

Lénia Aldina Rodrigues Ferreira

Prevalência de Dor em Emergência Pré-Hospitalar

Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica – 2ª edição



18 de março de 2013

Lénia Aldina Rodrigues Ferreira

Prevalência de Dor em Emergência Pré-Hospitalar

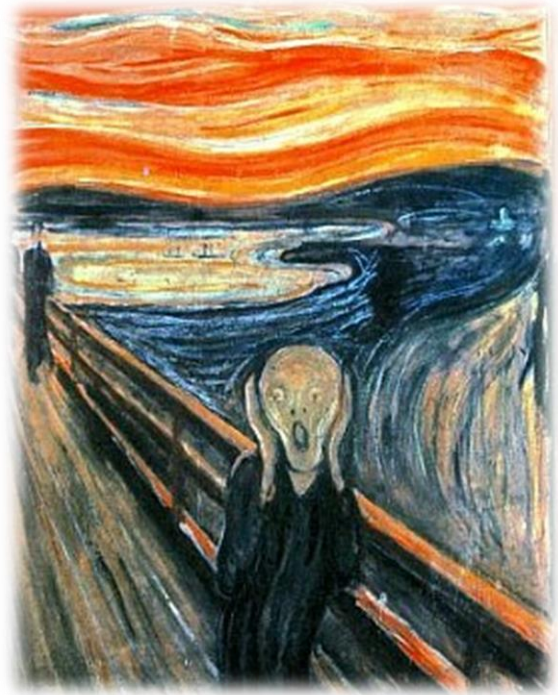
Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica – 2ª edição

Estudo efetuado sob a orientação do:

Mestre António Madureira Dias

18 de março de 2013





"O Grito" (Edvard Munch)

Por vezes, uma imagem, uma expressão... são suficientes.

Mas em cuidados de emergência,... não basta!

É necessário avaliar com instrumentos adaptados,

intervir de forma ajustada e reavaliar...

Para que o alívio da dor chegue...

LAF

Dirijo os meus humildes agradecimentos:

Ao Exmo. Sr. Presidente do CD do INEM, Dr. Miguel Oliveira, à Exma. Sra. Delegada Regional, Dra. Regina Pimentel, aos Coordenadores dos OPCEM do CODU, e a toda a Equipa da Delegação Regional do Centro - Coimbra, do INEM;

Ao Mestre António Madureira Dias por ter aceite orientar um estudo no âmbito da emergência pré-hospitalar;

A todos os que conhecem a dor...

À Família, privada do tempo dispensado, a todos os colegas e amigos.

A Todos um grande BEM-HAJA!

RESUMO

Enquadramento/fundamentação – A dor, além de fenómeno multidimensional, quando aguda, é sinal de alarme e salvaguarda da integridade física, devendo ser reconhecida e iniciado tratamento imediato, para evitar efeitos deletérios. Não se conhecem estudos, no âmbito da sua prevalência e controlo, em emergência pré-hospitalar, em Portugal. **Objetivos gerais:** Determinar a prevalência da dor nos utentes assistidos pelos meios de emergência pré hospitalar (EPH) diferenciados do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), enviados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) de Coimbra, no mês de janeiro de 2012 e identificar fatores associados: à avaliação/não avaliação pelos profissionais, presença, intensidade da dor, às medidas implementadas e sua reavaliação; **Metodologia:** Realizado um estudo retrospectivo através da análise dos registos de utentes, após chamada para o número europeu de emergência – 112, assistidos pelos meios de EPH, que podem ser: *Suporte Imediato de Vida (SIV)*, na Ambulância SIV, ou de *Suporte Avançado de Vida (SAV)*, nas Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), e Helicóptero de Emergência Médica (HEM). **Resultados:** Das 1170 ativações analisadas, incluímos 553 utentes considerados capazes de autorrelato de dor. Esta foi avaliada em 338 e não encontrado registo em 215 utentes. A prevalência encontrada foi de 39,24%, maioritariamente ligeira, sendo intensa a máxima em 19,5 % das situações. Associados à *avaliação da dor*, estiveram o meio SIV, as situações de trauma e a doença médica de origem cardíaca. *Não foi avaliada* essencialmente quando não era queixa primária na ativação, quando meio ativado foi o SAV, nos casos de doença médica e tratando-se de causa não cardíaca. Associados à *presença de dor*, estiveram a idade inferior a 65 anos, a assistência pelo meio SIV, a doença médica e nesta, na de origem cardíaca. *A dor esteve significativamente ausente* em utentes com idades superiores ou iguais a 65 anos, assistidos pelo meio SIV, em que a dor estava presente na queixa primária, nas situações de doença médica, à exceção das de origem cardíaca. *Associados à dor moderada a máxima* estiveram as situações de trauma, a utilização de escala numérica, o uso de paracetamol e morfina; enquanto a ausência de dor ou ligeira se associaram à doença médica. Relativamente às *medidas de controlo da dor*, as farmacológicas estiveram associadas às queixas de origem cardíaca, enquanto as não farmacológicas ao uso de escala numérica. *A reavaliação da dor* teve associado o meio SIV e a administração de morfina. **Conclusões:** Encontrámos uma prevalência de dor de 39,24% e assimetrias na sua valorização e controlo, referentes ao tipo de ocorrência e ao meio de emergência, destacando-se a origem cardíaca na mais valorizada e o meio SIV na avaliação, presença e reavaliação de dor. **Palavras Chave:** emergência pré hospitalar, dor.

ABSTRACT

Background – The pain, as a multidimensional phenomenon, when acute, is a warning and protector of the physical integrity, should be recognized and treatment initiated immediately to avoid deleterious effects. Are not known studies, of its prevalence and control, in emergency pre-hospital in Portugal. **Objectives:** To determine the prevalence of pain in clients assisted by means of pre-hospital emergency (EPH) differentiated from the National Institute of Medical Emergency (INEM), sent by the Guidance Center Emergency Patients (CODU) Coimbra, in the month of January 2012 and identify associated factors: evaluation / assessment by non professionals, presence, intensity of pain, the measures implemented and their reevaluation; **Methods:** Conducted a retrospective study by analyzing the records of clients assisted by means of EPH INEM, in January 2012, (after call to the European emergency number 112). These media can be EPH teams: Immediate Life Support (SIV), the Ambulance SIV, or Advanced Life Support (ALS), the Vehicle and Emergency Medical Resuscitation (VMER), and Helicopter Emergency Medical (HEM). **Results:** Of the 1170 activations analyzed included 553 users deemed capable of self-reported pain. Of these, pain was evaluated in 338 and found no record in 215 patients. The prevalence was 39.24%, corresponding to 217 cases, mostly mild, and intense maximum in 19.5% of cases. Associated with pain assessment was the middle SIV, situations of trauma and medical cardiac disease. The pain was not evaluated primarily when the pain was not the primary complaint activation, through the SAV was enabled, in cases of medical illness and treat yourself to noncardiac causes. Associated with the presence of pain, the age was less than 65 years, through assistance by SIV in these medical illnesses and, in cardiac origin. Pain was significantly absent in users aged greater than or equal to 65 years, assisted by half SIV in which the pain was present in the primary complaint in situations of medical illness, with the exception of cardiac origin. Pain associated with moderate to maximum were trauma situations, use of a numerical scale, the use of paracetamol and morphine while mild or no pain was associated with medical illness. For measures of pain control, the pharmacological been associated with complaints of cardiac origin, while the use of non-pharmacological numerical scale. Reassessment of pain was associated with the middle SIV and morphine. **Conclusions:** We found a prevalence of 39.24% of pain and asymmetries in their recovery and control for the type of occurrence and means of emergency, especially in the cardiac valued and SIV through the assessment, reassessment and presence of pain. **Keywords:** prehospital emergency, pain.

SIGLAS e ABREVIATURAS

AAS – Ácido Acetilsalicílico

AINEs – Anti Inflamatórios Não Esteróides

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CD – Conselho Diretivo

BV – Bombeiros Voluntários

CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável

CHTV EPE - Centro Hospitalar Tondela Viseu - Entidade Pública Empresarial

CHTV EPE - Centro Hospitalar Tondela Viseu - Entidade Pública Empresarial

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRRNEU – Comissão Reavaliação Rede Nacional Emergência e Urgência

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DEM – Departamento de Emergência Médica

DEP – Departamento de Educação Permanente

DGS – Direção Geral de Saúde

DNI – Dinitrato de Isossorbido

DRC – Delegação Regional do Centro

DVC – Doença Vascular Cerebral

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECG – Eletrocardiograma

EMT – Emergency Medical Technicians

EPH – Emergência Pré Hospitalar

ERC – European Resuscitation Council

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EV – Endovenoso

FA – Fibrilhação Auricular

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FV – Fibrilhação Ventricular

GNR – Guarda Nacional Republicana

HEM – Helicóptero de Emergência Médica

I.P. – Instituto Público

IASP – International Association for Study of Pain

INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
NRS – Numeric Rating Scale
OE – Ordem dos Enfermeiros
OPCEM – Operador de Central de Emergência Médica
OVA – Obstrução da via aérea
PCR – Paragem Cárdio Respiratória
PNS – Plano Nacional de Saúde
PSP – Polícia de Segurança Pública
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RU – Rede Urgências
SAE – Serviço de Ambulâncias de Emergência
SAMU – Service Ambulances Medicales Urgentes
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SCA – Síndrome Coronária Aguda
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias
SUB – Serviço de Urgência Básica
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TAE – Técnico de Ambulância de Emergência
TCE – Traumatismos Crânio-Encefálicos
TEP – Tromboembolia Pulmonar
TV – Taquicardia Ventricular
TP – Trabalho de Parto
TVM – Traumatismos Vertebro-medulares
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
VAS – Visual Analogical Scale
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VRS – Verbal Rating Scale
VV – Vias Verdes

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	17
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1 – CONTEXTO HISTÓRICO DA EMERGÊNCIA MÉDICA	25
2.1 – EMERGÊNCIA MÉDICA EM PORTUGAL.....	26
3 - REGISTOS NOS MEIOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR DO INEM.....	32
4 – ACTIVIDADE DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	34
4.1 – PAPEL DO ENFERMEIRO NA AMBULÂNCIA SIV	35
5 – CONCETUALIZAÇÃO DA DOR COMO QUINTO SINAL VITAL	38
5.1 – PREVALÊNCIA E CAUSAS DE DOR EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	41
5.2 - AVALIAÇÃO DA DOR EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	44
5.3 – CONTROLO DA DOR EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....	46
5.3.1 – Medidas farmacológicas e não farmacológicas	49
II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	55
1 - METODOLOGIA.....	57
1.1. MÉTODOS.....	57
1.2. PARTICIPANTES.....	60
1.2.1 – Caracterização geral das ativações dos meios de EPH pelo CODU	63
1.2.2 – Caraterização das ativações sem registo de avaliação da vítima.....	66
1.2.3 – Caracterização dos utentes sem critérios de inclusão no estudo	68
1.3. INSTRUMENTOS.....	71
1.4. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS	76
1.5 . PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	76
2 - RESULTADOS	79
2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA.....	79
2.1.1 – Uteses com avaliação ou não da dor	79
2.1.2 – Caraterísticas da dor avaliadas.....	83
2.1.3 – Análise da intensidade da dor	85

2.1.4 – Medidas de controlo da dor.....	88
2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	92
2.2.1 – Fatores associados à avaliação de dor	92
2.2.2 – Fatores associados à presença de dor	94
2.2.3 – Fatores associados à Intensidade da dor avaliada	97
2.2.4 – Fatores associados às medidas de controlo da dor implementadas.....	100
2.2.5 – Fatores associado à reavaliação da dor.....	102
3 - DISCUSSÃO.....	105
CONCLUSÃO	115
BIBLIOGRAFIA	121
ANEXOS	139
Anexo 1 – Instrumento de colheita de dados	
Anexo 2 – Autorização do estudo	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho de Investigação.....	58
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das ativações dos meios SIV e SAV pelo CODU.....	64
Quadro 2 – Caracterização das ativações segundo o meio de emergência.....	65
Quadro 3 - Caraterização das ativações sem registo de avaliação da vítima.....	68
Quadro 4 – Caracterização dos utentes sem critérios de inclusão no estudo.....	71
Quadro 5 – Avaliação ou não da dor.....	82
Quadro 6 – Caraterísticas da dor avaliadas segundo o tipo de ocorrência.....	84
Quadro 7 – Análise segundo a intensidade da dor.....	87
Quadro 8 – Medidas de Controlo da dor mediante o tipo de meio ativado.....	89
Quadro 9 – Medidas de Controlo da dor mediante o tipo de ocorrência.....	90
Quadro 10 - Fatores associados à avaliação de dor.....	94
Quadro 11 – Fatores associados à presença de dor.....	97
Quadro 12 – Fatores associados à intensidade de dor.....	100
Quadro 13 – Fatores associados às medidas de controlo da dor implementadas.....	102
Quadro 14 – Fatores associado à reavaliação da dor.....	104

INTRODUÇÃO

O plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica, decorrido na Escola Superior de Saúde de Viseu, contempla um estudo de investigação cujo tema, escolhido, é “Prevalência da Dor em Emergência Pré-Hospitalar”.

Enquadrando a emergência pré hospitalar, e a abordagem da dor, temos de começar por referir o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), organismo do Ministério da Saúde, responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O SIEM existe, em Portugal, desde 1981 e é um conjunto de entidades (Bombeiros, Polícia, Cruz vermelha Portuguesa, hospitais e centros de saúde) que cooperam com objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita.

O Sistema inicia-se quando alguém pede ajuda através de chamada pelo número europeu de emergência 112, atendida inicialmente numa central da Polícia de Segurança Pública (PSP) e, tratando-se de uma situação relacionada com saúde, essa chamada é encaminhada para o CODU. Existem atualmente três CODU em Portugal, de acordo com as áreas de abrangência: Lisboa, Porto e Coimbra. Independentemente de onde for atendida a chamada, o acionamento dos meios é feito pelo CODU da área de abrangência da origem da chamada, que tem à sua disposição um conjunto de diferentes meios de socorro de EPH.

Os meios de EPH diferenciados do INEM foram regulamentado através do Despacho Ministerial nº 14898/2011, (publicado em Diário da República, 2ª Série – N.º 211, de 3 de Novembro), e definidos em *Suporte Avançado de Vida* (SAV): Viatura Médica de Urgência e Reanimação (VMER) e *Suporte Imediato de Vida* (Ambulância SIV), passando pela sua integração nos Serviços de Urgência Básicos (SUB).

A equipa SAV presente na VMER e no Helicóptero de Emergência Médica (HEM), é composta por enfermeiro e médico, este último responsável, com atuação autónoma. A medicação analgésica presente nestes dois meios é uniforme em todo o país, incluindo paracetamol, opióides (morfina e fentanil), nitratos, propofol e outros adjuvantes como as benzodiazepinas (diazepan e midazolan).

A equipa SIV, presente na Ambulância SIV, tripulada por enfermeiro e Técnico de Ambulância de Emergência (TAE), tem como responsável o enfermeiro. Neste caso, a atuação é suportada por protocolos com supervisão e validação dos fármacos, pelo médico regulador do CODU, após receção dos dados do utente. Estas ambulâncias têm carga uniformizada, dispendo de paracetamol (oral e endovenoso), morfina, nitratos e benzodiazepinas (midazolan), como analgésicos e adjuvantes no controlo da dor.

Portanto, a chamada de emergência, é atendida no CODU pelo Operador de Central de Emergência Médica (OPCEM) que reúne a informação, regista-a na aplicação informática *Mobile Clinic*®, atribuindo um número de ficha e, mediante algoritmos, é ativado o meio de EPH da área de abrangência da chamada, de acordo com a gravidade da situação, que estiver disponível mais próximo.

Na ativação do meio de emergência, as equipas recebem esses dados, enviados pelo CODU, no terminal móvel (computador portátil) que a acompanha e continua o preenchimento dos vários campos, com informações decorrentes da sua observação, avaliação, intervenções, fármacos, medicação habitual, antecedentes,... No final, a aplicação gera um conjunto organizado de informações que a equipa envia, por correio eletrónico, para a unidade de saúde de destino e CODU. Isto facilita o processo de inscrição do utente sendo assegurada a continuidade da informação.

É este o âmbito da nossa atividade profissional em Urgência e Emergência, integrando a equipa da Ambulância SIV, do INEM, integrada no SUB do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV, EPE). Assim, em EPH, somos responsáveis pela equipa de socorro/intervenção diferenciada, ao utente e família, vítima de trauma ou doença médica, em articulação com outros intervenientes do SIEM.

Antes de iniciar funções no INEM, exercemos atividade no Hospital de Tondela, onde pertencemos a grupos de trabalho, nomeadamente no âmbito da prevenção e controlo da infeção hospitalar e de preparação da uma norma interna, visando instituir, nos serviços, a dor como quinto sinal vital.

A avaliação e controlo dor são transversais aos cuidados de enfermagem, sendo um tema que sempre nos motivou interesse a desenvolver. No desempenho diário, temos a perceção de que ela é uma das principais causas de ativação dos meios do SIEM, transversal aos cuidados que prestamos, e pretendemos verificá-lo através desta investigação. Sabemos que, assim como no intra-hospitalar, ou em qualquer outro contexto de cuidados de saúde profissionalizados, o controlo da dor, é um direito que assiste a Pessoa e, conseqüentemente, um dever dos profissionais de saúde.

A dor é um fenómeno multidimensional, de importância fundamental para a integridade física do indivíduo, constituindo o seu controlo, ganhos em saúde e em qualidade de vida, para a população. O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo um fator decisivo para a sua indispensável humanização, devendo ser avaliada e controlada sistematicamente, como quinto sinal vital.

Neste sentido, situações de trauma ou as doenças cardiovasculares são um exemplo em que a dor surge muitas vezes como sinal de alarme, necessitando de cuidados emergentes diferenciados/especializados. Através da sua avaliação e interpretação, é decidido o encaminhamento mais adequado dos utentes, para unidades de saúde, nomeadamente centros de trauma ou com via verde coronária.

A importância da dor, particularmente a dor aguda, radica ainda no facto de constituir o principal motivo de procura de cuidados de saúde, por parte da população, sendo o seu controlo em ambiente intra-hospitalar mais estudado e conhecido do que em contexto de emergência pré-hospitalar.

Não se conhecem em Portugal, estudos de prevalência e modo de controlo da dor, em emergência pré-hospitalar. Já noutros países, nomeadamente Estados Unidos, Austrália, Brasil e Suécia foram publicados estudos e, sobretudo, na França, prospectivos e detalhados neste âmbito, como o de Galinski et al., (2010). De um modo geral, consideram ser dada pouca atenção à eficácia do controlo da dor, nesta área de cuidados. Também variam consoante o tipo de meios de emergência pré-hospitalar, em que verificamos heterogeneia entre países, e mesmo em cada um, frequentemente com coberturas assimétricas de sistemas de emergência: nuns maioritariamente por técnicos de saúde: médicos e enfermeiros (França, Holanda, Suécia, alguns estados do Brasil,...) noutros por pessoal menos diferenciado, nomeadamente paramédicos ou técnicos de emergência médica (Siriwardena et al., 2010), sobretudo nos Estados Unidos.

A prevalência da Dor em Serviços de Urgência ronda os 60 a 80%, com incidências, de dor intensa, superiores a 50%. Em mais de 80% desses utentes, a dor foi o motivo principal da ida à Urgência, (Galinski et al., 2010).

Em EPH, os estudos publicados, são pouco consistentes entre si, com prevalências que rondam os 20 a 75%. Para além disso, há estudos que consideram ser dada pouca atenção à eficácia do controlo da dor, na EPH, (Galinski et al., 2010), (Siriwardena et al., 2010). Outros referem que numa em cada cinco emergências, os utentes apresentam dor moderada a severa (Bendall, Simpson e Middleton, 2011). Noutros são encontrados sintomas de dor presentes em dois terços dos utentes assistidos em EPH (Mariangeli et al., 2011).

Na última década, multiplicaram-se os esforços e a investigação para melhorar o controlo da dor, nomeadamente nos serviços de Urgência, mas havendo ainda muito a fazer (Sheehy et al., 2011). Entendemos o mesmo se estender à EPH, reiterando que uma sistemática avaliação está associada a um controlo mais eficaz, repercutindo-se na

satisfação dos utentes com a qualidade da assistência prestada, (Siriwardena et al., 2010), (Galinski et al., 2010).

Outros autores acrescentam que, nesta área, o enfermeiro assume um papel fundamental de suporte na dor, na medida em que ele é o primeiro a avaliar e a sinalizar o doente com dor, pode implementar com autonomia intervenções não farmacológicas, solicitar a prescrição médica de analgésicos e é ainda o principal responsável pela avaliação da adequação das intervenções, além de quem presta ensino ao doente, aquando da alta, a fim de fomentar o bom controlo da dor no domicílio. Portanto, ao ter um papel pró-ativo no controlo da dor, o enfermeiro de urgência está em “condições ímpares” para fazer a diferença junto da maioria dos doentes a quem presta cuidados (Sheehy et al., 2011).

