientações baseados na evidência; -promover programas de formação/avaliação contínuas; -rever o programa das escolas de enfermagem: unidade dedicada à dor (fisiopatologia, avaliação e GD, IF e InF). 	<ul style="list-style-type: none"> → E1, E6 → E5 → E1, E2 → E3 → E4 → E5, E7 → E5 → E7

A Organização Taxonómica das IE, por tipologia e por categoria executória na GD (Tabela 4), permitiu verificar que a categoria com mais IE foi a Avaliação de Dor (29,8%) e, aquela onde foram encontradas menos ações foi a Intervenção não-Farmacológica (10,5%). As categorias Avaliação e InF, tiveram 100% de Intervenções Autónomas de enfermagem (sem incidência de ações interdependentes) e a categoria Barreiras foi aquela onde se verificaram menos (3,5%). Foi na categoria Formação que se identificaram mais Intervenções Interdependentes (12,3%).

Tabela 4 – Incidência e Organização Taxonómica das IE, por tipologia e categoria executória na GD.

Categoria de IE	IE Autónomas		IE Interdependentes		Total IE	
	n	%	n	%	n	%
Avaliação de Dor	12 E1* 2 E3* 1 E6 1 E7 1 E8 1 E9		0	0	17	29,8
Total	17	29,8	0	0		
Intervenções Farmacológicas	4 E1* 1 E7 1 E8*		1 E1 1 E3* 1 E6*		7	12,3
Total	5	8,8	2	3,5		
Intervenções não-Farmacológicas	3 E1 3 E9		0	0	6	10,5
Total	6	10,5	0	0		
Registos	5 E1		4 E1* 1 E2*		9	15,8
Total	5	8,8	4	7		
Barreiras	1 E1 1 E7		3 E3** 2 E4 1 E5* 1 E6* 3 E9**		8	14,0
Total	2	3,5	6	10,5		
Formação	2 E1** 1 E2* 1 E5 1 E6*		1 E3 1 E4 3 E5* 3 E7*		10	17,6
Total	3	5,3	7	12,3		
TOTAL	38	67	19	33	57	100

Cada * representa 1 intervenção duplicada (emergente em mais que 1 estudo).

O nível de incidência das Intervenções Autónomas (IA) e Interdependentes (II) de enfermagem, por estudo, revelou que o estudo onde emergiram mais intervenções foi o E1 (47%). Os estudos com menos intervenções foram os E2 e E8 (3%). As II foram mais identificadas nos E1 e E3 (8,8%). Não emergiram quaisquer IA do E4, com 100% de ações interdependentes, que, por sua vez, não tiveram incidência no E8. O estudo onde as IA foram prevalentes foi o E1 (38,2%). Para os cálculos, foram consideradas as intervenções duplicadas.



4. Discussão

Os resultados serão agora discutidos e, para melhor organização e compreensão da relação entre objetivos e resultados, configuram-se em cada categoria de GD. No global, foram identificadas e categorizadas as Intervenções de Enfermagem (IE) em Gestão de Dor no SU. Foi apresentado o nível de incidência das interações desenvolvidas, por categoria, e desenvolveu-se uma taxonomia da relação entre a incidência das IE e as categorias de GD.

A Avaliação de Dor, presente em 78% dos estudos, com 100% de ações autónomas, tem impacto nas intervenções de outros profissionais, como revelou o E4 (Varndell et al., 2020), já que 60,7% dos enfermeiros reportaram a consideração dos médicos pela avaliação de enfermagem, na prescrição de analgesia.

No E1 (António, 2017), a dor foi prevalente na admissão no SU (55,3%), e os enfermeiros demonstraram boa avaliação inicial, como no E2 (Mota et al., 2020), embora nunca/raramente tenham avaliado o impacto emocional, espiritual e socioeconómico da dor, descurando a visão holística do doente (E1). No E8, Hämäläinen et al. (2022) demonstraram a perspetiva dos doentes de SU: 83% referiram beneficiar de AD à chegada, onde 80% dos doentes foi questionado sobre o tipo de dor e 89% sobre a localização.

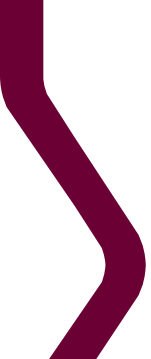
Os estudos de Sardo et al. (2020), Kahsay et al. (2019) e Al-Sayaghi et al. (2022) (E3, E5 e E7), evidenciaram lacunas: no E3, só a presença de dor foi avaliada e os E5 e E7 mostraram que os enfermeiros baseiam a AD no comportamento do doente (subestimaram a dor do doente sorridente), em detrimento do nível de dor atribuído pelo próprio. Os doentes foram triados pela gravidade da patologia, e não pela intensidade da dor, como explicado no E5: doentes com dor abdominal receberam analgesia mais depressa que doentes com lombalgias.