A necessidade de avaliar o cumprimento das normas emanadas a nível nacional, decorrentes das internacionais, e a escassez de estudos sobre este assunto, também alicerçaram/motivaram a realização de uma investigação nesta área.

Perspetivámos este estudo, atendendo a que a gestão da dor aguda emergência, se baseia, em três princípios fundamentais: avaliação da intensidade da dor com uma escala adaptada ao utente, um tratamento adaptado à intensidade, considerando as suas características, nomeadamente a sua patologia e os protocolos em vigor, sendo principal objetivo aliviar a dor e evitar os efeitos secundários devido a analgésicos. Estes fatores têm de ser suportados por registos que lhe confirmem visibilidade, integrando a valorização efetiva da dor, na prática de cuidados, que pretendemos analisar.

O tema deste estudo é a Dor, a sua prevalência nas situações de emergência pré hospitalar, para onde foram mobilizados meios de emergência SIV e SAV, do INEM. Procurámos perceber como ela é valorizada e integrada na prática, pelos profissionais de saúde, através dos registos efetuados da sua avaliação, intensidade e formas de controlo nos utentes capazes de fazer o seu autorrelato.

É um estudo retrospectivo, transversal e descritivo, de cariz epidemiológico, em que foi analisada a informação constante nas fichas de utentes assistidos por meios de EPH, após chamada para o número de emergência europeu 112, acionados pelo CODU de Coimbra, durante o mês de Janeiro de 2012, num total de 1170 ativações. Os dados estavam informatizados à exceção do HEM, cujas informações foram colhidas do papel.

São, objetivos deste estudo:

- 1 - Descrever as situações de emergência/ ocorrências que motivaram ativação dos meios diferenciados do INEM: SIV, VMER e HEM, em Janeiro de 2012, pelo CODU Coimbra.
- 2 - Determinar a prevalência da dor nos utentes aos quais foram enviados meios de emergência pré-hospitalar, diferenciados;
- 3 - Descrever o modo de avaliação, as medidas implementadas e reavaliação da dor pelos profissionais;
- 4 - Identificar os fatores associados: à avaliação ou não avaliação, à presença /ausência e intensidade da dor, às medidas implementadas e à sua reavaliação;

Na primeira parte será feito um enquadramento teórico, acerca da emergência pré-hospitalar, como está integrada e organizada em Portugal a emergência pré-hospitalar e como são feitos os registos. Posteriormente abordamos o papel do enfermeiro na EPH.

De seguida, procurámos fazer uma revisão bibliográfica de artigos publicados que se prendem diretamente com o tema da abordagem da dor em emergência pré-hospitalar, nomeadamente, a prevalência, as causas e formas de controlo.

Na segunda parte do estudo, apresenta-se e descreve-se a investigação a desenvolver, nomeadamente, o desenho da investigação, o tipo de estudo, os participantes, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados. Seguidamente apresenta-se os resultados, onde é feita a sua análise e interpretação. Segue-se a sua discussão e, por fim, expõe-se as conclusões.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – CONTEXTO HISTÓRICO DA EMERGÊNCIA MÉDICA

O conceito de Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) é relativamente recente. A evolução histórica do conceito de emergência médica tem sido lento, tendo as suas origens em sistemas militares (INEM, 2000).

O primeiro Sistema de Emergência foi criado pelo cirurgião francês Dr. Dominique Larrey durante as guerras napoleónicas, montando hospitais de campo perto dos campos de batalha, onde eram prestados os primeiros socorros aos feridos, por cirurgiões militares.

Havia, na Europa, uma panóplia de organizações a prestar serviço na área de Emergência Médica Pré-hospitalar. A filosofia inicial de abordagem destes doentes baseava-se quase exclusivamente ao transporte rápido para a Unidade hospitalar, ou seja, para junto do médico.

Este conceito é revolucionado em 1938 pelo cirurgião Alemão, Dr. Kirschner, que propõem a seguinte tese: “prioridade não deve ser o transporte da vítima ao médico, mas sim o transporte do médico à vítima”.

Logo a seguir surge a 2ª Guerra Mundial, e as prioridades no socorro das vítimas são também alteradas, passando a estabilização hemodinâmica através da reposição de volume a ser rotina na abordagem de vítimas Politraumatizadas e Queimados. O transporte passa a ser efetuado por ambulâncias que reúnem condições de segurança e equipamento avançado, para a época.

O papel do médico é reforçado, mas assiste-se a uma divisão da filosofia de atuação, que leva posteriormente aos conceitos atuais de Emergência médica.

A evolução da Emergência médica origina duas filosofias divergentes:

1 – “*Load and Go*” ou “*Scoop and Run*”

Os sistemas Anglo-saxónicos têm como conceito principal o transporte rápido ao hospital, após uma breve estabilização. Os profissionais envolvidos são paramédicos (EMT – *Emergency Medical Technicians*) com formação específica. Foram sobretudo os americanos a integrarem o conceito de *First Responder*, no planeamento.

Neste contexto, o primeiro socorro não é prestado por técnicos, mas sim por outros intervenientes como polícias e bombeiros. A mala dos paramédicos é limitada à medicação essencial, estando a sua atuação protocolada e existindo um contacto via telemetria, com um médico coordenados no hospital.

Este sistema necessita obviamente de boas vias de comunicação e hospitais de rápido acesso com unidades especializadas. A desvantagem é o doente não ser assistido

por um médico e a atuação ser pouco flexível. Mesmo assim, estudos comprovam que esta abordagem protocolada por técnicos de emergência, sob supervisão médica por telemetria, pode levar a níveis de qualidade elevada.

2 – “PLAY AND STAY”

O *Service Ambulances Medicales Urgentes* (SAMU) francês constitui a referência colocando médicos e enfermeiros no local. No modelo Alemão o médico e o enfermeiro colaboram com Técnicos de Emergência Médica. Este modelo é dos mais avançados a nível mundial por congregar duas classes profissionais, ambas com elevado grau formativo, além de possibilitar o tratamento médico precoce à vítima.

As viaturas médicas estão localizadas em hospitais ou pontos estratégicos. Os médicos trabalham simultaneamente nas Unidades Hospitalares (por exemplo, Cuidados Intensivos ou Serviços de Urgência). A formação é claramente definida e só pode exercer cuidados nesta área, quem tiver “competência em Medicina de Emergência”. (em Portugal, para já, não existe esta especialidade), concedida após plano formativo creditado pela Ordem dos Médicos. O arsenal terapêutico é incomparavelmente maior do que anglo-saxónico (INEM, 2000).

Também noutros países, como na Holanda, vigora este método, em que o Enfermeiro está no centro do sistema, desde o atendimento das chamadas de emergência, à ativação/ envio de meios de EPH para o local e onde existe também um enfermeiro em cada meio de emergência, desde as motas, às unidades móveis de cuidados intensivos e reanimação.

Para alguns autores esta divisão é redundante, alegando que o mais importante é responder às necessidades específicas imediatas de um utente e reencaminhá-lo para a unidade mais adequada o mais rapidamente possível.

Outros defendem que o futuro da emergência pré-hospitalar passa pela aposta em profissionais especializado, treinados e liderados, imprescindíveis à elevada qualidade do atendimento, com o treino contínuo também ao serviço das transferências inter-hospitalares. (Booth, Steel, Klein, 2013).

2.1 – EMERGÊNCIA MÉDICA EM PORTUGAL

Em Portugal, ainda prevalece o modelo franco-alemão, com adaptações e assimetrias regionais, com diferentes tipos de meios de resposta.

O SIEM é um conjunto de entidades que cooperam no nosso país, com um objetivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros Voluntários, a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), os Hospitais e Centros de Saúde. Compreende toda a atividade de emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré – hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente emergente.

O Decreto-lei n.º 34/ 2012, de 14 de fevereiro, vem revogar o anterior, n.º 220/2007 de 29 de maio, e aprova a nova Lei Orgânica do INEM IP, cuja missão é definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.

São atribuições deste organismo, pelo Decreto-Lei anterior, definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência, no respeitante a:

- “- Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré -hospitalar, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência;*
- Referenciação e transporte de urgência/emergência;*
- Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente; (...)*
- Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de emergência médica apropriados; (...)*
- c) Assegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré -hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas;*
- d) Promover a resposta integrada ao doente urgente/ emergente;*
- e) Promover a correta referenciação do doente urgente/ emergente;*
- f) Promover a adequação do transporte inter hospitalar do doente urgente/emergente;”*

O INEM teve origem no Serviço de Primeiros Socorros e Transporte de Feridos e Doentes, criado em 13 de Outubro de 1965, pelo Ministério do Interior e pelo Ministério da Saúde e Assistência.

O serviço estava a cargo da Polícia de Segurança Pública (PSP), sendo ativado pelo número telefónico de socorro 115, pelo qual, desde então, ficou geralmente conhecido.

Em 22 de novembro, de 1971, foi criado, no Ministério do Interior, o “Serviço Nacional de Ambulâncias” (SNA), encarregue 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.

O SNA assumiu a coordenação do serviço 115 e, além das suas próprias ambulâncias que continuavam a ser operadas pela PSP, coordenava também a prestação de serviços de emergência médica, por parte de outras entidades.

Em 1981, através do Decreto-Lei nº 234/81, de 3 de agosto, o SNA foi transformado no INEM - I.P., e instituído como o organismo do Ministério da Saúde coordenador do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

O sistema começa quando alguém liga 112 - o Número Europeu de Emergência. O atendimento das chamadas cabe à PSP, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a saúde, a mesma é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

A decisão dos meios de emergência a enviar é tomada pelos médicos dos CODU, após a triagem realizada pelos operadores de comunicações, sendo o funcionamento dos CODU assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais (médicos e operadores) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. Os CODU são centrais de emergência médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112.

Os pedidos de socorro efetuados através do 112, que digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para os CODU.

A decisão do tipo de meios a enviar – medicalizados ou não medicalizados – tem em conta um conjunto de fatores, designadamente a situação clínica da vítima, os meios disponíveis em cada momento e a distância às unidades de saúde. No caso de não ser necessário o envio de uma ambulância, serão dadas informações sobre a melhor forma do doente ser transportado para a unidade de saúde adequada.

O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro.

Compete aos CODU atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. Para o efeito, os CODU dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes.

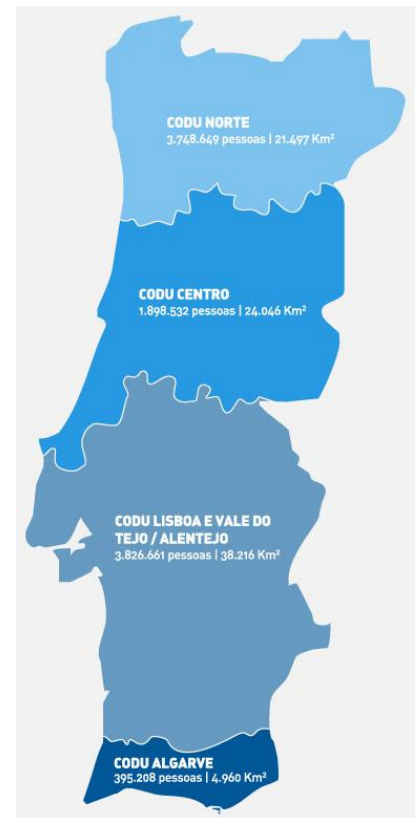


Ilustração 1: Área de abrangência dos CODU. Fonte: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27856, consult em 29-10-2012

Os CODU coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros). Os meios são ativados de acordo com:

- A situação clínica das vítimas
- A proximidade do local da ocorrência
- A acessibilidade ao local da ocorrência

Este serviço assegura o acompanhamento das equipas de socorro no terreno através de informações clínicas recebidas.

É ainda possível selecionar e preparar a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino. Os CODU foram regulamentados pelo Despacho Ministerial n.º 14041-2012.

A Rede Nacional de Viaturas de Emergência Médica do INEM é constituída pelas VMER, HEM, Ambulâncias SIV, Ambulâncias SBV e os Motociclos de Emergência Médica. (Relatório CRRNEU, 2012).

O socorro não-medicalizado é assegurado por ambulâncias de SBV do INEM, dos Bombeiros e da Cruz Vermelha, com acionamento da que está mais perto do local, independentemente da entidade a que pertence, recentemente regulamentados através do Despacho Ministerial n.º 13794-2012.

Nalgumas cidades, existe ainda um outro meio de socorro não-medicalizado: as **Motas de Emergência Médica**. Trata-se de um projeto iniciado em 2004 pelo INEM, em Lisboa e Porto que se estendeu a Coimbra e Faro, em 2011.

O socorro medicalizado, que tal como em outros países, sobretudo europeus, procura assegurar a assistência pré-hospitalar às vítimas por profissionais diferenciados.

Em Portugal, este socorro medicalizado (apesar de instalado anteriormente) foi regulamentado pelo Despacho n.º 14898/2011, que definiu os meios de Emergência Pré-hospitalares de Suporte Avançado e Imediato de Vida do INEM I.P., que atuam no âmbito do SIEM, que são os seguintes:

A – **Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)**, cuja equipa é constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de suporte avançado de vida.

A tripulação (Médico e Enfermeiro) tem formação específica em Emergência Médica, nomeadamente em SAV. A VMER foi concebida para o transporte rápido de uma Equipa

Médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de SAV.

Atualmente existem 42 VMER em funcionamento no País. Estas viaturas de Emergência Médica estão sedeadas em Unidades de Saúde, por regra, com Serviços de Urgência Médico-cirúrgica ou Serviços de Urgência Polivalentes, devendo ser verdadeiras extensões dos mesmos ao Extra-Hospitalar. As competências dos seus profissionais são muito semelhantes às exigíveis aos profissionais dos SU mas verifica-se que, na maioria dos casos, são duas atividades que funcionam de uma forma relacionada, mas não integrada, mas atualmente em fase de integração, visando estas também assegurar o acompanhamento do doente crítico nas transferências inter hospitalares. (Relatório CRRNEU, 2012)

Até 2011, as VMER funcionam ao abrigo de protocolos entre o INEM e os hospitais, pois é nestas unidades de saúde que estão localizadas. Ou seja, são os hospitais que asseguram a operacionalização das VMER, disponibilizando os médicos e enfermeiros para o funcionamento da viatura. Ao INEM cabe, entre outros, dar a formação aos médicos e enfermeiros do Hospital e disponibilizar a viatura e respetivo equipamento.

B - Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) — cuja equipa é constituída por um enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE), o primeiro com formação em suporte imediato de vida e o segundo com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa. Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de Suporte Básico de Vida, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais, para o CODU.

É concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de suporte imediato de vida. Encontram-se em processo de integração nos Serviços de Urgência Básica (SUB), de hospitais mais periféricos. (Despacho n.º 14898/2011, 2011).

As ambulâncias de SIV destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma Equipa com capacidade de prestação de SAV. Tem ainda como objetivo, no Modelo Integrado nos SU (Despacho n.º 14898/2011, de 3 de Novembro) assegurar o acompanhamento durante o

transporte de doentes críticos, de acordo com as recomendações da Ordem dos Médicos sobre a matéria.

Ambos os meios atuam na dependência direta CODU do INEM. A atual Rede de Ambulâncias SIV atravessa, neste momento, um processo de melhoria na gestão dos recursos através da consolidação de parcerias com as ARS que, dando cumprimento ao Despacho já referido, permitirão a integração das ambulâncias nos SUB. Alegadamente, estas parcerias permitem uma otimização na gestão dos recursos, na medida em que potenciam o seu desenvolvimento técnico e permitem uma partilha de responsabilidades financeiras, como é comprovado pelos locais onde tal integração já se encontra concretizada, bem como dão corpo a uma rede organizada de efetivação do transporte do doente crítico, até então inexistente (Relatório CRRNEU, 2012).

Também os HEM têm uma equipa médica e, tal como as VMER, são como unidades de cuidados intensivos móveis. Para além dos HEM do INEM, podem ainda ser utilizados HEM da Força Aérea Portuguesa ou da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC).

Analisando a evolução dos recursos materiais do INEM ao longo do triénio 2007/2009, verifica-se que existiu um reforço de 44% no número de ambulâncias do Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE), com particular destaque para as de Suporte Imediato de Vida, que cresceram 75% e cujos acionamentos foram em 2009 cerca de dezassete vezes superiores aos verificados em 2007, na sequência da implementação do Projeto de Requalificação das Urgências que determinou o encerramento de Serviços de Atendimento Permanente nos Centros de Saúde.

Este crescimento não significa apenas mais um meio, mas uma nova cobertura, por um nível diferenciado de uma tipologia de meios que aumenta a qualidade e efetividade da assistência em situação de emergência” (Governo de Portugal, 2010).

A atual rede de ambulâncias cobre todo o país de norte a sul, do litoral ao interior, embora não seja possível determinar com rigor se a alocação atualmente existente é equitativa e eficiente, uma vez que ainda se encontra em reestruturação. (Relatório CRRNEU, 2012).

3 - REGISTOS NOS MEIOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR DO INEM

Em 2011, foi colocado no terreno, para testes, a aplicação informática para registo clínico eletrónico: *Mobile Clinic*®, nos meios INEM, nomeadamente VMER e ambulância SIV, salvo situações excepcionais de falha informática, em que se recorre ao em papel. Só o HEM permanecia unicamente com registos em papel, mas em fase de transição, na data da colheita de dados para este estudo. Neste momento está em fase de expansão para os corpos de bombeiros, com Postos de Emergência Médica (PEM).

Esta aplicação informática de registo clínico eletrónico permite aos tripulantes das ambulâncias receber e enviar em tempo real informação sobre as situações de emergência médica para as quais foram acionados. Substitui-se assim a comunicação que até aqui era efetuada via telefone, o que possibilita uma redução dos tempos de acionamento dos meios de socorro.

As equipas de emergência fazem-se acompanhar de um computador portátil adaptado e resistente, com esta aplicação, através do qual é feita a ativação do meio para uma ocorrência/evento designado por um número de ficha, com a receção dos dados colhidos pelo operador de central do CODU: referentes à vítima, circunstâncias e local da ocorrência. Depois a equipa prossegue para o local e após avaliada e estabilizada a vítima, preenche os campos, nomeadamente:

- Identificação do utente
- Monitorização seriada de sinais vitais e parâmetros referentes à avaliação sistematizada ABCDE, onde está incluída a avaliação da dor através da escala numérica;
- Queixas principais
- Antecedentes
- Procedimentos
- Terapêutica
- Protocolo usado (no caso da SIV)
- Observações (avaliação das intervenções efetuadas, circunstâncias, história, alergias, medicação, outros antecedentes, entre outras).

No final, envia os dados para o CODU e a unidade hospitalar de destino, se for o caso, em tempo real. Através desse computador portátil, são enviados ainda eletrocardiogramas, sobretudo nas ambulâncias SIV, para avaliação médica, e registos de parâmetros cardiorrespiratórios, para o CODU.

Esta aplicação apresenta como principais vantagens:

- A passagem automática da informação recolhida no CODU para os meios no terreno e a sua atualização constante.
- O registo clínico do incidente é efetuado no local de forma eletrónica e automatizada com a futura integração dos dados enviados por vários *devices* (ex. desfibrilhador).
- O envio automático da informação recolhida no local para o Hospital de destino de forma eletrónica, evitando assim a circulação de papel.
- Possibilidade de anexar toda a informação do evento (Ficha Clínica e dados de outros *devices*) de forma eletrónica a ficha CODU.

Este sistema recente de registos por vezes apresenta algumas falhas, como a não receção de dados pelo CODU, implicando a sua transmissão telefónica e registo apenas pelos OPCEM na Ficha do utente, já não diretamente pelas equipas do terreno. Foram, portanto, encontrados estes registos indiretos, resumos eventualmente menos detalhados feitos pelos OPCEM, entre as fichas analisadas.

4 – ACTIVIDADE DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), as intervenções do Enfermeiro podem ser autónomas ou interdependentes. No contexto pré-hospitalar, as intervenções interdependentes requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções.

Neste seguimento, evidencia-se o carácter autónomo das intervenções na manutenção ou recuperação das funções vitais, no sentido da autonomia da decisão de agir e da responsabilidade do enfermeiro “*pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega*” (Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril, Artigo 79º, alínea b).

Nas Intervenções do Enfermeiro no Pré-hospitalar, a Ordem dos Enfermeiros, (2007) especifica ainda que ele deve:

- *“Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade de referência;*
- *Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento”.*

Para além disto:

“A intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando, por todos os meios disponíveis, a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente e o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidades de saúde adequadas.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2007)

Deste compromisso decorre a imprescindibilidade da intervenção dos Enfermeiros no Pré-Hospitalar.

Estudos como os de Melby e Ryan (2005), revelam que o atendimento à pessoa idosa, por enfermeiros tem níveis de qualidade superiores ao dos paramédicos, na medida em que têm preparação e formação ao longo do curso e prática clínica, que lhes permitem atuar tendo em conta as características específicas desta faixa etária.

No entanto, isto é controverso. A introdução de Enfermeiros nas ambulâncias com uma diferenciação de papéis com os Tripulantes de Ambulância de Emergência, que lutam pela diferenciação do seu papel (em aproximação aos paramédicos americanos) e alargamento das suas competências, nomeadamente técnicas invasivas (como acessos venosos, preparação e administração de fármacos), até agora pertencentes aos enfermeiros, não é consensual.

Atualmente não existe papel claramente definido para os enfermeiros no atendimento de emergência pré-hospitalar no Reino Unido, embora outros países, como Holanda, Suécia e Noruega estão a desenvolver o papel do enfermeiro na ambulância (Melby e Ryan, 2005).

Temos como principal influência o modelo é o sistema francês, com algumas adaptações à nossa realidade. Como noutros países, sobretudo europeus, não existe a figura do paramédico. Também nalguns estados do Brasil, o Enfermeiro tripula um tipo de ambulância diferenciado e o Helicóptero SAV, na companhia do médico ou seguindo protocolos (Carvalho e Espíndula, 2010).

O treino de ambos deve ser apropriado e delimitados os seus papéis e não sobreponíveis. A formação do Enfermeiro é muito mais abrangente, elevando os níveis de qualidade da assistência. Os que trabalham no pré-hospitalar em Portugal, têm formação específica em Urgência/ Emergência e/ou Cuidados Intensivos, para além da formação de VMER, SIV ou SAV, ministradas pelo INEM.

É assim reconhecido pelo INEM, que atualmente, a qualquer sistema de emergência médica pré-hospitalar é exigido mais do que o transporte rápido de vítimas de doença súbitas e acidentes para o hospital mais próximo.

4.1 – PAPEL DO ENFERMEIRO NA AMBULÂNCIA SIV

O processo de Requalificação das Urgências, iniciado em 2007, definiu uma reorganização dos pontos da rede de Serviços de Urgência de Portugal Continental e, em simultâneo, o encerramento de Serviços de Atendimento Permanente e similares.

Nesta reorganização global e integrada foi também envolvida a emergência médica pré-hospitalar, consubstanciada na definição de um plano de início de atividades de vários e diferentes meios, tais como Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), Ambulâncias SIV, VMER e HEM. Em relação aos helicópteros, à data de realização deste estudo sediavam-se em Macedo de Cavaleiros, Aguiar da Beira (na Região Centro em análise) e Ourique, já reorganizada esta rede posteriormente.

Enquanto nas VMER o médico lidera a equipa e tem autonomia e prescreve a medicação administrada pelo enfermeiro, nas ambulâncias SIV o mesmo não se passa. É o enfermeiro que lidera a equipa e não tem autonomia para prescrição de terapêutica, e fazer determinados procedimentos, estando estes delegados por protocolos de atuação, conjuntamente com a comunicação, em tempo real, com o médico regulador do CODU, que valida esses procedimentos e medicação, mediante análise dos dados transmitidos do local.

Na ambulância SIV, os Enfermeiros podem fazer a diferença em situações de emergência, como meio diferenciado intermédio, constituindo um *upgrade* nos cuidados prestados às populações em zonas mais desprotegidas, com as seguintes funções:

- “- Prestar cuidados de Enfermagem segundo o REPE;
- Prestar cuidados de Emergência clínica de acordo com padrões instituídos;
- Chefiar a equipa SIV, coordenada operacionalmente pelos CODU's e com orientação médica”.

Manual SIV, (INEM, 2007)

No mesmo manual, são descritas algumas das principais competências delegadas/atribuídas ao Enfermeiro SIV:

- Desfibrilhação Automática Externa (DAE);
- Abordagem avançada da via aérea
- Acesso endovenoso e intra-ósseo, preparação e administração de fármacos;
- Técnicas de imobilização e extração de vítimas;
- Monitorização;
- Realização de ECG de 12 derivações;
- Ventilação mecânica.

Neste âmbito, a prestação dos cuidados de Emergência Pré-Hospitalar é feita no âmbito de um controlo médico rigoroso. Este processo designa-se por Direção Médica e ocorre a dois níveis:

- Direção Médica Indireta (*offline*), feita através dos Protocolos de Atuação SIV onde estão definidos um conjunto de ações que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos das equipas SIV, bem como a discriminação das situações que obrigam a contacto direto com o Médico Responsável, para validação prévia.
- Direção Médica Direta (*online*), através do contacto direto obrigatório com um Médico Supervisor, para validação prévia de alguns procedimentos específicos, discriminados nos Protocolos de Atuação SIV e utilizando um conjunto de recursos que incluem comunicação de voz, comunicação de dados (telemedicina) e comunicação vídeo.

A aferição e controlo permanente de qualidade serão garantidos através de um processo contínuo realizado a três níveis:

1. Ações prévias ou prospetivas;
2. Ações concomitantes;
3. Ações retrospectivas.

As ambulâncias SIV integram-se no Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE) do INEM, cuja coordenação organizativa e normativa se encontra no Departamento de Emergência Médica (DEM) e tem carácter nacional, e a coordenação operacional e de recursos nas Delegações Regionais.

A expressão SIV traduz um conceito, aceite pela comunidade científica médica, baseado na necessidade de garantir os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso até estar disponível uma equipa médica, de suporte avançado de vida. Este conceito é extensível às situações que poderão evoluir para Paragem Cardiorrespiratória (PCR), caso não sejam imediatamente tomadas as medidas necessárias.

Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros (OE), o Guia Orientador de Boa Prática na Dor, pretendendo assim, vinca a importância da valorização, avaliação e alívio da Dor, como elementos vitais, no contributo para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas.

Neste âmbito, as atividades de enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente. Sendo as autónomas de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, e as interdependentes, são de complementaridade, dando continuidade às iniciadas por outros, por prescrição/ uso de protocolos, cabendo-lhe a responsabilidade de execução e monitorização das respostas, associada à tomada de decisão adequada a cada indivíduo, no seu contexto (OE, 2008).

Relativamente à avaliação da dor, encontrámos estudos que demonstram haver diferença, no que diz respeito, por exemplo, ao tempo de serviço, sendo que médicos com mais de 3 anos de serviço prescrevem mais opióides e que a existência de protocolos no serviço de urgência, em que são os enfermeiros a iniciar a analgesia, teve como consequência um alívio mais efetivo da dor nos utentes (Heins et al, 2006).

5 – CONCEPTUALIZAÇÃO DA DOR COMO QUINTO SINAL VITAL

A dor é uma experiência universal, sendo no entanto subjetiva, única mas complexa, variando com as percepções individuais e com as circunstâncias envolventes. Por isso, torna-se um desafio para os profissionais de saúde não só porque exige tempo, disponibilidade, atenção e compreensão para com o doente e família, mas também porque varia individualmente em função das vivências a nível emocional, cultural, ambiental ou religioso.

Perante esta subjectividade, cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio das suas experiências, pelo que na sua abordagem em muitos casos, deve ser tomada em conta não só os aspectos sensoriais da dor, mas, também, os mecanismos fisiológicos, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais associadas à patologia. A universalidade da experiência da dor é transversal à subjectividade individual, ou seja, a dor é “aquilo que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe” (Rigotti e Ferreira, 2005; Ribeiro e Santos, 2008).

Perante estas preocupações, desenvolveram-se a nível nacional e internacional associações de pesquisa sobre a dor, da qual a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), fundada em 1973, é a mais representativa, dedicando-se a promover a pesquisa sobre a dor e a melhorar os cuidados prestados aos doentes com dor.

A IASP define dor como **“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual efetiva ou potencial ou descrita em termos dessa lesão”**.

Este organismo considera que o controlo da dor tem sido uma área relativamente negligenciada pelo interesse governamental. Os líderes e os membros desta associação acreditam que é urgente o controlo da dor e o reconhecimento da dor crónica como um problema de saúde pública uma vez que, de acordo com esta associação, apesar de poucas pessoas morrerem de dor, muitas morrem com dor ainda mais, vivem com dor.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a dor como 5º sinal vital.

Em Portugal existe a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, que em 2001 deu colaboração à Direção Geral de Saúde (DGS) na elaboração e implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD).

A DGS, em 14/06/2003, coincidindo com o, recentemente instituído, Dia Nacional de Luta contra a Dor, emanou a Circular Normativa n.º 9, que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, elevando assim, também em Portugal, a dor à categoria de 5º sinal vital. Emite, nesta data, o Plano Nacional de Luta contra a Dor.

Em 2008, a DGS emite nova Circular Normativa no âmbito do Programa Nacional de Controlo da Dor (N.º 11/DSCS/ DPCD de 18-06-2008), que integra o novo Plano Nacional de Luta contra a Dor (PNLCD), que visa dar continuidade ao Plano anterior, apelando à congregação de esforços interdisciplinares, no sentido de se obterem ganhos evidentes em saúde e qualidade de vida, junto da população afetada pela dor. (PORTUGAL 2008). Esse programa inseriu-se no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

A OE (2008) lembra aos enfermeiros que a boa prática de Enfermagem requer a avaliação da dor como 5º sinal vital; e que colaborem com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano de intervenção farmacológica e não farmacológica para o controlo da dor; respeitem a autonomia da pessoa, envolvendo-a e à sua família, no controlo da dor; assegurem a continuidade dos cuidados, documentando a história de dor, a sua avaliação e as intervenções realizadas; que atualizem e proporcionem a aquisição de competências de controlo da dor; que promovam e apoiem políticas organizacionais favorecedoras do controlo da dor; que promovam e apoiem a investigação de novas formas de melhorar o controlo da dor.

Segundo alguns autores, existem três tipos de dor:

Dor somática – 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. Exemplos: dor das lesões traumáticas, das queimaduras ou da patologia vascular.

Dor visceral – dor difusa, mal definida e associada a um órgão interno ou ao revestimento de cavidades. Exemplos: dor da isquemia do miocárdio, da distensão da bexiga ou da cólica renal.

Dor neuropática – dor mal localizada, lancinante, tipo “choque elétrico”, resultante de lesão de nervos periféricos, da medula ou do encéfalo. Exemplos: ciatalgia, neuropatia diabética ou a dor do *herpes zooster*.

Sheely, (2011), classifica a dor em nociceptiva e neuropática. A dor neuropática pode ser o resultado de traumatismo ou patologia dos nervos, que provocam anomalia na transmissão dos impulsos sensoriais dos sistemas nervosos periférico e central. A dor nociceptiva resulta de impulsos que percorrem as vias de condução nervosas normais. A dor nociceptiva pode ser estimulada por neurotransmissores somáticos e viscerais.

Do ponto de vista da sua duração, a dor pode ser:

- **Aguda**: início recente e duração de dias a semanas até três meses, relacionada com lesões traumáticas, infecciosas ou inflamatórias; há expectativa de desaparecimento após tratamento da lesão; a delimitação espaço-temporal é

precisa; podem haver respostas neurovegetativas associadas (elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, entre outras); 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 (OE, Rigotti e Ferreira, 2008).

O IASP define dor aguda como de início recente e provável limitação temporal.

- **Crônica:** dor que persiste além do período normalmente necessário para a reparação da lesão tecidual.

A dor aguda, de tipo somático é aquela que mais vezes se encontra em ambiente pré-hospitalar, resultando frequentemente de lesões traumáticas. Com menos frequência, a dor aguda visceral também levanta a necessidade de adoção de medidas para o seu alívio, como é o caso da dor da isquemia do miocárdio. A dor neuropática aguda, embora seja a menos frequente, também pode surgir neste contexto.

A Dor aguda está relacionada com mecanismos mecânicos, químicos e térmicos, como os que advêm de traumatismos, queimaduras, infecções e processos inflamatórios.

A evolução natural da dor aguda é a remissão. É mais intensa no início e, à medida que ocorre a reestruturação tecidual, há redução da síntese de substâncias algiogénicas e conseqüente diminuição da dor. Existem autores que defendem que a dor aguda pode tornar-se crônica, decorrente da ativação prolongada das vias neurais.

A dor aguda, não aliviada pode ocasionar: elevação da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e ventilatória, entre outras, que podem resultar em hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco, e diminuição da perfusão tecidual (Calil e Cardim, 2009).

Para as mesmas autoras, nos quadros hemorrágicos, os estímulos nociceptivos podem agravar o choque pelo aumento do trabalho do ventrículo esquerdo e redução da oferta de oxigénio.

A dor aguda serve de mecanismo de proteção, já que avisa o organismo da presença da presença de doença ou lesão. Tem também componentes fisiológicas e emocionais e grande parte dos doentes consegue descrever a localização e intensidade da dor e o que a alivia. Este tipo de dor continua a ser uma das razões mais frequentes de recurso dos doentes à Urgência, (Sheely, 2011, p. 139).

Por outro lado, Sheely (2011) é consonante com outros autores, afirmando que a dor também tem efeitos nocivos no organismo. O Sistema nervoso autónomo reage à dor libertando “hormonas de stresse”, como a adrenalina e o cortisol, que provocam vasoconstrição. Pode verificar-se também aumento da frequência cardíaca, aumentando o débito cardíaco e consumo de oxigénio. O doente pode imobilizar o tórax e diminuir a

respiração, o que pode levar a redução da circulação sanguínea pulmonar. Isto pode levar a atelectasia, pneumonia, e acabar em sépsis e morte.

A dor condiciona uma série de efeitos, de que se podem destacar o aumento do consumo de oxigénio, aumento da estimulação simpática (com taquicardia e vasoconstrição), aumento do trabalho cardíaco, aumento da produção de dióxido de carbono, alterações da coagulação, alterações hormonais e alterações a nível do sistema imunitário. Ocasionalmente, a dor aguda não tratada pode progredir para dor crónica.

Contudo, um estudo, conduzido por Bendall, Simpson e Midleton (2011), procurou estabelecer relação entre os sinais vitais e intensidade da dor, em ambiente pré-hospitalar. Só conseguiu estabelecer relação significativa entre a frequência respiratória acima de 25 ciclos por minuto e scores de dor intensa a severa mais elevados do que nos indivíduos com frequências respiratórias abaixo desse limite.

5.1 – PREVALÊNCIA E CAUSAS DE DOR EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

A literatura internacional consultada demonstra, não apenas uma elevada incidência de dor em emergência pré-hospitalar, mas também uma lacuna de reconhecimento do problema e conseqüente tratamento inadequado. Marianageli et al. (2009) reconhecem que não havia estudos publicados avaliando o diagnóstico ou causa provável de dor ou a sua localização.

Atualmente já existem, nomeadamente em França, em que Galinski et al. (2010) planearam um estudo prospetivo, anexando uma questionário à ficha de dados de cada utente assistido em EPH, referente à avaliação e controlo da dor, durante 11 meses, tendo encontrado dor moderada a insuportável em 41,75%, dos utentes conscientes e capazes de fazer o autorrelato da sua dor, com idade igual ou superior a 16 anos atendidos por meio diferenciado de emergência (homólogo da nossa VMER), capazes de fazer o autorrelato da dor sentida, com idade superior a 16 anos.

Nessa investigação, são analisados outros estudos que revelam a prevalência da dor nos Serviços de Urgência de 60 a 80 % e nestes, mais de 50 %, com dor intensa, referindo que, em mais de 80% desses utentes, a dor foi o principal motivo da ida à Urgência.

O mesmo estudo afirma ainda que, apesar de a dor ser considerada o quinto sinal vital, a sua avaliação e controlo, nos serviços de urgência, quer em ambiente pré-hospitalar é considerada pobre, bem como o seu tratamento (oligoanalgesia).

Associados à dor aguda em EPH, está o trauma e a idade inferior a 75 anos. Associados à dor mais intensa, o mesmo estudo encontrou, com forte associação, a dor de origem cardíaca e traumática (Galinski et al., 2010).

Já na Itália, Marianangeli et al. (2009), elaboraram um estudo, em ambulâncias e helicópteros de emergência, para avaliar a incidência, o local e possível causa de dor aguda e encontraram-na em dois terços dos utentes assistidos, sendo que a dor foi intensa a insuportável em 41,75% dessas situações. Nesse estudo, a severidade da dor não foi avaliada em 3,75% dos utentes, por apresentarem alteração do estado de consciência.

A correlação entre a dor e os outros sinais vitais também varia nos estudos consultados, havendo correlação apenas entre a frequência respiratória superior a 25 ciclos por minuto, e a dor severa, não verificando correlação com outros sinais vitais (Bendall, Simpson e Midleton, 2011).

Ainda nos departamentos de emergência, em França, para estimar a prevalência de dor em adultos e identificar o risco de oligoanalgesia: à chegada 78% dos utentes apresentavam dor, desses 54 % com dor intensa e 47 % com dor moderada. O alívio insuficiente da dor foi encontrado em 77% dos utentes, relacionando-se com a dor moderada a baixa intensidade de dor, sendo identificados como fatores associados a oligoanalgesia a a intensidade moderada a baixa de dor, a não intervenção antes de exame médico e o não uso de medicação antes da entrada no departamento (Tcherny et al., 2003).

Nesse país, noutro estudo de 726 utentes, 78% chegaram a um departamento de emergência com dor, com superior ou igual a 7 (NRS) em 35% dos casos, tendo em 44% dos casos, recebido analgesia em ambiente pré-hospitalar. Durante o período de permanência no serviço, a intensidade da dor manteve-se em 70%, aumentou em 7% e diminuiu em 23%.

Na Holanda, num estudo retrospectivo de prevalência de dor em EPH, com adultos alerta vítimas de trauma, dos 1000 avaliados (por enfermeiros, uma vez que o sistema de EPH está assente na intervenção destes profissionais, desde o atendimento, triagem, assistência e encaminhamento), foram incluídos 407. A prevalência de dor neste tipo de utentes foi de 70 %. Dos com dor, 31 % teve uma avaliação sistemática de dor no local do acidente, sendo o score médio de 6 (NRS) (Berben et al., 2011).

Conhecer o impacto e as causas de dor aguda é considerado essencial para definir as necessidades e a consequente qualidade no tratamento dos utentes

No âmbito da emergência pré-hospitalar, encontramos grupos de entidades potencialmente causadores de dor, que pode ter origem em:

Doença de causa médica:

- Cardíacas (cardiopatias isquêmicas, angor, EAM)
- Pulmonares (pneumotórax, dores pleuríticas,...)
- Abdominais (abdômen agudo, cólicas biliares,...)
- Gênero-urinárias (cólicas renais, pielonefrites, retenções urinárias,...) - oncológicas (tumores primários ou metastáticos)
- Cuidados paliativos em geral

Causa traumática:

- Politraumatizados (quedas, acidentes de viação, acidentes de trabalho,...)
- Queimaduras (térmicas, químicas, elétricas, radioativas)
- Agressões (lesões por arma branca, violência doméstica,...)
- Lesões desportivas.

Para Fernandez et al., (2010), as situações em que a dor adquire particular relevo, ocorrendo mais frequentemente, na via pública e domicílio, são:

- *A cardiopatia isquêmica*: a dor torácica tem um amplo leque de manifestações, quer na localização, como na intensidade percebida pelo utente, podendo ir de um desconforto leve a uma dor insuportável, com sensação de morte eminente, daí que o tratamento pode oscilar entre uma dose de nitratos, à morfina endovenosa, em doses variáveis e adaptadas a cada caso.

- *Traumatismos*: podem ir de contusões simples com dor fraca, sem necessidade de analgesia, que se debela com um posicionamento antiálgico e/ou imobilização da zona, até um traumatismo grave e/ou utente com politraumatismos, com múltiplos focos dolorosos de intensidade variável

No estudo holandês, Berben et al., (2011), encontraram uma prevalência elevada de dor em trauma, mas depararam-se com falta de relatos e descrição objetiva do seu alívio, sugerindo que há necessidade de extrair melhor o relato e melhorar o registo, de modo a ser reportado e implementadas medidas mais eficazes, no seu controlo.

A prevalência da dor nas crianças também é mais conhecida no interior dos serviços de urgência do que fora do hospital. Um estudo prospetivo de Galinski et al (2011) estimaram a prevalência da dor em contexto de EPH e identificaram fatores associados ao seu alívio: em indivíduos com idade inferior ou igual a 15 anos, 95% apresentavam dor aguda, e destes a dor era intensa a severa em 67% das crianças. O trauma foi o fator mais fortemente associado à dor aguda.