Uma maioria de enfermeiros (82,5%, E7) consideraram sinais vitais estáveis um indicador de ausência de dor. Contrariamente aos pressupostos teóricos, em que toda a dor deve ter a mesma prevalência de avaliação, Hämäläinen et al. (2022) (E8) verificaram que a dor em movimento só foi avaliada a 52% dos doentes, em contraste com os doentes em repouso (76%).

O uso de escalas validadas é essencial. No E4 (Varndell et al., 2020), 53,1% dos enfermeiros não utilizaram escalas de avaliação específicas para doentes inconscientes; só 13,8% dos enfermeiros usaram a CPOT neste contexto, e revelaram dificuldades na AD em séniores ou doentes com défices cognitivos. A escala mais utilizada foi a EAN (84,8% no E1, 88,5% no E2 e 32,3% no E4), corroborando os resultados de Karcioğlu (2020), que defende a sua sensibilidade e resultados.

Cada enfermeiro deve reconhecer o doente como o melhor avaliador (E1, E5, E7 e E8), pelo que deve estabelecer uma relação de confiança mútua com o doente (E9 de Manookian et al., 2018), omitindo atitudes negativas, tais como, ignorar/subestimar a dor (E7 e E9). No entanto, avaliar a sua própria dor pode ser desafiante, como exposto no E8 (Hämäläinen et al., 2022), com 91% dos doentes a manifestarem dificuldades. O doente deve ser, por isso, envolvido no processo de avaliação.

A intensidade da dor é apenas um componente da experiência e os enfermeiros não podem descurar outros aspetos (E8). O impacto da dor deve ser avaliado (António, 2017) (E1) e corrobora as evidências apresentadas no estudo de Anwar (2016), ao defender que a dor deve ser encarada num contexto multifatorial. A sua reavaliação serve para avaliar a eficácia das intervenções (E1) e, por este motivo, Sardo et al. (2020) (E3) defenderam que poderá ser necessário rever os sistemas de monitorização. Em 83% dos doentes (E8) houve AD à chegada ao SU, em 78% várias vezes durante a estadia e em 63% - uma diminuição importante - no momento da alta. Os resultados da (re)avaliação devem sempre ser transmitidos à equipa multidisciplinar (E1 e E4). O desenvolvimento de protocolos de avaliação permite uma gestão de dor mais atempada (E6 Admassie et al., 2022), mas 24% dos doentes (E8) mostraram insatisfação com a avaliação de dor dos enfermeiros, o que evidencia a necessidade de os enfermeiros estarem mais atentos à dor no SU.



Afonso, O., & Veiga Branco, M. A. R. (2023).

Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência: Revisão Integrativa da Literatura.

Servir, 2(5), e30566. <https://doi.org/10.48492/servir0205.30566>

No que respeita às Intervenções Farmacológicas (67% da amostra), verificou-se haver 71% de IA e 29% de II. A administração de fármacos exige prescrição médica, mas a monitorização da eficácia/segurança é efetuada com autonomia pelos enfermeiros.

Apurou-se que os enfermeiros revelaram bons conhecimentos, em António (2017) (E1): 96,3% conheciam os fármacos analgésicos e 95% vigiavam a segurança da terapêutica, por oposição ao défice de conhecimentos, verificado em Khsay et al. (2019) (E5), sobre analgésicos opióides, e à evidencia de práticas eticamente duvidosas em Al-Sayaghi et al. (2022) (E7), em que 72% dos enfermeiros usaram placebos para avaliar a presença de dor real; 74% mantiveram o doente álgico o máximo de tempo possível, antes de providenciar analgesia opióide, 82,5% mantiveram a dor do doente, para descobrir a causa e 73% afirmaram que doentes com histórico de abuso de substâncias não devem receber analgesia opióide. Também foi evidenciado o medo de efeitos secundários e comportamentos profissionais negligentes: enfermeiros admitiram administrar analgésicos/sedativos sem prescrição médica, para reduzirem queixas incomodativas dos doentes (Manookian et al., 2018).

Em contraste, 80,6% dos enfermeiros em Varndell et al. (2020) (E4) demonstraram uma atitude positiva em relação à analgesia em doentes críticos. Nestes SU, o protocolo permitiu a 71,8% dos enfermeiros a autonomia de administrar analgesia, por oposição aos enfermeiros do E3 de Sardo et al. (2020), que, na triagem, nunca geriram a dor com autonomia e não informaram os médicos sobre a dor em 84,1% dos doentes, sendo que apenas 38,5% receberam analgesia nos primeiros 60min após a triagem. Deste estudo emergiu que a diminuição na intensidade da dor é mais importante que o tempo até à administração de analgesia. A monitorização da eficácia foi evidenciada, já que em 64% dos doentes foi feita avaliação antes da administração de analgésicos e em 66% após (Hämäläinen et al., 2022) (E8).