Na chegada ao hospital, 67% das crianças ainda tinham dor, mas 84% experienciaram algum alívio. Em conclusão, mais de 1/3 das crianças em EPH apresentaram dor com prevalências elevadas de dor intensa a severa. O estudo acima destaca a dificuldade na adaptação/ uso de escalas de dor para o Recém-nascido, contudo, foi possível tratar 90% das crianças e proporcionar alívio em 80% dos casos (Galinski et al., 2011).

5.2 - AVALIAÇÃO DA DOR EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

A dor é um dos problemas mais frequentes em situações de emergência / urgência, sendo um dos primeiros sinais de alerta em muitos processos patológicos

No âmbito do Pré-hospitalar, no contexto SIV e VMER, o mesmo se passa. A dor é um sintoma, um sinal de alerta, que impele a pedir ajuda destes meios de EPH.

Contudo, os estudos nacionais e internacionais consultados acerca da dor, referem-na como sub-valorizada, sub-avaliada e, por conseguinte, não controlada eficaz e atempadamente, continuando a causar desconforto ou sofrimento.

“...a subvalorização da dor ... continua a ser uma das causas de oligoanalgesia” e “...a avaliação da dor em doentes ... não colaborantes, com dificuldades de compreensão (por motivos linguísticos, auditivos ou cognitivos) ou nas crianças mais novas apresenta dificuldades acrescidas. Nestes casos, o recurso à interpretação das alterações fisiológicas e de resposta comportamental pode ser a única forma de avaliar, de forma grosseira, a intensidade da dor”.

(INEM, 2007)

As principais dificuldades genéricas de avaliação da dor são:

- Avaliar fenómenos dolorosos (comportamentais, fisiológicos e de autorrelato)
- Perceber a diversidade de manifestações
- Saber interpretar sinais de dor

A dor acompanha, de forma transversal, muitas situações que requerem cuidados de saúde, sendo o seu controlo, um dever dos profissionais de saúde, um direito dos utentes e um passo para a efetiva humanização dos cuidados de saúde, começando pela sua correta avaliação (Lameiras, 2009).

A avaliação da existência e severidade da dor são passos prévios fundamentais, antes de se poder definir a estratégia para o seu alívio. No entanto, a avaliação da intensidade dor é um processo complexo porque a dor é uma experiência individual modulada por aspetos psicológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais, assim sendo, percebida de forma distinta por cada indivíduo.

No âmbito da emergência, este conceito associado, por vezes, a situações caóticas, ambientes não controlados, incidentes inesperados,...(pois a emergência pode desenvolver-se tanto na via pública, como local de trabalho, em contexto domiciliário...) adquire uma importância major ao mesclar-se com altos níveis de ansiedade, incerteza do utente perante a evolução do seu estado. Para os profissionais que operam neste contexto, a valorização e tratamento adequado das dor e ansiedade, tornam-se imprescindíveis, qualquer que seja a sua causa: (traumática, médica,..). (Fernandez et al., 2010).

Além da intensidade da dor, o INEM (2012), aponta outras características a serem recolhidas: localização, tipo de dor (moinha, cólica, facada, picada, ardor,...), Fator desencadeante/ agravante, duração, irradiação, fatores de alívio/agravamento, história prévia de dor.

A literatura sobre a abordagem da dor aguda em situações de emergência sugere que a subvalorização da dor por quem presta cuidados de emergência médica (pré-hospitalares ou hospitalares), apesar de algumas mudanças positivas, continua a ser uma das principais causas para a “oligoanalgesia”. Apesar da convicção partilhada por médicos, enfermeiros e familiares sobre a própria capacidade de avaliar a intensidade da dor de um doente, tem sido demonstrada a inexatidão desse tipo de “quantificação” face à autoavaliação dos doentes. Mesmo a tentativa de relacionar a intensidade da dor com alterações objetivas da frequência cardíaca, da frequência respiratória ou dos valores da tensão arterial tem fracassado pela impossibilidade de determinar, para cada indivíduo, o peso da contribuição de outros fatores, muito frequentes em situações que cursam com dor (por exemplo, a ansiedade ou lesões com compromisso respiratório e circulatório) e que também alteram aquelas variáveis.

A intensidade expressa para lesões idênticas pode ser muito diferente, dependendo da história pessoal do utente, da sua própria psicologia, das circunstâncias de ocorrência da doença, sendo pessoal. Isto requer que a gestão da dor ser adaptada a cada doente (Galinski, 2011).

Assim, sempre que viável, a intensidade da dor deve ser avaliada pelo próprio doente, através da utilização de escalas de avaliação de dor. Devido à complexidade desta avaliação, foram desenvolvidas e validadas inúmeras escalas. As Escalas de Avaliação permitem: uniformizar critérios de avaliação, minimizando a subjetividade, definir e decidir atitudes e avaliar a eficácia de métodos farmacológicos e não farmacológicos. (Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Uma das escalas que tem sido validada de forma consistente, particularmente em vítimas de trauma, é a Escala Visual Analógica (VAS ou *Visual Analogical Scale*). No

entanto, a sua aplicação requer algum material e o uso de capacidades visuais, manuais e a compreensão dos conceitos subjacentes pelo doente o que torna a sua utilização pré-hospitalar pouco frequente (INEM, 2012).

Porque a sua aplicação não requer qualquer material, em ambiente pré-hospitalar, geralmente são aplicadas escalas como a Escala Verbal (VRS ou *Verbal Rating Scale*) ou a Escala Numérica (NRS ou *Numeric Rating Scale*). Esta última, pela sua facilidade de utilização e razoável fiabilidade quando comparada com a VAS, deverá ser aplicada nos adultos, adolescentes e nas crianças em idade escolar (idade superior a seis anos).

Efetivamente, um estudo realizado na Austrália, procurou validar a melhor escala para avaliar a dor aguda em pré-hospitalar, concluindo que a escala numérica (NRS) é mais adequada ao uso em pré-hospitalar, em adultos, enquanto a escala de faces se adequa melhor para avaliação da dor nas crianças, neste contexto. (Jennings, Cameron e Bernard, 2009).

Por motivos evidentes, a avaliação da dor em doentes inconscientes, não colaborantes, com dificuldades de compreensão (por motivos linguísticos, auditivos ou cognitivos) ou nas crianças mais novas, apresenta dificuldades acrescidas. Neste último caso (crianças mais novas) têm sido propostas formas de avaliação da dor como a Escala das Faces de Wong-Baker (também pode ser utilizada em doentes com défices cognitivos e dificuldades de compreensão).

No entanto, a dificuldade da sua aplicação, especialmente em ambiente pré-hospitalar, desaconselha a sua utilização nesse contexto. Nestes casos, o recurso à interpretação das alterações fisiológicas e da resposta comportamental pode ser a única forma de avaliar, a intensidade da dor.

Em 2009, um estudo referente a avaliação e controlo da dor aguda em idosos com fratura do colo do fémur (n=1454), ao longo de 2 anos, em 12 hospitais com departamento de Urgência nos EUA, mostrou que houve melhoria na avaliação da dor, embora em apenas 54,4% era usada a escala numérica, havendo 34% dos utentes sem registo da avaliação da intensidade dolorosa. A média da intensidade da dor relatada foi de (6,8-7,2 sobre 10) através dos 3 períodos, e administrada analgesia em 60% dos casos. Destes, 90% receberam opióide, havendo um declínio no uso intramuscular de meperidina e incremento geral da utilização de morfina como opióide de eleição (Herr e Titler, 2009).

5.3 – CONTROLO DA DOR EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

A dor, como problema de saúde, apenas emergiu claramente nas últimas décadas, sendo anteriormente o seu tratamento negligenciado pelos profissionais, usando uma abordagem sintomática e não sistematizada. Foram surgindo iniciativas, nomeadamente criação de grupos internacionais e Associações de investigação nesta área, constituindo-a como entidade e não mero sintoma. Por outro lado, foram aumentando estudos de prevalência das diferentes formas de dor (aguda e crónica) e as estratégias de tratamento correspondentes (Marinangeli et al., 2009).

Em 2006, um estudo para identificar a satisfação e perceção dos utentes sobre a qualidade dos cuidados num de urgência, (em 99 homens e 101 mulheres com menos de 51 anos) revelou que havia uma satisfação global, sendo que 20% desses utentes manifestaram insatisfação com o alívio da sua dor, sendo a área de maior destaque a melhorar (Muntlin et al., 2006).

O controlo da dor deve, pois, 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. De facto, 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. (PNLCD, 2008).

Galinski (2011) define como objetivos de abordagem da dor em emergência pré-hospitalar:

- Reconhecimento da dor e medição de sua intensidade;
- Tratamento adaptado à intensidade, ao paciente e à patologia;
- Reavaliação sistemática e regular permitindo uma apreciação da eficiência do tratamento.

A nível Europeu, o controlo eficaz da dor foi-se tornando preocupação cada vez maior, tornando-se um dever dos profissionais de saúde, um direito dos utentes e um passo fundamental para a humanização dos cuidados. Também foi reconhecida a nível político, em Portugal, esta necessidade, devendo ser implementado em todos os serviços prestadores de saúde (Portugal, 2008).

De um modo geral, é aceite que o tratamento precoce não se deve apenas a questões éticas, mas por a sua ausência ter repercussões metabólicas prejudiciais ao utente. A sua correta avaliação e controlo devem iniciar-se o mais precocemente possível, devendo iniciar-se ainda no pré-hospitalar. O desinteresse histórico pela dor, associado a pouco investimento anterior acerca dos métodos de analgesia e medo dos seus potenciais

efeitos secundários, podem explicar porque muitos doentes experienciam níveis de dor intoleráveis (Marinangeli, 2009).

Efetivamente, a sedação e analgesia são hoje considerados aspetos “extremamente importantes que não devem ser negligenciados, quando o objetivo é a prestação de cuidados de Emergência Médica Pré-Hospitalar de qualidade” (INEM, 2012).

A importância da dor enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, particularmente no que se refere à dor aguda, está bem patente no facto de ela constituir 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 co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso (Galinski, 2011).

Além do aspeto humano que significa reduzir o sofrimento de alguém, a ansiedade extrema e as dores intensas provocam uma série de alterações que pioram o prognóstico de algumas patologias e, no limite, podem ser causa de novos problemas. Acresce que algumas atitudes terapêuticas provocam desconforto e dor e apenas deverão ser realizadas após adequada sedação e/ou analgesia.

Relativamente ao traumatizado, vários autores são unânimes em considerar o controlo da dor, além de humanitário, é vital na sua assistência, visando manter as funções fisiológicas básicas e evitar efeitos deletérios (Calil e Cardim, 2009).

Neste sentido, para além das questões éticas associadas ao tratamento inadequado da dor, há consequências a nível metabólico que merecem ser consideradas. Diferentes estudos demonstram que a dor aguda acarreta complicações quer a nível cardiorrespiratório, gastrointestinal, urológico e infecciosos. Há consenso acerca da necessidade de treino adequado, *guidelines* e recomendações para implementar mudanças e combater a oligoanalgesia extra-hospitalar, que passam pela efetiva e correta avaliação.

Em Portugal, relativamente à dor aguda, nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde e do Departamento da Qualidade na Saúde, a DGS emitiu uma Norma: Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda (Portugal, 2012):

“A Unidade Funcional de Dor Aguda promove a prestação de cuidados

individualizados, no âmbito da dor aguda pós-operatória, procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos, trauma e patologias médicas aos doentes da unidade hospitalar que deles necessitem” (Portugal, 2012).

No âmbito da EPH, não se aplicam as primeiras, mas vamos abordar a dor, mediante se tratem de utentes que necessitam de cuidados, sejam vítimas de trauma ou patologias médicas.

5.3.1 – Medidas farmacológicas e não farmacológicas

O recurso a medidas farmacológicas de alívio da dor aguda, durante muito tempo, foi frequentemente encarado como passível de gerar algumas complicações e, eventualmente, mascarar sintomatologia dolorosa que pudesse permitir o diagnóstico mais rápido e fácil de algumas patologias. Esta situação levou Wilson e Pendleton a afirmar, em 1989, que a “oligoanalgesia permanece uma epidemia silenciosa”, mais de 15 anos após a primeira referência a este problema ter surgido na literatura médica. Desde finais da década de oitenta, apesar de alguns progressos a este nível, vários estudos têm confirmado essa realidade, revelando que este problema continua por resolver.

No entanto, proporcionar alívio da dor e da ansiedade nunca pode constituir uma porta aberta para a execução de procedimentos que não sejam seguros. A segurança dos doentes é um dos princípios fundamentais que orientam a prestação de cuidados de saúde, onde, evidentemente, se incluem as técnicas para proporcionar sedação e analgesia adequadas, sempre que indicado. Para tal é fundamental um conhecimento dos mecanismos envolvidos na produção e perceção da dor e da ansiedade, das alterações fisiológicas por elas induzidas e das técnicas mais adequadas para o seu alívio.

O poder dos analgésicos usados e as modalidades da sua aplicação dependerá da intensidade da dor. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou analgésicos de acordo com três níveis, em função da intensidade da dor. Os analgésicos do grau 1 são paracetamol, anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) e nefopam. Os analgésicos do grau 2 são tramadol, codeína e talvez – óxido nítrico e, - no grau 3 - opióides fortes. Na prática, para dor fraca a moderada ($VAS \leq 30$ ou $NRS \leq 3$), paracetamol, nefopam e AINEs podem ser utilizados. As suas doses são estabelecidas em função do peso e o tempo de avaliação da sua eficácia deve ser tida em conta a partir do início da ação. Para dor intensa ($30 < VAS < 60$ ou $3 < NRS < 6$), uma combinação de drogas no nível 1 pode ser suficiente. Em geral, a combinação deve ser feita com um analgésico de nível 2. Na verdade, as drogas com tramadol ou codeína (que são opióides fracos) são frequentemente associadas ao paracetamol. A dose destes medicamentos - principalmente tramadol pode ser adaptado

para a intensidade da dor, mas não há uma dose máxima, que não devem ser excedido (200mg em adultos). No caso de uma falha com estes medicamentos, um opióide forte - ou então morfina, em geral, - deve ser utilizado. A dor intensa (VAS ≥ 60 ou NRS ≥ 6) tem indicação de um opióide forte - no passo 3 - em primeiro lugar. Esta droga é muitas vezes associada com um outro, como o paracetamol e / ou AINEs e / ou nefopam (nível 1). A morfina não tem um efeito de tecto, sendo os efeitos sobre a analgesia e sobre os sistemas respiratório e digestivo, dose-dependente. Assim, não há nenhuma dose máxima. Este está adaptado para o alívio da dor e também a tolerância, (Galinski, 2011).

O controlo da dor é uma função chave nos departamentos de emergência e um importante indicador de qualidade. Forero et al., (2008) considera no seu estudo, a Morfina endovenosa como droga de eleição para controlo de dor severa nos serviços de urgência (SU). Estudou fatores relacionados com o tempo de triagem e a sua administração, estando associado ao sexo: as mulheres têm mais tempo de espera relativamente aos homens. Varia também com a idade e o tipo de dor, sendo a cólica renal que apresenta menos tempo de espera (em média 27 minutos), e as fraturas ou outros traumatismos registaram o maior tempo de espera: (67 min). *Guidelines* referenciadas nesta investigação, apontam para que analgesia apropriada para debelar a dor intensa a severa não deve exceder os 20 minutos após triagem no Serviço de Urgência.

Estudo realizado por Hein et al. (2006), procuraram, em 868 utentes, estudar a influência de fatores do utente com dor proveniente de trauma, associados aos padrões de analgesia utilizados pelos médicos nos serviços de Urgência, encontrando algumas disparidades: os utentes de raça negra, para a mesma intensidade de dor receberam menos analgésicos que os brancos, os mais jovens vítimas de trauma receberam mais analgésicos comparativamente aos mais idosos, sem trauma ou com dor crónica e médicos com mais de três anos no serviço de emergência prescreveram mais analgésicos. Não encontraram diferença significativa no que se refere ao género, ou situação económica.

Se, em ambiente pré-hospitalar, a analgesia está devidamente fundamentada, parecendo consensual a existência de protocolos que permitam a sua realização de forma segura, a sedação é um tópico menos discutido. As indicações para sedação farmacológica em doentes sem a via aérea protegida não são consensuais e variam entre os diferentes sistemas de emergência pré-hospitalar. Finalmente, deve ser realçada a possibilidade de potenciação dos efeitos adversos, particularmente respiratórios e cardiovasculares,

Técnicas de sedação e analgesia Reduzir a sedação e a analgesia à administração de fármacos, é considerado um erro a ser evitado. Embora seja frequentemente necessário o recurso a medidas farmacológicas, existem várias outras possibilidades para alívio da

ansiedade e da dor que, em algumas circunstâncias, podem reduzir as necessidades ou mesmo evitar a utilização de fármacos.

a) Intervenções não farmacológicas (psicológicas, verbais e físicas).

Alguns exemplos incluem manobras de distração, permitir o apoio de familiares e amigos (especialmente com crianças), imobilização e elevação de extremidades e aplicação de frio/ calor. Estas técnicas, geralmente não são suficientes para controlar a dor em ambiente pré-hospitalar mas podem ser contributos importantes e permitir a redução das necessidades em analgésicos. (Galinski, 2011).

b) Intervenções farmacológicas. Estas incluem o recurso a analgésicos (paracetamol, AINE e opióides) e sedativos (benzodiazepinas), já referenciados.

Em países como a França, existem veículos de emergência similares às nossas VMER e HEM, tripuladas por médico e enfermeiro: o *Service d'Ambulances Médicales Urgentes* (SAMU). Quanto à carga destas viaturas, neste caso interessa a medicação antiálgica disponível, verificamos, no estudo conduzido por Galinski (2011), em termos de tratamento farmacológico, colocava como alternativas: paracetamol, anti-inflamatórios não esteróides, nefopam, tramadol, morfina, outro morfínico, nitratos, e agentes sedativos/ansiolíticos.

Nos utentes analisados nesse estudo, foram usados, para além dessas alternativas, a ketamina, floroglucinol, analgesia loco-regional (para bloqueio de plexos). Verificámos também ser usada mistura de oxigénio com protóxido de nitrogénio. Portanto não ficámos esclarecidos quanto à uniformização dessas drogas nos veículos.

Já na Itália, verificámos, através do estudo de Marinangeli et al. (2009) desigualdade nas viaturas de emergência, tripuladas por médicos, quanto à medicação antiálgica disponível. Só nos HEM de emergência médica parece existir maior uniformidade, existindo: anti-inflamatório não esteróides, paracetamol intravenoso, tramadol, buprenorfina, morfina, fentanil e ketamina. É aí que existe uma avaliação e controlo mais eficaz da dor, tendo ao seu dispor uma gama mais alargada de analgésicos, do que nas ambulâncias.

Sendo o mais difundido e utilizado em meio PH, a Morfina, seguido do fentanil e do tramadol, embora assimetrias regionais na distribuição dos mais usados. Associa ainda essa assimetria na abordagem da dor a eventuais fatores culturais e religiosos nas diferentes regiões de Itália. Essa investigação conclui que a morfina foi o analgésico mais difundido (77,8%), seguido do fentanil e tramadol, sendo a buprenorfina o menos usado. Defende que se deveria incrementar o uso de paracetamol pela sua eficácia e efeitos secundários pouco frequentes e significativos, pois o seu uso, na dose de 1 gr, em situações de emergência

demonstrou reduzir a dor em SU, no espaço de 30 a 60 minutos, após a sua administração em 81% dos utentes que o receberam.

Havendo médicos nos serviços de emergência em Itália, com as competências e autonomia inerentes para uso de analgesia, nomeadamente opióides, Marianangeli et al. (2009), não compreendem porque o seu uso não é generalizado, para controlo da dor, associado aos seus potenciais efeitos secundários: dependência e indução de depressão respiratória, apesar de reconhecidos os benefícios associados ao seu uso como droga adjuvante no controlo, por exemplo, dos sintomas associados a enfarte agudo do miocárdio (EAM).

No estudo realizado por Galinski et al. (2010), 44% dos utentes com dor aguda, assistidos em EPH, receberam paracetamol, numa dose média de 3 mg/Kg e 29% receberam morfina, de entre os quais, 66% tinham o trauma, como causa de dor. Portanto, mais associada ao trauma esteve o uso de morfina. Outras drogas foram usadas, nomeadamente os anti-inflamatórios não esteroides, anestesia local, ketamina e mistura de protóxido de nitrogénio, mas com muito menor frequência. Drogas combinadas foram usadas para controlo da dor em 39% dos utentes.

Noutro estudo, efetuado nos Estados Unidos por Sirwardena et al. (2010), reportando-se apenas a duas entidades potencialmente causadoras de dor intensa a severa como o EAM e a suspeita de fratura do colo do fémur, assistidos por equipas distintas: com médico ou apenas paramédicos, com estes últimos apenas foi usado o fentanil orodispersível, pois é o único fármaco à sua disposição no controlo da dor. Note-se que foi administrado em utentes a quem a dor foi sistematicamente avaliada e acabou por ser mais eficazmente controlada apenas com este fármaco, face aos utentes assistidos por equipas profissionalizadas.

Neste estudo, bem como no de Berben et al. (2011), o alívio da dor foi considerado como uma diminuição de dois pontos na Escala Numérica, "*Numeric Rating Scale*" (NRS), sendo, no último, incluídos 407, dos 1000 utentes, vítimas de trauma. Neste, o tratamento farmacológico foi usado em 42% dos pacientes e foi essencialmente através do fentanil endovenoso. Técnicas não farmacológicas de dor usadas, foram limpeza de ferida (n=18), na aplicação de ligadura e imobilização de membros. O alívio da dor, no momento de chegada ao SU, verificou-se em 15% destas situações, de natureza traumática.

Ao nível do controlo da dor, um estudo australiano introduz uma nova alternativa de analgesia sem recurso a acesso venoso: o fentanil intranasal, usado com sucesso em serviços de urgência, que julgam constituir uma promessa para o uso em EPH, (Salvucci, 2007).

Bendall, Simpson e Middleton, (2011) conduziram, em França, um estudo para determinar se os sinais vitais de utentes com dor, em contexto extra-hospitalar, mas só conseguiu estabelecer correlação significativa, entre a frequência respiratória superior a 25 ciclos/ minuto e scores de dor mais elevados de dor e aqueles que tinham o mesmo parâmetro inferior a esse valor.

Neste sentido, outro estudo, realizado na Austrália, reforça que uma analgesia eficaz requer protocolos formais ou diretrizes apoiadas por efetivas terapias antiálgicas, juntamente com formação de base e específica, requisitos estes que podem inibir a avaliação da dor ou de gestão por paramédicos. Referem que é ainda necessária uma forma regular de auditorias e programas de qualidade que garantam a analgesia, na prática em EPH (Lord et al., 2003).

Relativamente aos efeitos secundários atribuídos à analgesia, foram encontrados em 6% dos casos no estudo de Galinski et al. (2010), nomeadamente as náuseas (n=14), vômitos (n=3), sonolência (n=3), hipotensão (n=1), prurido (n=1), flitena (n=1), retenção urinária (n=1), dispneia (n=1) e vertigem (n=1). Todos estes efeitos foram observados após administração de Morfina intravenosa.

Um estudo acerca dos preditores de alívio final de dor em emergência pré-hospitalar, encontrou apenas um fator preditor: serem equipas médicas a fazer a abordagem e o tratamento. Por outro lado altos scores de dor inicial e uso de acetaminofeno (vulgo paracetamol) foram preditores de falha na analgesia. Sendo que a mais importante conclusão deste estudo é que os utentes com dor devem ser transportados por ambulâncias bem equipadas, com tripulação capacitada para avaliação, alívio, reavaliação sistemática e medidas adaptadas ao alívio da dor de cada utente (Bounes et al., 2011).

Uma revisão sistemática acerca da abordagem da dor em ambiente pré-hospitalar (feita nos Estados Unidos), define marcadores de qualidade para melhoria da abordagem e “manejo” da dor no pré-hospitalar, que passa pela formação, educação, auditorias, avaliação e comunicação institucional, entre outros bem como *outcomes* para o utente, que passam pelo efetivo alívio da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, satisfação do utente com o tratamento da dor e evolução da qualidade do controlo da dor (McManus et al., 2005).

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 - METODOLOGIA

Na investigação científica é fundamental especificar a metodologia a utilizar, para que a sua verificabilidade se torne possível.

1.1- MÉTODOS

A Dor é um fenómeno multidimensional, de importância fundamental para a integridade física do indivíduo, constituindo o seu controlo, ganhos em saúde e em qualidade de vida, para a população. O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo um fator decisivo para a indispensável a sua humanização, devendo ser avaliada e controlada como quinto sinal vital.

A correta avaliação da dor, as intervenções desenvolvidas em função dessa avaliação e os resultados das mesmas, suportados por registos que lhe confirmam visibilidade, integram a valorização da dor como quinto sinal vital, na prática de cuidados. A necessidade de avaliar o cumprimento das normas emanadas a nível nacional, decorrentes das internacionais, e a escassez de estudos sobre este assunto, alicerçaram/motivaram a realização de uma investigação nesta área.

A importância da dor, como fenómeno multidimensional, particularmente a dor aguda, radica no facto de constituir o principal motivo de procura de cuidados de saúde, por parte da população, sendo o seu controlo em ambiente intra-hospitalares mais estudado e conhecido do que em contexto de emergência pré-hospitalar.

Não são conhecidos dados publicados em Portugal acerca da prevalência da dor em emergência pré-hospitalar. Também não é conhecido de que forma é avaliada, registada e controlada a dor, pelos meios de emergência pré-hospitalar, no nosso país.

Portanto escolhemos a dor como tema deste estudo, a sua prevalência nos utentes assistidos pelos meios SIV e SAV do INEM, através da análise retrospectiva dos registos existentes.

Assim, o nosso problema vem formulado e delimitado nos seguintes termos:

- *Qual a prevalência da dor em EPH, nos utentes assistidos pelas equipas de SIV e SAV do INEM?*

Decorrente da problemática apresentada, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- 1 – Quais as situações de emergência/ ocorrências que motivaram o envio dos meios de EPH diferenciados?
- 2 – Qual a prevalência da dor nos utentes assistidos pelos meios de emergência pré-hospitalar SIV, VMER e HEM na zona de abrangência do CODU Coimbra do INEM I.P., no mês de Janeiro de 2012?
- 3 – De que forma é avaliada a dor, quais as medidas implementadas e reavaliação pelos profissionais de saúde de EPH, nos utentes capazes de fazer o autorrelato de dor sentida?
- 4 - Quais os fatores associados à avaliação e não avaliação da dor?
- 5 - Quais os fatores associados à presença e à ausência de dor?
- 6 - Quais os fatores associados à maior intensidade de dor verificada?
- 7 - Quais os fatores associados às diferentes medidas de controlo implementadas e à reavaliação da dor?

Para dar resposta ao nosso problema de investigação, definimos como objetivos:

- 1 - Descrever as situações de emergência/ ocorrências que motivaram ativação dos meios diferenciados do INEM: SIV, VMER e HEM, em Janeiro de 2012, pelo CODU Coimbra.
- 2 - Determinar a prevalência da dor nos utentes aos quais foram enviados meios de emergência pré-hospitalar, diferenciados;
- 3 - Descrever o modo de avaliação, medidas implementadas e reavaliação da dor pelos profissionais;
- 4 - Identificar os fatores associados: à avaliação/não avaliação, à presença/ausência e intensidade da dor, às medidas implementadas e sua reavaliação;

Pretendemos realizar um estudo transversal, retrospectivo, de cariz epidemiológico de prevalência, descritivo e analítico, o qual, segundo Fortin (2009), serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento. Procura descrever a distribuição de um evento, neste caso a dor, numa população, em termos quantitativos. Este tipo de estudos serve para alcançar dois objetivos principais, neste caso, pretende informar sobre as características dos segmentos que

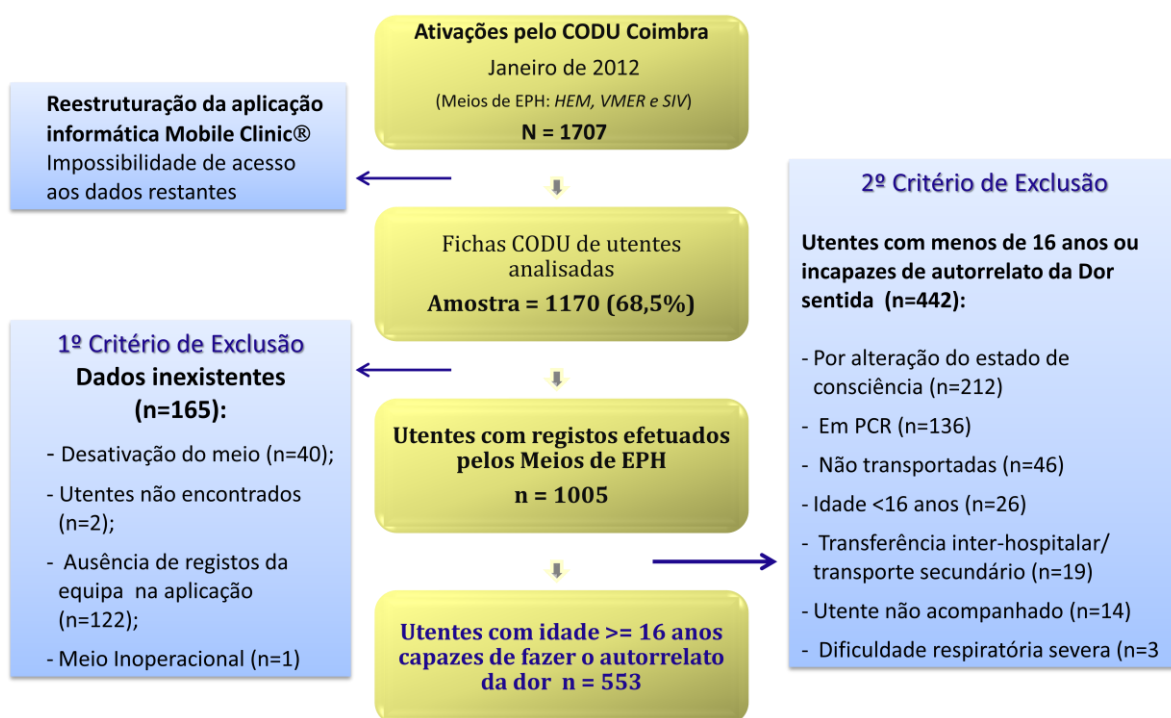
podiam beneficiar de alguma medida de melhoria implementada. Aqui uma correta avaliação da dor, que está diretamente relacionada com o seu controlo (Siriwardena et al., 2010).

Para chegarmos aos utentes capazes de fazer o autorrelato da sua dor, definimos previamente os participantes a incluir no estudo da dor. Depois, fazemos uma análise descritiva dos dados encontrados e, na segunda parte do estudo, numa vertente analítica, vamos procurar identificar os fatores associados à avaliação/não avaliação, presença/ausência de dor, bem como à maior intensidade registada, às medidas de controlo e reavaliação da dor.

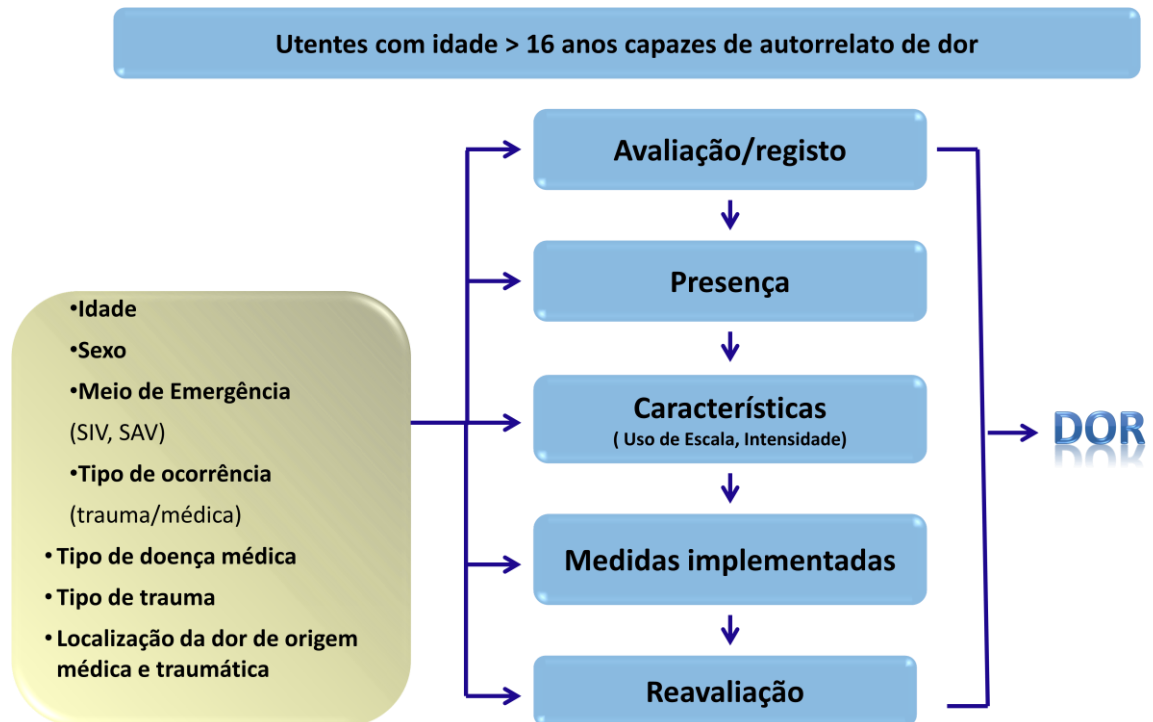
Procurámos espelhar este percurso no desenho de investigação:

Figura 1 – Desenho de Investigação

1ª fase: Encontrámos os participantes



2ª fase: Estudámos os fatores associados à dor



1.2 - PARTICIPANTES

O estudo foi desenvolvido na região abrangida pelo CODU Coimbra, da Delegação Regional do Centro do INEM, abrangendo os distritos de Aveiro, Viseu, Guarda, Coimbra, Leiria e Castelo Branco.

Foram incluídos neste estudo utentes a quem foram enviados meios de emergência pelo CODU Coimbra do INEM, I.P., após chamada de socorro através do número de emergência europeu 112.

Essa chamada é atendida pelos OPCEM, sendo os primeiros dados da queixa, por estes registados e recebidos pelos profissionais na aplicação informática Mobile-Clinic®, onde recebem o evento. Tendo em conta a gravidade da situação, é enviado meio de emergência, interessando-nos os meios de socorro diferenciados, tripulados por, pelo menos, um profissional de saúde: médico ou enfermeiro.

A população do estudo era constituída pelos 1707 utentes a quem foram enviados meios de emergência SIV e SAV, no mês de Janeiro de 2012, pelo CODU Coimbra, segundo dados facultados numa listagem, progressivamente facultada, pelos coordenadores dos OPCEM, após autorizado o estudo, pelo Conselho Diretivo do INEM.

Através da inserção do número de ficha atribuído, entrámos na aplicação informática e analisámos os registos existentes, nos diferentes campos, desde o preenchido pelos OPCEM quando recebem a chamada (sempre presentes e onde por vezes registam o decorrer da ocorrência com os dados recebidos do local), aos campos correspondentes à avaliações/ intervenções das equipas no terreno.

Começaram por nos facultar os números das ativações do HEM (Aguiar da Beira) em formato de papel, seguiram-se das cinco SIV da Zona Centro (Tondela, Pombal, Seia, Cantanhede e Peniche) e, por último foram facultadas das VMER, pela seguinte ordem, que correspondeu à inserção dos dados na grelha: VMER HUC, VMER CHC (ambas da cidade de Coimbra), seguindo-se a VMER de Aveiro e Leiria.

Quando estávamos a meio da análise das ocorrências da VMER Leiria, a aplicação entrou em manutenção para atualizações durante dois meses, não voltando a ser instalado o acesso remoto, que nos impossibilitou de colher os restantes dados. Eliminámos os inserimos da VMER Leiria, por o mês não estar completo e fizemos o estudo com os que tínhamos. O tempo de recolha de dados foi reduzido, uma das limitações do estudo.

Os dados analisados perfizeram um total de 1170 ativações por impossibilidade de acesso aos dados restantes. Não nos foi possibilitada a consulta das fichas de utentes socorridos pelas restantes VMER da área de abrangência do CODU Coimbra: Leiria, Castelo Branco, Viseu, Figueira da Foz, Caldas da Rainha e Covilhã, por remodelação da aplicação informática Mobile-Clinic®, portanto impossibilitando o acesso às restantes fichas de utentes, a quem foram enviados estes meios de emergência, no mês em análise.

Tratou-se, portanto, de uma amostra não probabilística aleatória por acessibilidade.

Justifica-se este tipo de amostragem não probabilística pelo facto de se tratar de um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. É um processo pelo qual todos os elementos da população não têm a mesma probabilidade de serem selecionados para integrarem a amostra (FORTIN, 2009).

Analisámos 1170 ativações de HEM, VMER e SIV, a que tivemos acesso aos registos, (68,5% da população) e fomos excluindo participantes no estudo até chegar ao que pretendíamos: avaliação e presença de dor nos utentes com mais de 16 anos, capazes de fazer o autorrelato. Para isso, excluímos participantes em duas fases, conforme descrevemos de seguida.

Numa **primeira fase**, retirámos à amostra inicial as ocorrências/ativações cujos dados não estavam na aplicação, nos campos destinados ao preenchimento pelas equipas,

por diferentes motivos. Daí que não tenhamos incluído estes utentes no estudo da dor (n=165). Os dados inexistentes podem dever-se a (primeiros critérios de exclusão):

- Desativação do meio (antes de chegar ao local) (n=40);
- Utente não encontrado, ou já ter abandonado o local (n=2)
- Ausência total de dados, por falha na aplicação ou na transmissão dos dados (n=122)
- Meio inoperacional (n=1)

Numa **segunda fase**, os utentes foram avaliados pela equipa de EPH e os dados essenciais estavam presentes, contudo, excluíram-se do estudo os que, por diferentes motivos, pudessem ter dificuldade ou serem incapazes de fazer o autorrelato da dor sentida, (n=442), seguindo o esquema do ponto anterior, assim considerados se (segundos critérios de exclusão):

- Alteração do estado de consciência (n=212) -
- PCR (n=136)
- Não transportado (n=46)
- Tiver idade inferior a 16 anos (n=26).
- Transporte secundário (n=19)
- Utente não acompanhado (n=14)
- Dificuldade respiratória severa (incapacidade articular palavras ou frases) (n=3)

Apesar do estudo ser acerca da dor, entendemos importante caracterizar a amostra global no sentido de descrever as características gerais das ativações, e aqueles que não foram incluídos, de acordo com o nosso desenho de investigação.

Assim, passamos a analisar a nossa amostra primária/global e depois caracterizamos as situações que foram excluídas, numa primeira fase, por ausência de dados e as que, foram posteriormente excluídas por impossibilidade ou dificuldade de fazer o autorrelato de dor sentida, numa segunda fase.

1.2.1 – Caracterização geral das ativações dos meios de EPH pelo CODU

Analisando as 1170 ocorrências para as quais foram enviados meios de EPH diferenciados SIV e SAV, pelo CODU Coimbra, podemos verificar, através da análise dos quadros que se seguem, relativamente ao sexo e tipo de meio de emergência ativado, os seguintes resultados.

A – Relativamente ao sexo:

No que respeita à **idade**, constatou-se que 10,2% dos indivíduos da amostra inicial, a quem foi prestado socorro, possuíam uma idade entre os 16 e os 35 anos, 23,1% encontrava-se na faixa etária dos 36 aos 64 anos e 66,7%, ou seja, mais de metade da amostra possuía mais de 65 anos. Refira-se que, dos utentes que possuíam entre os 16 e os 35 anos e os utentes que se encontravam na faixa etária compreendida entre os 36 e os 64 anos a maioria era do sexo feminino (11,8%; 30,5%), enquanto nos utentes com mais de 65 anos prevaleceram os do sexo masculino (75,8%).

Relativamente ao **tipo de meio**, observou-se que, relativamente ao meio de emergência ativado para os utentes em análise, 2,8% dos utentes foram socorridos pelo HEM de Aguiar da Beira, 54,6% foram socorridos pela SIV e 42,6 % socorridos pela VMER. No que toca ao sexo, podemos referir que, no caso de meio SAV ativado, HEM e VMER, a maioria dos utentes era do sexo masculino (2,1%; 23,6%), sendo que, no caso meio SIV, os utentes eram maioritariamente do sexo feminino (29,6%).

Relativamente à **causa subjacente à ativação dos meios de emergência**, 21,1% das ocorrências estavam relacionadas com trauma e, substancialmente em maior valor percentual (77,2%) foram as de origem médica. Das restantes, 0,6% por trabalho de parto e 1,2% foram ocorrências por obstrução da via aérea. Constatou-se, ainda, que, das ocorrências analisadas, em que a origem foi o trauma, a maioria dos utentes era do sexo masculino (23,8%), enquanto nas ocorrências com origem médica prevaleceram os utentes do sexo feminino (79,2%).