As Intervenções não-Farmacológicas expressaram 100% de IA, pese embora tenham sido das categorias menos abordadas (22%).

Foi identificado o respeito pelos direitos humanos como prioridade (Manookian et al., 2018) (E9), com destaque para o conforto, e os enfermeiros reportaram a importância da relação de confiança mútua enfermeiro/doente e do respeito pelas diferenças individuais (dor insuportável para um doente pode não o ser para outro). No E1 de António (2017), foram expostas as InF mais utilizadas: posicionamento (93,8%) e promoção do conforto (93,1%), sendo que as InF nunca/raramente utilizadas são: imaginação guiada (75,2%), massagem (70%) e relaxamento (69,8%). As InF foram promotoras da diminuição da ansiedade, e tiveram impacto positivo na GD (E1 e E9), mas requerem avaliação e monitorização da eficácia. A comunicação dos resultados à equipa multidisciplinar destaca a emancipação do enfermeiro (E1).

A categoria Registos foi das menos abordadas (22%) e revela 56% de IA e 44% de II. Pode ser discutida a influência dos sistemas informáticos, em regra, omissos de algumas ações autónomas, no entanto, cada enfermeiro tem o dever de efetuar registos, em notas de enfermagem, se o sistema não permitir uma validação específica.

O E2 (Mota et al., 2020), destacou que enfermeiros com adequada intervenção-registo da avaliação e controlo da dor, denotaram melhores conhecimentos.

O registo da intensidade da dor foi feito por 67,3% dos enfermeiros: as Intervenções Farmacológicas foram mais registadas, em comparação às não-Farmacológicas (64,8% vs.59%) e os enfermeiros admitiram registar menos de metade das ações (António, 2017) (E1). As avaliações, reavaliações e planeamento de intervenções devem sempre ser registados de forma completa, mesmo a ausência de dor, e poderá ser útil implementar programas de alerta de avaliação/reavaliação de dor (E1).

Por sua vez, as Barreiras revelaram 75% de II e 25% de IA, sendo uma das categorias prevalentes (78%).



As barreiras prevalentes foram a falta de tempo e formação, volume de trabalho e falta de recursos humanos (António, 2017; Sardo et al., 2020 e Manookian et al., 2018) (E1, E3 e E9), confirmado por Varndell et al. (2020), Kahsay et al. (2019) e Admassie et al. (2022) (E4, E5 e E6).

A sobrelotação do SU foi uma barreira importante e foi denunciada a falta de protocolos/orientações. (E5 e E6).

A avaliação/monitorização foi considerada inadequada, e foi exposta a limitação da autoridade dos enfermeiros, em Manookian et al. (2018) (E9). Os enfermeiros do E3 reportaram insuficiente implementação da lei/recomendações científicas; mostraram o receio de comprometer o diagnóstico médico, ao prover analgesia, e a responsabilidade médica de autorizar a administração de fármacos foi promotora de atrasos na GD.

No E5, pesadas regulamentações e um controlo estrito dos opióides em SU foram identificados como barreiras, contestando o E6, onde foram as menos reportadas, com a língua e a falta de áreas designadas para registos (2%). No entanto, a língua pode ser uma barreira para a PBE: em Sardo et al. (2020) (E3), a literatura científica, maioritariamente em inglês, foi considerada coerciva para a aquisição de conhecimentos.

No E9, os fatores humanos influenciadores foram: receio de efeitos secundários (admissão de falta de formação/conhecimentos), a visão holística (requer total atenção do enfermeiro: falta de tempo implícita) e a negligência (desvalorização da dor e administração de fármacos sem prescrição, para evitar queixas incómodas).

O enfermeiro, e mormente o enfermeiro especialista, deve identificar obstáculos e comunicar as dificuldades sentidas (António, 2017), pode contribuir para a elaboração/implementação de protocolos, com melhoria da comunicação interprofissional, e expandir os limites de autoridade da enfermagem.

A categoria Formação representou 56% da amostra e expressou 70% de II e 20% de IA.

Em António (2017) (E1) e Varndell et al. (2020) (E4), os enfermeiros tiveram formação específica em dor (62% e 76,5%, nessa ordem), e em Mota et al. (2020) (E2), 47,9% não sabiam/não tinham opinião sobre a formação. Ter atitude reflexiva em relação à prática é uma competência de enfermagem (OE, 2011) e o progresso do autoconhecimento é competência do enfermeiro especialista (OE, 2019).

Apenas 29,2% dos enfermeiros possuíam conhecimentos sobre dor aceitáveis e 0,7% bons (Al-Sayaghi et al., 2022) (E7), tal como em Kahsay et al. (2019) (E5), com 57,9% da amostra a revelar fracos conhecimentos. A falta de atenção dada à dor nas escolas de enfermagem foi apontada como o principal motivo para este défice (E5).