Referente à **dor como causa de ativação dos meios de emergência, presente na queixa registada**, verificou-se que 56,7% dos utentes apresentavam dor como queixa primária através da chamada 112, em 41,5% a dor era queixa secundária e, em 1,8% dos casos, desconhecia-se se havia dor na descrição da queixa registada pelos OPCEM. Verificou-se, ainda, que os utentes que apresentavam dor como causa primária eram maioritariamente do sexo masculino (29,8%), enquanto, no grupo de utentes que apresentavam dor como causa secundária, a maioria era do sexo feminino (23,3%).

Quadro 1 – Caracterização das ativações dos meios SIV e SAV, pelo CODU

	Masculino (n=583)		Feminino (n=574)		Não registado (n=1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo etário								
16-35 anos	69	11,8	49	8,5	0	0,0	118	10,2
36-64 anos	178	30,5	90	15,7	0	0,0	268	23,1
>= 64 anos	336	57,6	435	75,8	1	100,0	772	66,7
Tipo de meio								
HEM SAV	24	2,1	9	0,8	0	0,0	33	2,8
SIV	290	24,9	345	29,6	0	0,0	635	54,6
VMER	275	23,6	220	18,9	1	0,1	496	42,6
Tipo de Ocorrência								
Trauma	133	23,8	102	18,4	0	0,0	235	21,1
Médica	421	75,2	438	79,2	1	100,0	880	77,2
Parto	0	0,0	7	1,3	0	0,0	7	0,6
OVA	6	1,1	6	1,1	0	0,0	12	1,1
Causa da Dor								
Primária	82	29,8	74	26,9	-	-	156	56,7
Secundária	50	18,2	64	23,3	-	-	114	41,5
Desconhecida	3	1,1	2	0,7	-	-	5	1,8

B – Relativamente ao meio de emergência ativado

Relativamente ao **sexo**, constatou-se que 50,6% dos utentes eram do sexo masculino, 49,3% eram do sexo feminino. Em 0,1% dos casos não havia quaisquer registos do sexo dos utentes. Para ambos os sexos, o meio maioritariamente analisado foi a SIV.

Além do já referido, tendo por base o meio ativado, verificou-se que na maioria das ocorrências de trauma (14,3%) e origem médica (39,1%) o **meio ativado** foi a SIV, sendo que no parto (0,4%) e na OVA (0,9%) o meio maioritariamente ativado foi a VMER.

Quando acionado o HEM, a maioria dos utentes apresentava **dor como causa** secundária (1,5%), quando acionada a SIV (30,5%) e VMER (26,2%), prevaleceram os utentes com dor como causa primária de ativação dos meios de EPH.

Referente ao **tipo/duração da dor**, apurou-se, nos dados da chamada de emergência, que 98,8% dos utentes apresentavam uma dor aguda, 0,8% apresentava uma dor crónica e em 0,4% não foi registada. É de referir que a dor aguda foi socorrida maioritariamente pela SIV (60,9%).

Analisando a Quadro 2, podemos referir que, quanto ao **tipo de trauma**, ocorreram maioritariamente as quedas (51,2%). Em 21,7% dos casos, o trauma foi provocado por veículo ligeiro e em 10,3% foi por veículo de duas rodas. Neste sentido, o HEM foi ativado maioritariamente para situações de queda (1,5%), assim como a SIV (41,9%) e a VMER (7,9%).

No que se refere às situações de emergência de **causa médica**, e analisando as percentagens mais elevadas, podemos verificar que 18,3% das ocorrências tiveram origem

em causa cardíaca, 27,1% de origem respiratória e em 10,3%, perdas súbitas de consciência recuperadas. Relativamente ao meio ativado, o helicóptero SAV foi ativado maioritariamente para situações de alteração a nível central/neurológico (0,2%) e os meios SIV e VMER foram maioritariamente ativados por emergências médicas de causa respiratória.

Quadro 2 – Caracterização das ativações segundo o meio de emergência ativado

	HEM SAV (n=33)		SIV (n=635)		VMER (n=496)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	24	2,1	290	24,9	275	23,6	589	50,6
Feminino	9	0,8	345	29,6	220	18,9	574	49,3
Não registado	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Motivo de ocorrência								
Trauma	11	1,0	160	14,3	65	5,8	236	21,1
Médica	10	0,9	437	39,1	414	37,1	861	77,1
Parto	2	0,1	1	0,1	5	0,4	8	0,7
OVA	0	0,0	2	0,2	10	0,9	12	1,1
Causa da Dor								
Primária	0	0,0	84	30,5	72	26,2	156	56,7
Secundária	4	1,5	77	28,0	33	12,0	114	41,5
Desconhecido	2	0,7	3	1,1	0	0,0	5	1,8
Tipo/duração da dor								
Aguda	1	0,4	157	60,9	97	37,6	255	98,8
Crónica	0	0,0	2	0,8	0	0,0	2	0,8
Não registada	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Tipo de trauma								
Queda	3	1,5	85	41,9	16	7,9	104	51,2
Veículo de 2 rodas	1	0,5	11	5,4	9	4,4	21	10,3
Veículo Ligeiro	4	2,0	25	12,3	15	7,4	44	21,7
Atropelamento	1	0,5	3	1,5	6	3,0	10	4,9
Lesão desportiva	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Queimadura	1	0,5	1	0,5	3	1,5	5	2,5
Máquina agrícola	0	0,0	4	2,0	1	0,5	5	2,5
Agressão	0	0,0	3	1,5	2	1,0	5	2,5
Suicídio	0	0,0	1	0,5	4	2,0	5	2,5
(afogam./enforcam)								
Atingimento por objeto	0	0,0	0	0,0	3	1,5	3	1,5
Tipo de causa médica								
Cardíaca	0	0,0	66	7,7	90	10,6	156	18,3
Respiratória	1	0,1	131	15,4	99	11,6	231	27,1
Abdominal/ Genito-urinária	0	0,0	30	3,5	7	0,8	57	4,3
Cefaleia	0	0,0	7	0,8	2	0,2	9	1,1
Oncológica (tumores ou MTT)	0	0,0	1	0,1	2	0,2	3	0,4
Extremidades	0	0,0	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Gravidez/TP	1	0,1	5	0,6	5	0,6	11	1,3
Convulsão	0	0,0	24	2,8	23	2,7	47	5,5
Não Registada	0	0,0	26	3,1	57	6,7	83	9,7
PSC Recuperada	0	0,0	57	6,7	31	3,6	88	10,3
Central/neurológico	2	0,2	24	2,8	44	5,2	70	8,2
Hipoglicémia	0	0,0	12	1,4	32	3,8	44	5,2
Hemorragia	0	0,0	15	1,8	11	1,3	26	3,1
Problemas Psiquiátricos	0	0,0	17	2,0	16	1,9	33	3,9
Febre	0	0,0	6	0,7	4	0,5	10	1,2
Défice M/S	0	0,0	2	0,2	0	0,0	2	0,2

Em síntese, podemos afirmar que, a maioria dos utentes foi assistida pelo meio SIV (54,6%), enquanto o meio SAV (VMER e HEM) socorreu 45,4% dos utentes em análise.

A maioria apresenta-se no grupo etário superior ou igual a 65 anos, prevalecendo, nessa faixa etária, sobretudo os homens e, em faixas etárias mais jovens, as mulheres.

A dor esteve presente na queixa da chamada 112, como causa primária de ativação do meio em mais de metade das situações (56,7%), motivando a ativação de meios de emergência diferenciados, como era nossa percepção e apontavam os estudos consultados.

Tratou-se essencialmente de dor aguda em 98,8% dos casos, como se esperava.

Na base das ativações estiveram maioritariamente as situações de doença médica (77,2%), comparativamente ao trauma (21,1%), ocorrendo as outras causas, com menor expressão, como partos e obstruções da via aérea (OVA).

Quanto ao tipo de trauma, ocorreram essencialmente as quedas (51,2%) e a parte do corpo mais afetada foram os membros inferiores. Relativamente à doença médica, a maioria foi de causa respiratória, seguindo-se a origem cardíaca.

1.2.2 – Caracterização das ativações sem registo de avaliação da vítima

Para encontrar os participantes para estudo da dor, excluímos, numa primeira fase, aqueles que não chegaram a ser avaliados pelas equipas ou cujos dados não foram encontrados na aplicação, por eventual falha no registo/ transmissão:

- Desativação do meio (antes de chegar ao local) (n=40);
- Utente não encontrado, ou já ter abandonado o local (n=2)
- Ausência total de dados, por falha na aplicação ou na transmissão dos dados (n=122)
- Meio inoperacional (n=1)

No que se refere ao **sexo**, registou-se que 46,9% eram utentes do sexo masculino e 53,1% dos do sexo feminino. Refira-se, ainda, que tanto na desativação do meio (11,7%), como ausência total de dados (40,7%) as percentagens mais elevadas verificaram-se nos utentes sexo feminino.

O **tipo de meio** o HEM obteve uma percentagem de 7,9% de impossibilidade de acesso aos dados, a SIV uma percentagem de 40,0% e a VMER uma percentagem de 52,1%. Observou-se que a maioria das chamadas que motivaram acionamento do HEM,

este foi desativado (4,2%) e, no caso das ocorrências por SIV e VMER, o motivo pelo qual não foram obtidos registros, foi a ausência total de dados na aplicação clínica.

No que diz respeito ao **motivo da ocorrência**, mais de metade da amostra “perdida” (78,8%) ocorreu por causa médica, seguidamente, com uma percentagem de 19,9%, surgiram as ocorrências de origem traumática e, por fim, numa mesma percentagem de 0,7%, surgiram as ocorrências por parto e por obstrução via aérea. Refira-se que a maioria das desativações aconteceram em ocorrências de origem em doença médica (16,6%), assim como nos casos de ausência total de dados (61,6%), enquanto a vítima não foi encontrada em 0,7% das ocorrências, cuja origem era o trauma e 0,7% de origem médica.

Nos casos em que houve ausência total de dados na aplicação, mais concretamente no que se refere à **causa da dor**, pode-se observar que 96,0% dos casos foi por causa primária e 4,0% por causa secundária.

A maioria das desativações teve origem em quedas (6,7%). Denote-se que, no caso de vítima não encontrada, a maioria foi para ocorrências que envolviam veículo de duas rodas (3,3%) e a maioria da ausência total de dados ocorreu também em caso de queda (43,3%).

Ainda nestes casos excluídos da amostra, relativamente ao **tipo de causa médica**, os que obtiveram maior percentagem foram a causa respiratória (28,9%), seguindo-se a causa cardíaca (17,5%). Em ambos os casos, a maioria apresentou ausência total de dados (21,9%; 17,5%, respetivamente) e por fim a central/neurológica com uma percentagem de 11,4%.

Em síntese, os dados foram inseridos e validados com sucesso na aplicação informática maioritariamente pelo meio SIV, nos utentes do sexo feminino, nas situações de doença médica e o meio de EPH foi desativado, sobretudo na doença médica de etiologia respiratória e nas quedas, quando a causa se tratava de trauma.

Quadro 3 - Caracterização das ativações sem registo de avaliação da vítima

	Desativação (n=40)		Não Encontrada (n=2)		Ausência Total de dados (n=122)		Meio Inoperacional (n=1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Masculino	18	11,1	1	0,6	56	34,6	1	0,6	76	46,9
Feminino	19	11,7	1	0,6	66	40,7	0	0,0	86	53,1
Tipo de meio										
HEM SAV	7	4,2	0	0,0	6	3,6	0	0,0	13	7,9
SIV	13	7,9	2	1,2	51	30,9	0	0,0	66	40,0
VMER	20	12,1	0	0,0	65	39,4	1	0,6	86	52,1
Motivo de ocorrência										
Trauma	3	2,0	1	0,7	26	17,2	-	-	30	19,9
Médica	25	16,6	1	0,7	93	61,6	-	-	119	78,8
Parto	1	0,7	0	0,0	0	0,0	-	-	1	0,7
OVA	0	0,0	0	0,0	1	0,7	-	-	1	0,7
Causa da Dor										
Primária	-	-	-	-	24	96,0	-	-	24	96,0
Secundária	-	-	-	-	1	4,0	-	-	1	4,0
Tipo de trauma										
Queda	2	6,7	0	0,0	13	43,3	-	-	15	50,0
Veículo de 2 rodas	0	0,0	1	3,3	3	10,0	-	-	4	13,3
Veículo Ligeiro	1	3,3	0	0,0	7	23,3	-	-	8	26,7
Atropelamento	0	0,0	0	0,0	1	3,3	-	-	1	3,3
Queimadura	0	0,0	0	0,0	1	3,3	-	-	1	3,3
Suicídio	0	0,0	0	0,0	1	3,3	-	-	1	3,3
(afogam./enforcam)										
Tipo de causa médica										
Cardíaca	0	0,0	0	0,0	20	17,5	-	-	20	17,5
Respiratória	8	7,0	0	0,0	25	21,9	-	-	33	28,9
Abdominal/ Genito- urinária	2	1,8	0	0,0	4	3,5	-	-	6	5,3
Cefaleia	0	0,0	0	0,0	2	1,8	-	-	2	1,8
Gravidez/TP	0	0,0	0	0,0	1	0,9	-	-	1	0,9
Convulsão	1	0,9	0	0,0	8	7,0	-	-	9	7,9
Não Registada	0	0,0	0	0,0	3	2,6	-	-	3	2,6
PSC Recuperada	6	5,3	1	0,9	5	4,4	-	-	12	10,5
Central/neurológico	3	2,6	0	0,0	10	8,6	-	-	13	11,4
Hipoglicémia	1	0,9	0	0,0	2	1,8	-	-	3	2,6
Hemorragia	0	0,0	0	0,0	4	3,5	-	-	4	3,5
Problemas Psiquiátricos	1	0,9	0	0,0	6	5,3	-	-	7	6,1
Febre	0	0,0	0	0,0	1	0,9	-	-	1	0,9

1.2.3 – Caracterização dos utentes sem critérios de inclusão no estudo

Após chegada da equipa de emergência e avaliação da vítima, considerou-se, para este estudo, que esta não reunia condições de participação, (segunda fase dos critérios de exclusão), nas situações de:

- Alteração do estado de consciência (n=212) -
- PCR (n=136)
- Não transportado (n=46)

- Tiver idade inferior a 16 anos (n=26).
- Transporte secundário (n=19)
- Utente não acompanhado (n=14)
- Dificuldade respiratória severa (incapacidade articular palavras ou frases) (n=3)

Dos casos analisados, que não reuniam critérios de inclusão neste estudo, verifica-se, analisando a tabela que se segue que, entre as causas apontadas, a maioria dos utentes com **idades** entre os 16 e os 35 anos possuíam, na sua maioria, dificuldade respiratória severa, os utentes com idades entre os 36 e os 64 anos constituíam na sua maioria as vítimas não acompanhadas e por fim, os utentes com mais de 65 anos apresentavam na sua maioria alteração do estado de consciência.

Relativamente ao **sexo**, concluiu-se que os utentes do sexo masculino obtiveram percentagens mais elevadas nos casos em que houve dificuldade respiratória severa (0,5%), PCR ou PR (19,1%) e na transferência inter-hospitalar (2,8%), enquanto o sexo feminino apenas apresentou uma percentagem superior na alteração do estado de consciência com uma percentagem de 25,3%. Refira-se que, no que toca à vítima não transportada e não acompanhada, o valor percentual foi igual para ambos os sexos, respetivamente, 5,3% e 1,6%.

No que toca ao **motivo destas ocorrências**, pode-se constatar que a maioria dos utentes, vítimas de trauma, apresentou uma percentagem mais elevada de PCR ou PR (5,1%). Quanto às vítimas de doença médica e obstrução da via aérea, prevaleceram os utentes com alteração do estado de consciência (45,7%; 9,1%, respetivamente).

Referente à **causa de dor**, verificou-se que a maioria dos utentes tinha, na chamada 112, queixa de dor aguda (90,9%), tendo estes apresentado maioritariamente um quadro posterior de PCR ou PR (36,4%) e 9,1% dos utentes mencionaram a dor como causa secundária, em situações de alteração do estado de consciência.

No **tipo de dor**, 100,0% dos utentes apresentaram dor aguda, sendo que 33,3% apresentou alteração do estado de consciência. Numa mesma percentagem de 11,1% surgiram os utentes que apresentaram dificuldade respiratória severa e transferência inter-hospitalar e, por último, a maior percentagem encontrava-se em PCR ou PR (44,4%).

Quanto ao **tipo de trauma**, a maioria ocorreu por queda (48,4%), seguindo-se o suicídio (12,9%) e o veículo ligeiro (19,4%). Verificou-se também que dos utentes traumatizados por queda a maioria apresentou alteração do estado de consciência e não foi transportada (16,1%). Dos utentes traumatizados devido a veículo ligeiro, a maioria não foi

transportada (9,7%) e, por último, os utentes de tentativa de suicídio apresentaram PCR ou PR (12,9%).

Relativamente ao **tipo de causa médica**, podemos referir, através da análise das percentagens mais elevadas, que 29,4% dos utentes, não incluídos no estudo, apresentavam queixas de foro respiratório, com alteração de estado de consciência (19,4%); 19,1% dos utentes apresentavam causa não registada, tendo sido excluídos maioritariamente por PCR ou PR (16,6%) e, por fim, 14,7% dos utentes manifestavam uma causa central/neurológica, tendo a alteração do estado de consciência sido o principal fator de exclusão (10,6%).

Em síntese, podemos afirmar que se verificou uma percentagem de utentes com alteração do estado de consciência e em PCR, que reduziram o tamanho da nossa amostra.

As situações de alteração do estado de consciência verificaram-se sobretudo em utentes, numa faixa etária acima dos 65 anos (81,4%), na doença médica, sobretudo de origens respiratória e central/ neurológica, que consideramos ser significativa e alvo de maior atenção futura, na adequação de escalas de intensidade de dor adaptadas a estas circunstâncias.

Quadro 4 – Caracterização dos utentes sem critérios de inclusão no estudo

	Alteração do estado de consciência (n=136)		Dificuldade respiratória severa (n=3)		Em PCR (n=136)		Transferência Inter-hospitalar (n=19)		Não transportado (n=46)		Não acompanhado (n=14)		Total (n=442)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo etário														
16-35 anos	8	3,8	1	33,3	2	1,5	0	0,0	10	22,2	1	7,1	22	5,2
36-64 anos	31	14,8	1	33,3	29	21,6	5	29,4	15	33,3	7	50,0	88	20,8
>= 64 anos	171	81,4	1	33,3	103	76,9	12	70,6	20	44,4	6	42,9	313	74,0
Sexo														
Masculino	103	24,0	2	0,5	82	19,1	12	2,8	23	5,3	7	1,6	229	53,3
Feminino	109	25,3	1	0,2	54	12,6	7	1,6	23	5,3	7	1,6	201	46,7
Motivo de ocorrência														
Trauma	14	3,6	1	0,3	20	5,1	4	1,0	13	3,3	0	0,0	52	13,3
Médica	179	45,7	2	0,5	101	25,8	12	3,1	25	6,4	14	3,6	333	84,9
OVA	3	0,8	0	0,0	2	0,5	0	0,0	2	0,5	0	0,0	7	1,8
Causa da dor														
Primária	3	27,3	1	9,1	4	36,4	1	9,1	1	9,1	-	-	10	90,9
Secundária	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	1	9,1
Tipo de dor														
Aguda	3	33,3	1	11,1	4	44,4	1	11,1	-	-	-	-	9	100,0
Tipo de trauma														
Queda	5	16,1	1	3,2	3	9,7	1	3,2	5	16,1	-	-	15	48,4
Veículo de 2 rodas	3	9,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	3	9,7
Veículo Ligeiro	2	6,5	0	0,0	1	3,2	0	0,0	3	9,7	-	-	6	19,4
Atropelamento	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	-	-	1	3,2
Queimadura	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	1	3,2
Suicídio	0	0,0	0	0,0	4	12,9	0	0,0	0	0,0	-	-	4	12,9
(afogam./enforcam)														
Atingimento por objeto	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	-	-	1	3,2
Tipo de causa médica														
Cardíaca	11	3,4	0	0,0	9	2,8	5	1,6	2	0,6	0	0,0	27	8,4
Respiratória	62	19,4	1	0,3	19	5,9	4	1,2	4	1,2	4	1,2	94	29,4
Abdominal/ Genito-urinária	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	3	0,9
Cefaleia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Oncológica	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6
(tumores ou MTT)														
Convulsão	18	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	19	5,9
Não Registrada	3	0,9	0	0,0	53	16,6	0	0,0	4	1,2	1	0,3	61	19,1
PSC Recuperada	8	2,5	0	0,0	2	0,6	0	0,0	6	1,9	2	0,6	18	5,6
Central/neurológico	34	10,6	0	0,0	12	3,8	1	0,3	0	0,0	0	0,0	47	14,7
Hipoglicémia	16	5,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	2	0,6	3	0,9	23	7,2
Hemorragia	3	0,9	0	0,0	3	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,9
Problemas Psiquiátricos	8	2,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,6	3	0,9	14	4,4
Febre	3	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	4	1,2
Défice M/S	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3

1.3 - INSTRUMENTOS

A colheita de dados foi efetuada através da aplicação de uma grelha construída a partir da experiência vivenciada, do guia orientador de boas práticas da OE no âmbito da dor, publicado em 2007, na Circular Normativa no âmbito do Programa Nacional de Controlo da Dor (N.º 11/DSCS/ DPCD de 18-06-2008) e nos artigos científicos consultados, nomeadamente de Galinski et al (2010) e Siriwardena et al, (2010).

Foi realizado um pré-teste a 25 fichas de utentes da SIV de Tondela, durante o mês de Abril de 2012, para aferição do instrumento de colheita de dados. Foi necessário retirar

questões, mais pela dificuldade de encontrar respostas nos dados existentes, e proceder a alterações de redação, de forma a adaptá-lo à informação constante dos campos de preenchimento na aplicação informática, pelas equipas de EPH. Nomeadamente efeitos secundários da medicação, que em nenhum caso foi relatado, e outros analgésicos comuns noutros países, como os anti-inflamatórios não esteroides, o tramadol,... enquadrados com a “escada analgésica” da Organização Mundial de Saúde, (Galinski, 2011), também inexistentes na carga dos meios de emergência do INEM.

Foi também definida inicialmente uma variável **tempo de contacto com a vítima**, inicialmente assumida como importante, atendendo ao tempo de atuação de fármacos e necessária influência na reavaliação da dor sentida. Contudo, que não foi possível colher por incongruência nas horas com desfasamento de uma hora nalguns meios, registos feitos posteriormente, que não permitem análise fidedigna.

Os dados foram colhidos ao longo do mês de Maio de 2012, através da consulta das fichas CODU respeitantes às ativações de meios de EPH: SIV, VMER e HEM SAV, referentes ao mês de Janeiro de 2012. Foram colhidos diretamente de cada Ficha, na aplicação *Mobile-Clinic®*, *online*, em acesso remoto autorizado pela Exma. Sra. Delgada Regional do Centro, Dra. Regina Pimentel, instalado pelo departamento de telecomunicações, num computador, na sede desta Delegação do INEM, ao lado do CODU Centro.

Acesso remoto, esse, que ficou inacessível, após atualizações da aplicação, que determinou a que todos os meios regressassem ao registo em papel, durante dois meses e não voltou a ser estabelecido. O que impossibilitou a colheita das fichas restantes do mês de Janeiro, como já foi referido.

O instrumento de colheita de dados – grelha, encontra-se estruturado da seguinte forma:

Parte 1 – Dados gerais do utente e do tipo de ocorrência: Dados colhidos pelos OPCEM através da chamada 112 ativação, que motivaram ativação do meio diferenciado, pelo CODU Coimbra, onde consta:

1 - Número de ficha CODU

2 - Grupo etário e sexo desse utente/vítima

Respeitante à idade, baseámo-nos num estudo de GALINSKI et al. (2010) no qual avaliaram a dor em pré-hospitalar em França e a idade adulta considerada foi de 16 anos. Até há pouco tempo esse era o limite da idade pediátrica também em Portugal.

Considerou-se que a partir dos 16 anos de idade, o utente já compreende a escala numérica de avaliação de intensidade da dor e é capaz de compreender os termos: *dor muito intensa a pior de todas as que já teve ou julga possível tolerar...ou sem dor*, para fazer inequivocamente o autorrelato da sua dor sentida. Tendo em conta o exposto, a idade foi agrupada em classes:

- 1 – Dos 16-35 anos (início da idade adulta)
- 2 – Dos 36-64 anos (meia-idade)
- 3 - >= 64 anos (idade avançada)

3 - *Queixa principal*

4 - *Origem ou motivo da queixa*: se a causa primária está relacionada com doença médica, trauma, Obstrução da Via Aérea (OVA) ou Trabalho de Parto (TP).

Quer na nossa prática diária em EPH, como nos artigos consultados, é unânime a divisão major entre a causa da emergência, ser de origem em trauma ou doença médica. Depois existem outros tipos de ocorrência, como parto e obstrução da via aérea. (Chambers E Guly, 1993) (Centro Nacional De Observação Da Dor, 2010), (Galinski et al., 2010), (Berben et al., 2011), (Calil et al., 2009), (INEM, 2011).

Esclareça-se ainda que, na prática, usámos vulgarmente o termo *vítima* antes da chegada à unidade de saúde e aí chegado, passamos a designá-lo de *utente* dos serviços de saúde.

5 - *No caso de trauma, importa especificar o tipo de trauma*, que depois a equipa confirmará ou não

6 - *No caso de doença médica, qual o tipo*, também a confirmar pela equipa

7 - *Se a dor consta dos dados de ativação como causa/ queixa principal ou secundária*

8 - *Meio ou meios enviados para o local*

Dados sumários enviados pelas equipas (descrito pelo OPCEM ou Médico regulador – indiretos).

Parte 2 – Avaliação da vítima pela equipa diferenciada e respetivos registos, que confirmam critérios de exclusão

9 - *Crítérios de exclusão, 2ª fase, Vítima não incluída se:*

- *Alteração do estado de consciência*

- Em PCR
- Não transportadas
- Grupo etário inferior a 16 anos
- Transferência inter-hospitalar/ transporte secundário
- Utente não acompanhado
- Dificuldade respiratória severa

Parte 3 – Avaliação da Dor pela equipa

- 10 - Registos de dor: se registo de avaliação e em caso afirmativo, se ausente ou presente.
- 11 – Localização da dor de origem médica
- 12 – Localização da dor origem traumática
- 13 – Modalidade de avaliação da intensidade dolorosa (Escala numérica, verbal ou sem registo)
- 14 – Intensidade avaliada inicialmente com escala numérica
- 15 – Intensidade avaliada inicialmente com escala qualitativa

Relativamente à escala usada, inicialmente inserimos o valor da escala numérica e/ou referência qualitativa assinalado pelas equipas na primeira avaliação. Mas depois, para conseguirmos trabalhar a variável “intensidade” tivemos de agrupar os valores obtidos nas duas escalas de avaliação de intensidade, na mesma variável.

Agrupámos os valores obtidos na numérica com a escala qualitativa, que embora menos específica, nos permitiu trabalhar a variável “intensidade”, da seguinte forma, baseando-nos no protocolo SIV do INEM, de escala analgésica:

Intensidade Escala Numérica (NRS)	Intensidade Escala Qualitativa	Medida farmacológica correspondente
0	Sem dor	
1	Dor Ligeira	Uso de Paracetamol 1 gr oral

2		
3		
4	Dor Moderada a Intensa	
5		Uso de Paracetamol 1 gr EV
6		
7	Dor Intensa a Máxima	Uso de Morfina EV 0,05 mg/Kg em bólus EV
8		lento. Se utente com náuseas administrar
9		Metoclopramida, 10 mg EV lento, na ausência
10		de contra-indicações, com validação prévia.

“16 - Tempo de contacto com a vítima” (que acabámos por não considerar)

16 – *Outras características da dor avaliadas* (Intensidade, localização, hora de início, tipo de dor, Irradiação, fatores de alívio/agravamento, sintomas concomitantes)

Parte 4 – Intervenções na presença de Dor: controlo da dor

17 – *Intervenções na presença de Dor (farmacológicas e não farmacológicas)*

18 – *Quais as medidas farmacológicas descritas*

19 – *Quais as medidas não farmacológicas descritas*

“20 – *Efeitos secundários observados*” (acabámos por não obter dados acerca desta variável.)

Parte 5 – Dados referentes ao alívio ou não da dor: Reavaliação da Dor

21 – *Reavaliação da intensidade da dor (escala numérica ou qualitativa)*

22 – *Referência alívio da dor (dor aumentada ou mantida)*

Neste parâmetro considerámos a dor aliviada em duas situações: ou reavaliada com escala numérica com decréscimo de 2 pontos ou através da avaliação na escala qualitativa, referente a nível de dor inferior.

O instrumento de colheita de dados encontra-se em anexo (anexo 1).

1.4 - PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. De uma maneira geral, os conceitos em estudo, os métodos de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação, podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas envolvidas.

Neste sentido, foi assegurado o anonimato e confidencialidade de todos indivíduos participantes no estudo de forma voluntária após consentimento informado. Para além disso, assegura-se que todos os procedimentos realizados no estudo, incluindo a análise, tratamento e discussão dos resultados, não oferecem desconfortos, riscos ou danos à saúde dos indivíduos integrantes da pesquisa, garantindo desta forma os princípios básicos da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, (Fortin, 2009).

Para a realização deste estudo foi também indispensável efetuar um pedido de autorização formal ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho Diretivo do INEM, I.P., que após reforço desse pedido, respondeu favoravelmente, conforme consta em anexo (Anexo 2).

Foi também pedida avaliação e emissão de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, ao qual não obtivemos resposta.

1.5 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Quanto aos procedimentos estatísticos, a informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico. Os dados foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science 20,0* (SPSS) de forma a procedermos ao tratamento dos mesmos.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva, em que foram usadas as frequências e analítica.

As técnicas de estatística inferencial utilizada no estudo de associações envolveram até duas variáveis. Para a análise de variáveis, obtiveram-se tabelas de cruzamento e as estatísticas do teste do Qui-Quadrado *de Pearson*, que é um teste estatístico não paramétrico, usado ao nível da estatística multivariada, no sentido de se obter o grau de

aderência entre o modelo obtido e o teórico. Este reste reflete o tamanho das diferenças entre as frequências observadas e esperadas (Pestana e Gageiro, 2009).

2 - RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, apresenta-se os resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os obtidos com as análises inferenciais.

2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados permitiu obter os resultados que a seguir são apresentados.

Irá ser efetuada uma caracterização da amostra analisada, tendo em conta os dados dos utentes e do tipo de queixa apresentada, através dos dados colhidos essencialmente na chamada para o número de emergência 112.

Apresentaremos os resultados obtidos nos utentes avaliados e socorridos pelas equipas profissionalizadas, nos 553 utentes apurados, considerados capazes de fazer o autorrelato da dor sentida. No quadro que se segue começamos por averiguar de entre os utentes da amostra, quantos e com que características tiveram a sua dor avaliada e aqueles que não possuem registo de avaliação, a partir dos registos existentes. Depois, naqueles a quem a dor foi avaliada, quantos é que tinham efetivamente dor (diferente de zero), ou não, de acordo com as suas características e características das ocorrências que motivaram o socorro.

2.1.1 – Utes com avaliação ou não da dor

No que se refere ao **meio ativado** podemos referir que os mais ativados foram a SIV de Cantanhede com 16,5%, a SIV de Pombal com 15,7% e a SIV de Tondela com uma percentagem de 13,1%. Refira-se ainda que nas ativações das SIV's de Tondela e Pombal a maioria dos utentes não apresentaram dor, com percentagem respetivas de 20,7% e 19,8%, enquanto nas ativações da SIV de Cantanhede a maioria da dor dos utentes não foi registada (18,3%). Pode-se ainda mencionar que a percentagem mais elevada de dor não avaliada apresentou-se na VMER dos HUC (16,7%).

Quanto ao **tipo de meio** pode-se verificar que a SIV socorreu 66,9% dos utentes, a VMER socorreu 32,2% e o HEM apenas socorreu uma percentagem de 0,9% utentes. Note-se que a maioria dos utentes socorridos pela SIV não apresentavam dor (88,4%) e a maioria dos utentes socorridos pela VMER a dor não foi avaliada (41,6%). Verificou-se ainda que maioritariamente numa percentagem de 53,3% a SIV apresentou utentes com dor não avaliada.

Em relação ao **sexo** pode-se constatar que 48,9% dos utentes eram do sexo masculino e 51,1% eram do sexo feminino, sendo que a maioria dos utentes do sexo masculino apresentaram algum tipo de dor (51,6%) e a maioria da dor dos utentes do sexo feminino não foi avaliada, numa percentagem de 54,5%. Constatou-se ainda que a maioria dos utentes que não viram a sua dor avaliada era do sexo feminino (53,5%).

Relativamente à **causa de dor** verificou-se que 51,9% dos utentes apresentavam a dor como causa primária para ativação dos meios de EPH, 46,4% apresentaram dor como causa secundária (chamada 112) e em 1,7% na ativação não houve referência a dor, portanto, desconhecida. Verificou-se ainda que a maioria dos utentes que apresentou dor, esta fazia parte da informação da chamada 112, como sendo causa primária para ativação do meio de emergência (54,5%).

Concernente ao **motivo de ocorrência** pode-se observar que 26,7% das ocorrências foram por trauma, 72,0% por doença médica, 0,9% por parto e 0,4% por obstrução da via aérea. Observou-se ainda que a maioria dos utentes, que sofreram trauma, apresentaram dor numa percentagem de 42,4% e a maioria dos utentes que sofriam de doença média não apresentaram dor (88,4%). O principal motivo de ocorrência em que a dor não foi avaliada foi a ocorrência médica (53,3%).

Analisando o **tipo de trauma** podemos referir que a maioria sofreu trauma por queda numa percentagem de 53,7% seguido pelos utentes que sofreram trauma por veículo ligeiro com uma percentagem de 20,9%. Dos utentes que sofreram queda a maioria não apresentou dor (66,7%), enquanto dos utentes que sofreram trauma por veículo ligeiro a maioria apresentou dor (22,2%). Foram também os utentes que sofreram quedas que apresentaram uma percentagem mais elevada de dor não avaliada (48,6%).

No que toca à **localização do trauma** constatou-se que as partes do corpo mais afetadas foram os membros inferiores numa percentagem de 27,5% e a cabeça com uma percentagem de 19,2%. Dos utentes que apresentaram dor, a maioria sofreu trauma a nível dos membros inferiores (30,6%), enquanto a maioria dos utentes, que referiu não ter dor, apresentou trauma a nível da cabeça (42,9%). A principal localização da qual não se procedeu à avaliação da dor foi ao nível da cabeça numa percentagem de 40,0%.

Através da análise do Quadro 5, podemos referir que as principais **causas de doença médica** foram a cardíaca com uma percentagem de 26,4% e a respiratória com 25,2%, sendo que a maioria dos utentes com causa cardíaca apresentaram dor (62,2%), enquanto dos utentes que apresentaram causa respiratória, na maioria, a dor não foi avaliada (39,3%). Refira-se ainda que a maioria dos utentes que não viu a sua dor avaliada apresentava queixa de origem respiratória numa percentagem de 39,8%:

Tendo em consideração a **modalidade de avaliação da intensidade dolorosa** pode-se verificar que em 38,2% dos utentes foi utilizada a escala numérica, em 9,7% foi utilizada a escala qualitativa e em 52,1%, ou seja, na maioria dos utentes, não foi utilizada nenhuma escala. Verificou-se ainda que na maioria dos utentes que apresentaram dor, nenhuma escala de intensidade foi utilizada (52,0%).

Referente à **intensidade da dor na primeira avaliação** pode-se verificar que 9,3% dos utentes não apresentaram dor, 48,6% apresentou dor ligeira, 24,6% dor moderada a intensa e 19,5% apresentou dor intensa a máxima. Denote-se ainda que a maioria dos utentes que apresentaram dor, esta era uma dor ligeira (47,8%).

Quadro 5 - Avaliação ou não da dor

	DOR AVALIADA (n=338)						DOR NÃO AVALIADA (n=215)		Total (n=553)	
	Dor presente (n=217)		Dor ausente (n=121)		Total (n=338)		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%				
Meio ativado										
SIV Tondela	34	15,7	25	20,7	59	17,5	13	6,0	72	13,0
SIV Cantanhede	38	17,5	14	11,6	52	15,4	37	12,7	89	16,1
SIV Seia	14	6,5	11	9,1	25	7,4	28	13,0	53	9,6
SIV Peniche	23	10,6	33	27,3	56	16,6	7	3,3	62	11,4
SIV Pombal	31	14,3	24	19,8	55	16,3	30	14,0	85	15,4
VMER HUC	21	9,7	3	2,5	24	7,1	36	16,7	60	10,0
VMER CHC	20	13,4	6	5,0	35	10,4	24	11,2	59	10,7
VMER Aveiro	26	12,0	5	4,1	31	9,2	33	15,3	64	11,6
HEM Aguiar da Beira	1	0,5	-	--	1	0,3	7	3,3	8	1,4
Tipo de meio										
HEM	1	0,5	-	-	1	0,3	7	3,3	8	1,4
SIV	140	64,5	107	88,4	247	73,1	115	53,3	362	65,5
VMER	76	35,0	14	11,6	90	26,6	93	43,2	183	33,1
Sexo										
Masculino	112	51,6	60	49,6	172	50,9	99	46,5	271	49,2
Feminino	105	48,4	61	50,4	166	49,1	114	53,5	280	50,8
Motivo de ocorrência										
Trauma	92	42,4	13	10,7	105	31,1	41	19,2	146	26,4
Médica	123	56,7	107	88,4	230	68,0	168	78,5	398	72,1
Parto	2	0,9	-	-	2	0,6	4	1,9	6	1,1
OVA	-	-	1	0,8	1	0,3	1	0,5	2	0,4
Causa da dor										
Primária	115	54,5	5	50,0	120	54,3	2	13,3	122	57,1
Secundária	96	45,5	5	50,0	101	45,7	8	53,3	109	46,2
Desconhecida	-	-	-	-	-	-	5	33,3	5	2,1
Ou										
Queda	49	54,4	6	66,7	55	55,6	18	48,6	73	53,7
Veículo de 2 rodas	8	8,9	1	11,1	9	9,1	5	13,5	14	10,3
Veículo Ligeiro	20	22,2	1	11,1	21	21,2	8	21,6	29	21,3
Atropelamento	5	5,6	-	-	5	5,1	1	2,7	6	4,4
Lesão desportiva	1	1,1	-	-	1	1,0	-	-	1	0,7
Queimadura	2	2,2	-	-	2	2,0	1	2,7	3	2,2
Máquina agrícola	4	4,4	1	11,1	5	5,1	-	-	5	3,7
Agressão	-	-	-	-	-	-	4	10,8	4	2,9
Atingimento por objeto	1	1,1	-	-	1	1,0	-	-	1	0,7
Localização										
Politraumatizado	14	16,5	-	-	14	15,2	6	20,0	2	16,4
Face	6	7,1	1	14,3	7	7,6	3	10,0	10	8,2
Cabeça	10	11,8	3	42,9	13	14,1	12	40,0	25	20,5
Pescoço	3	3,5	-	-	3	3,3	-	-	3	2,5
Tórax	8	9,4	-	-	8	8,7	-	-	8	6,6
Abdómen	1	1,2	-	-	1	1,1	-	-	1	0,8
Cintura pélvica	3	3,5	-	-	3	3,3	-	-	3	2,5
Membros superiores	6	7,1	1	14,3	7	7,6	1	3,3	8	6,6
Membros inferiores	26	30,6	-	-	26	28,3	7	23,3	33	27,0
Não registado	2	2,4	1	14,3	3	3,3	-	-	3	2,5
Dorso lombar	6	7,1	1	14,3	7	7,6	1	3,3	8	6,6
Tipo de causa médica										
Cardíaca	79	62,2	15	14,0	94	40,2	14	8,2	108	26,7
Respiratória	6	4,7	30	28,0	36	15,4	68	39,8	104	25,7
Abdominal/Genito-	18	14,2	4	3,7	22	9,4	6	3,5	28	6,9

urinária										
Cefaleia	4	3,1	-	-	4	1,7	1	0,6	5	1,2
Oncológica (tumores ou MTT)	1	0,8	-	-	1	0,4	-	-	1	0,2
Extremidades	-	-	-	-	-	-	2	1,2	2	0,5
Gravidez/TP	3	2,4	1	0,9	4	1,7	5	2,9	9	2,2
Convulsão	1	0,8	4	3,7	5	2,1	9	5,3	14	3,5
Não Registada	4	3,1	8	7,5	12	5,1	7	4,1	19	4,7
PSC recuperada	3	2,4	30	28,0	33	14,1	25	14,6	58	14,3
Central/neurológico	2	1,6	2	1,9	4	1,7	5	2,9	9	2,2
Hipoglicémia	-	-	3	2,8	3	1,3	14	8,2	17	4,2
Hemorragia	3	2,4	5	4,7	8	3,4	8	4,7	16	4,0
Problemas Psiquiátricos	1	0,8	4	3,7	5	2,1	4	2,3	9	2,2
Febre	2	1,6	1	0,9	3	1,3	2	1,2	5	1,2
Défice motor/neurológico.	-	-	-	-	-	-	1	0,6	1	0,2
Modalidade de avaliação da intensidade dolorosa										
Escala numérica	79	38,7	4	44,4	83	39,0	-	-	83	37,9
Escala qualitativa	19	9,3	2	22,2	21	9,9	-	-	21	9,6
Nenhuma	106	52,0	3	33,3	109	51,2	6	100,0	115	52,5
Intensidade										
Sem dor	8	7,0	3	100,0	11	9,3	-	-	-	-
Dor ligeira	55	47,8	-	-	55	46,6	-	-	-	-
Dor moderada a intensa	29	25,2	-	-	29	24,6	-	-	-	-
Dor intensa a máxima	23	20,0	-	-	23	19,5	-	-	-	-

2.1.2 – Características da dor avaliadas

Relativamente à **modalidade de avaliação da intensidade dolorosa** pode-se verificar que quanto ao trauma 43,0% dos utentes tiveram a dor avaliada pela escala numérica, 7,5% dos utentes pela escala qualitativa e em 49,5% dos casos, não foi usada escala. Quanto aos utentes vítimas de doença médica, pode-se observar que 33,9% foi avaliada a dor pela escala numérica, 11,3% pela escala qualitativa e 54,8% sem recurso a escala de intensidade.