Os enfermeiros com formação tiveram melhores conhecimentos que enfermeiros sem formação (E2, E4, E5).

É relevante refletir sobre formação contínua laboral. No E2, enfermeiros com mais tempo no SU (>11anos) manifestaram maior défice de conhecimentos. Todos os enfermeiros autorizados a iniciar analgesia de forma emancipada no E4 tiveram formação prévia, mas 38,4% não receberam formação contínua, após a autorização obtida.

A análise dos estudos mostra que a formação contínua é essencial para os enfermeiros de SU. Tal foi validado por Hochberg (2021): profissionais de saúde formados em dor contribuem na elaboração de políticas, regulamentos e orientações, e promovem o desempenho de qualidade do sistema de saúde.

Conclusão

Foram identificadas 67% de IE Autónomas em Gestão de Dor no SU, e em menor prevalência, 33% de IE Interdependentes. A apresentação do nível de incidência das interações desenvolvidas, por categoria, permitiu verificar que a maioria das IE se situa na categoria Avaliação de Dor, e a minoria na categoria de Intervenções não-Farmacológicas.

Verificou-se que a dor foi motivo frequente de ida ao SU e continua a ser, maioritariamente, desvalorizada. A síntese dos estudos demonstrou que os enfermeiros não priorizam a intervenção autónoma não-farmacológica. Neste campo, há literatura com evidência, mas há pouca prevalência de InF.

A limitação deste estudo foi a restrição da pesquisa aos critérios de inclusão (potenciais fontes de informação secundárias ignoradas). Os estudos selecionados poderão ter lacunas no rigor científico, mas a avaliação da qualidade confirmou a consistência nos resultados.

É indispensável a prestação de cuidados de enfermagem com base em evidência científica, pelo que se propõe formação em dor nas escolas de enfermagem e no espaço laboral.

Conflito de Interesses

As autoras declaram não existirem conflitos de interesse.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança.

Referências bibliográficas

- Admassie, B. M., Lema, G. F., Ferede, Y. A., & Tegegne, B. A. (2022). Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia, 2021. Multi-center cross sectional study. *Annals of medicine and surgery* (2012), 81, 104338. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104338>
- Al-Sayaghi, K. M., Fadlalmola, H. A., Aljohani, W. A., Alenezi, A. M., Aljohani, D. T., Aljohani, T. A., Alsaleh, S. A., Aljohani, K. A., Aljohani, M. S., Alzahrani, N. S., Alamri, A. A., Alhousah, A. H., & Khan, M. F. (2022). Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 10(3), 528. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030528>
- António, C.A.S. (2017). Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Anwar K. (2016). Pathophysiology of pain. *Disease-a-month*. DM, 62(9), 324–329. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2016.05.015>
- Hämäläinen, J., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2022). Acute Pain Assessment Inadequacy in the Emergency Department: Patients' Perspective. *Journal of patient experience*, 9, 23743735211049677. <https://doi.org/10.1177/23743735211049677>
- Hochberg, U., Sharon, H., Bahir, I., & Brill, S. (2021). Pain Management- A Decade's Perspective of a New Subspecialty. *Journal of pain research*, 14, 923–930. <https://doi.org/10.2147/JPR.S303815>
- Kahsay, D. & Pitkääjärvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: Cross-sectional study. *BMC Nursing*. 18. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>.
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American journal of emergency medicine*, 36(4), 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>
- Manookian, A Molaei, S & Dehghan Nayeri, N. (2018). Nurses' Experience of Pain Management in Patients Referred to the Emergency Department. *J Babol Univ Med Sci Vol 20, Issu 12; Dec 201 8. P: 6 9-75*. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jbums.20.12.9>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 17 (Texto contexto- enferm., 2008 17(4)), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, Ângelo, Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Pain management in nursing practice in the emergency department. *Millenium Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 269–279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>



- National Library of Medicine. PubMed User Guide. Consultado a 25/10/2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/help/#using-mesh-database>
- Noble, H., & Smith, J. (2018). Reviewing the literature: choosing a review design. *Evidence-based nursing*, 21(2), 39–41. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102895>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos [Quality standards of nursing care: conceptual framework and descriptive statements]. Edição: Ordem dos Enfermeiros Setembro 2002 Revisão e reimpressão: Agosto de 2012. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 135 (2018). Acedido a 25/10/2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Sardo, S., Galletta, M., Coni, E., Aviles Gonzalez, C. I., Piras, I., Pia, G., Evangelista, M., Musu, M., & Finco, G. (2020). Nurses' Behavior Regarding Pain Treatment in an Emergency Department: A Single-Center Observational Study. *Journal of pain research*, 13, 2355–2359. <https://doi.org/10.2147/JPR.S266087>
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2020). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2352–2362. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>