No que concerne a **intensidade da dor** pode-se observar que maioritariamente os utentes com trauma apresentaram uma dor ligeira com uma percentagem de 42,6% e uma dor moderada ou intensa com 35,2%, enquanto os utentes com doença médica, a maioria apresentou uma dor ligeira numa percentagem de 50,8%. No trauma foram verificadas mais situações de dor intensa a máxima (20,4%), comparativamente à doença médica com 17,5% das situações com esta intensidade avaliada.

No que diz respeito à **localização** da dor pode-se constatar que em 93,5% dos utentes a localização foi descrita, com uma percentagem de 94,7% nos utentes com trauma, uma percentagem de 92,5% de utentes com doença médica e 100,0% nas situações de parto.

A **irradiação** da dor mostra-nos que 41,6% dos utentes ativeram a descrição da irradiação da sua dor, pertencendo 27,2% a vítimas de com trauma apresentaram e 52,5% a utentes com doença médica.

A tabela que se segue mostra-nos que em 47,7% dos utentes a dor foi categorizada quanto ao seu **tipo**. Mostra-nos ainda que, o tipo de dor foi descrito maioritariamente na doença médica, numa percentagem de 49,2%.

Tendo em consideração os **fatores de alívio**, podemos referir que 34,4% dos utentes com trauma e 40,3% dos utentes com doença médica tiveram registados os fatores de alívio da dor sentida.

Refira-se que apenas 39,2% dos utentes com dor apresentaram **sintomas concomitantes**, sendo que destes 37,8% eram vítimas de trauma e 40,8% de doença médica.

Averiguou-se ainda, quanto às **manifestações da dor** que estas foram registadas em 49,5% com uma maior percentagem nos utentes com trauma (54,4%).

Quadro 6 – Características da dor avaliadas segundo o tipo de ocorrência

	Trauma (n=93)		Médica (n=124)		Parto (n=2)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Modalidade de avaliação da intensidade dolorosa								
Escala numérica	40	43,0	42	33,9	1	50,0	83	37,9
Escala qualitativa	7	7,5	14	11,3	-	-	21	9,6
Nenhuma	46	49,5	68	54,8	1	50,0	115	52,5
Intensidade								
Sem dor	1	1,9	10	15,9	-	-	11	9,3
Dor ligeira	23	42,6	32	50,8	-	-	55	46,6
Dor moderada a intensa	19	35,2	10	15,9	-	-	29	24,6
Dor intensa a máxima	11	20,4	11	17,5	1	100,0	23	19,5
Localização								
Sim	90	94,7	111	92,5	2	100,0	203	93,5
Não registada	5	5,3	9	7,5	-	-	14	6,5
Irradiação								
Sim	25	27,2	63	52,5	1	50,0	89	41,6
Não registada	67	72,8	57	47,5	1	50,0	125	58,4
Tipo de dor								
Sim	43	43,7	59	49,2	-	-	102	47,7
Não registado	49	53,3	61	50,8	2	100,0	112	52,3
Fatores de alívio								
Sim	31	34,4	48	40,3	-	-	79	37,4
Não registado	59	65,6	71	59,7	2	100,0	132	62,6
Sintomas concomitantes								
Sim	34	37,8	49	40,8	-	-	83	39,2
Não registado	65	62,2	71	59,2	2	100,0	129	60,8
Manifestações de dor								
Sim	49	54,4	55	45,8	1	50,0	105	49,5
Não registadas	41	45,6	65	54,2	1	50,0	107	50,5

Portanto, as principais características de dor avaliadas/registadas foram a localização (93,5%), as manifestações (49,5%), o tipo de dor (47,7%), intensidade (47,5%) e sintomas concomitantes (39,2%).

2.1.3 – Análise da intensidade da dor

Quanto ao **sexo**, verificou-se que a maioria dos utentes do sexo masculino apresentou dor ligeira (54,5%), enquanto os utentes do sexo feminino apresentavam-se maioritariamente sem dor (72,7%).

Ao nível do **motivo de ocorrência**, constatou-se que, dos utentes que sofreram trauma, a maioria possuía uma dor moderada a intensa (65,5%). Por sua vez, dos utentes que apresentaram doença médica, a maioria não apresentou dor (90,9%).

Verificou-se que dos **traumas** que ocorreram, a maioria foi por queda (62,3%) e por veículo ligeiro (20,8%), sendo que, dos utentes que sofreu algum tipo de queda, a maioria apresenta dor intensa a máxima (81,8%) e dos utentes que sofreram trauma por veículo ligeiro a sua maioria apresentou dor ligeira (30,4%).

Em relação à **localização**, verificou-se que a maioria dos utentes apresentou politraumatismos (23,5%) e com trauma a nível dos membros inferiores (27,5%). A maioria dos utentes politraumatizados apresentou dor intensa a máxima (40,0%), sobressaindo também os utentes com trauma a nível dos membros inferiores, os quais apresentaram dor moderada a intensa (41,2%).

Analisando as principais **causas de doença médica**, verificou-se que, na causa cardíaca, prevaleceram os utentes com dor moderada a intensa (75,0%), enquanto os utentes com causa abdominal/genito-urinária apresentaram maioritariamente uma dor intensa a máxima (15,2%).

A **localização da dor de foro médico** apresentou-se maioritariamente a nível do tórax (57,9%) e a nível do abdómen (22,8%). Dos utentes que localizaram a dor a nível do tórax, a maioria referiu, no momento da avaliação, dor moderada a intensa (80,0%), enquanto a maioria dos utentes com dor a nível do abdómen apresentou dor intensa a máxima (25,0%).

Referente às **medidas de alívio da dor**, constatou-se que em 10,8% dos utentes foram utilizadas medidas farmacológicas, em 34,2% medidas não farmacológica, em 27,9% associaram-se medidas farmacológicas e não farmacológicas e em 27,0% dos casos não foram registadas medidas de alívio. Note-se que a maioria dos utentes com dor ligeira foi submetida a medidas não farmacológicas (47,3%), enquanto a maioria dos utentes com dor

moderada intensa e dor intensa a máxima foi submetida a medidas farmacológicas e não farmacológicas (34,5%; 71,4%, respetivamente).

Relativamente às **medidas farmacológicas**, podemos referir que as mais utilizadas foram o paracetamol EV (51,2%) e a conjugação da morfina e a metoclopramida (22,0%). Refira-se ainda que, no caso dos utentes a quem foi administrado o paracetamol, a maioria tinha uma dor moderada a intensa (53,8%). No caso dos utentes a quem foi administrada a morfina junto com a metoclopramida, a maioria possuía uma dor intensa a máxima (41,2%).

Quadro 7 – Análise da intensidade da dor

	Sem dor (n=11)		Dor ligeira (n=5)		Dor moderada a intensa (n=29)		Dor intensa a máxima (n=23)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Masculino	3	27,3	30	54,5	14	48,3	11	47,8	58	49,2
Feminino	8	72,7	25	45,5	15	51,7	12	52,2	60	50,8
Motivo de ocorrência										
Trauma	1	9,1	23	41,8	19	65,5	11	47,8	54	45,8
Médica	10	90,9	32	58,2	10	34,5	11	47,8	63	53,4
Parto	-	-	-	-	-	-	1	4,3	1	0,8
Tipo de trauma										
Queda	-	-	14	60,9	10	55,6	9	81,8	33	62,3
Veículo de 2 rodas	-	-	1	4,3	1	5,6	1	9,1	3	5,7
Veículo Ligeiro	1	100,0	7	30,4	-	-	-	-	8	20,8
Atropelamento	-	-	-	-	1	5,6	1	9,1	2	3,8
Queimadura	-	-	-	-	1	5,6	-	-	1	1,9
Máquina agrícola	-	-	1	4,3	2	11,1	-	-	3	5,7
Localização										
Politraumatizado	-	-	4	17,4	4	23,5	4	40,0	12	23,5
Face	-	-	2	8,7	2	11,8	-	-	4	7,8
Cabeça	-	-	3	13,0	1	5,9	1	10,0	5	9,8
Pescoço	1	100,0	1	4,3	-	-	-	-	2	3,9
Tórax	-	-	3	13,0	2	11,8	2	20,0	7	13,7
Abdómen	-	-	1	4,3	-	-	-	-	1	2,0
Membros superiores	-	-	2	8,7	1	5,9	-	-	3	5,9
Membros inferiores	-	-	4	17,4	7	41,2	3	30,0	14	27,5
Dorso lombar	-	-	3	13,0	-	-	-	-	3	5,9
Tipo de causa médica										
Cardíaca	6	60,0	16	50,0	9	75,0	2	16,7	33	50,0
Respiratória	2	20,0	4	12,5	-	-	-	-	6	9,1
Abdominal/ Genito-urinária	-	-	4	12,5	1	8,3	5	41,7	10	15,2
Cefaleia	-	-	1	3,1	-	-	-	-	1	1,5
Oncológica (tumores ou MT)	-	-	-	-	-	-	1	8,3	1	1,5
Gravidez/TP	-	-	1	3,1	-	-	2	16,7	3	4,5
Convulsão	-	-	-	-	1	8,3	-	-	1	1,5
Não Registrada	-	-	1	3,1	-	-	1	8,3	2	3,0
PSC Recuperada	1	10,0	-	-	1	8,3	-	-	2	3,0
Central/neurológico	-	-	1	3,1	-	-	-	-	1	1,5
Hemorragia	1	10,0	2	6,2	-	-	-	-	3	4,5
Problemas Psiquiátricos	-	-	1	3,1	-	-	-	-	1	1,5
Febre	-	-	1	3,1	-	-	1	8,3	2	3,0
Localização da dor do foro médico										
Cabeça	-	-	2	7,1	-	-	-	-	2	3,5
Tórax	6	85,7	17	60,7	8	80,0	2	16,7	33	57,9
Membros superiores	-	-	-	-	-	-	1	8,3	1	1,8
Abdómen	1	14,3	7	3,6	2	20,0	3	25,0	13	22,8
Sem registo	-	-	1	3,6	-	-	4	33,3	5	8,8
Lombar	-	-	1	3,6	-	-	2	16,7	3	5,3
Medidas de alívio										
Medidas farmacológicas	1	16,7	5	9,1	3	10,3	3	14,3	12	10,8
Medidas não farmacológicas	3	50,0	26	47,3	9	31,0	-	-	38	34,2
Medidas farmacológicas e não farmacológicas	-	-	6	10,9	10	34,5	15	71,4	31	27,9
Não registado	2	33,3	18	32,7	7	24,1	3	14,3	30	27,0
Medidas farmacológicas										
DNI + Diazepam	-	-	-	-	1	7,7	-	-	1	2,4
DNI	-	-	2	18,2	2	15,4	-	-	4	9,8
Paracetamol	-	-	5	45,5	7	53,8	9	52,0	21	51,2
Paracetamol + Morfina	-	-	-	-	1	7,7	-	-	1	2,4
Paracetamol + Morfina + Metoclopramida	-	-	1	9,1	2	15,4	1	5,9	4	9,8
Morfina + Metoclopramida	-	-	2	18,2	-	-	7	41,2	9	22,0
AAS + DNI	-	-	1	9,1	-	-	-	-	1	2,4

2.1.4 – Medidas de controlo da dor

Analisaremos as medidas de controlo da dor mediante o meio de EPH e pelo tipo de ocorrência

A – Mediante o tipo de meio ativado

No que se refere às medidas **de alívio** de dor implementadas, podemos referir que, quanto ao HEM SAV, em 50,0% dos casos foram utilizadas medidas não farmacológicas e nos restantes 50,0% foram utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas. No meio SIV, a maioria das medidas utilizadas foi as não farmacológicas (39,0%); enquanto na VMER, as medidas mais utilizadas foram as farmacológicas (58,8%).

Tendo em consideração as **medidas não farmacológicas**, apurou-se que estas foram utilizadas em 47,8% dos casos, sendo que o meio que mais as utilizou foi a SIV (64,5%).

Quanto às **medidas farmacológicas**, o meio HEM apenas utilizou a morfina (100,0%), enquanto nos meios SIV e VMER utilizou-se maioritariamente o DNI (55,8%; 33,9%, respetivamente).

Averiguou-se que o **paracetamol EV** foi administrado a 49 utentes (96,1%), a **morfina EV** foi administrada a 37 utentes (97,4%) e a **metoclopramida** foi administrada a 28 utentes (100,0%).

A **imobilização** foi aplicada a 73 utentes (94,8%), a técnica **frio ou calor** foi aplicada a 15 utentes (100,0%), os **posicionamentos** a 14 utentes (100,0%) e por fim, o **controlo respiratório** foi utilizado em 3 doentes (100,0%).

Quadro 8 – Medidas de Controle da dor mediante o tipo de meio ativado

	HEM SAV		SIV		VMER		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Meio de alívio								
Medidas farmacológicas	-	-	7	5,1	47	58,8	54	24,8
Medidas não farmacológicas	1	50,0	53	39,0	2	2,5	56	25,7
Medidas farmacológicas e não farmacológicas	1	50,0	36	25,6	14	17,5	51	23,4
Não registado	-	-	40	29,4	17	21,2	57	26,1
Medidas não farmacológicas								
Sim	1	100,0	80	64,5	16	20,5	97	47,8
Não	-	-	44	35,5	62	79,5	106	52,2
Medidas farmacológicas								
Morfina	1	100,0	-	-	2	3,4	3	2,9
DNI + Diazepam	-	-	1	2,3	1	1,7	2	1,9
DNI	-	-	4	9,3	6	10,2	10	9,7
Paracetamol ev	-	-	24	55,8	21	33,9	44	42,7
Paracetamol + Morfina	-	-	1	2,3	-	-	1	1,0
Paracetamol + Morfina + Metoclopramida	-	-	5	11,6	-	-	5	4,9
Morfina + Metoclopramida	-	-	8	18,6	14	23,7	22	2,14
Morfina + DNI	-	-	-	-	2	3,4	2	1,9
Morfina	-	-	-	-	1	1,7	1	1,0
Metoclopramida + DNI	-	-	-	-	2	3,4	2	1,9
Paracetamol + DNI	-	-	-	-	1	1,7	1	1,0
Diazepam	-	-	-	-	2	3,4	2	1,9
AAS + DNI	-	-	-	-	4	6,8	4	3,9
AAS	-	-	-	-	1	1,7	1	1,0
Morfina + Diazepam	-	-	-	-	1	1,7	1	1,0
16	-	-	-	-	1	1,7	1	1,0
Paracetamol EV								
Sim	-	-	28	93,3	21	100,0	49	96,1
Não	-	-	2	6,7	-	-	2	3,9
Morfina EV								
Sim	2	100,0	13	92,9	22	100,0	37	97,4
Não	-	-	1	7,1	-	-	1	2,6
Metoclopramida								
Sim	-	-	12	100,0	16	100,0	28	100,0
Imobilização								
Sim	2	100,0	57	95,0	14	93,3	73	94,8
Não	-	-	3	5,0	1	6,7	4	5,2
Frio ou calor								
Sim	-	-	15	100,0	-	-	15	100,0
Posicionamentos								
Sim	-	-	14	100,0	-	-	14	100,0
Controlo respiratório								
Sim	-	-	3	100,0	-	-	3	100,0

B - Mediante o Tipo de Ocorrência

Concernente às **medidas de alívio da dor implementadas**, podemos referir que, nas ocorrências por trauma, foram utilizadas maioritariamente as medidas farmacológicas e não farmacológicas (42,3%); nas ocorrências por doença médica, a medidas mais utilizadas

foram as farmacológicas (37,8%) e, por fim, quanto ao parto não foram registadas medidas de alívio (100,0%).

Tendo em consideração as **medidas não farmacológicas**, refere-se que estas foram utilizadas em 47,8% dos casos, sendo que o meio que mais as utilizou foi a SIV (64,5%).

Em relação às **medidas farmacológicas**, apurou-se que estas não foram, na sua maioria, aplicadas (52,2%). Contudo, quando aplicadas, sobressaíram os casos dos utentes com trauma (76,6%).

Quadro 9 – Medidas de controlo da dor mediante o tipo de ocorrência

	Trauma		Médica		Parto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Meio de alívio								
Medidas farmacológicas	9	9,3	45	37,8	-	-	54	24,8
Medidas não farmacológicas	35	36,1	21	17,6	-	-	56	25,7
Medidas farmacológicas e não farmacológicas	41	42,3	10	8,4	-	-	51	23,4
Não registado	12	12,4	43	36,1	2	100,0	57	26,1
Medidas não farmacológicas								
Sim	72	76,6	25	23,4	-	-	97	47,8
Não	22	23,4	82	76,6	2	100,0	106	52,2
Medidas farmacológicas								
Morfina	3	6,0	-	-	-	-	3	2,9
DNI + Diazepam	-	-	2	3,8	-	-	2	1,9
DNI	-	-	10	18,9	-	-	10	9,7
Paracetamol	28	56,0	16	30,2	-	-	44	42,7
Paracetamol + Morfina	1	2,0	-	-	-	-	1	1,0
Paracetamol + Morfina + Metoclopramida	4	8,0	1	1,9	-	-	5	4,9
Morfina + Metoclopramida	13	26,0	9	17,0	-	-	22	21,4
Morfina + DNI	-	-	2	3,8	-	-	2	1,9
Morfina + Metoclopramida + DNI	-	-	2	3,8	-	-	2	1,9
Paracetamol + DNI	-	-	1	1,9	-	-	1	1,0
Diazepam	-	-	2	3,8	-	-	2	1,9
AAS + DNI	-	-	4	7,5	-	-	4	3,9
AAS	-	-	3	5,7	-	-	3	2,9
Morfina + Diazepam	1	2,0	-	-	-	-	1	1,0
16	-	-	1	1,9	-	-	1	1,0
Paracetamol EV								
Sim	33	100,0	16	88,9	-	-	49	96,1
Não	-	-	2	11,1	-	-	2	3,9
Morfina EV								
Sim	23	100,0	14	93,3	-	-	37	97,4
Não	-	-	1	6,7	-	-	1	2,6
Metoclopramida								
Sim	17	100,0	11	100,0	-	-	28	100,0
Imobilização								
Sim	72	98,6	1	25,0	-	-	73	94,8
Não	1	1,4	3	75,0	-	-	4	5,2
Frio ou calor								
Sim	12	100,0	3	100,0	-	-	15	100,0
Posicionamentos								
Sim	2	100,0	12	100,0	-	-	14	100,0
Controlo respiratório								
Sim	-	-	3	100,0	-	-	3	100,0
Sem reavaliação	8	8,9	5	4,5	-	-	13	6,4

Em síntese:

Dos 1170 utentes a quem foram enviados meios de socorro diferenciados, 553 (47,26 %) reuniram os critérios definidos para entrar no estudo da dor. Destes 215 (38,88%) não tiveram a sua dor avaliada na sua ficha clínica de pré-hospitalar. Daqueles a quem a dor foi avaliada pela equipa SIV ou SAV, 121 não manifestaram qualquer dor (21,88 %).

Encontrámos 217 utentes com dor, sendo a sua prevalência de 39,24% nos utentes cujos dados foram verificados. Maioritariamente ocorreu dor ligeira, em 48,6% das situações. A dor intensa a máxima esteve presente em 19,5 % das situações. Na maioria esta intensidade dor não foi avaliada sistematicamente com escala (52,0%) e quando o foi, foi mais usada a escala numérica, sugerida na aplicação informática em 38,2% dos casos.

Verificámos que, na maioria dos casos em que a dor não foi avaliada, 53,5% dos utentes eram do sexo feminino e que no sexo masculino, 51,6% apresentava algum tipo de dor. Nos casos dos utentes com dor, em 51,9% das situações esta fazia parte da queixa primária na chamada que motivou o envio do meio de emergência.

A dor estava maioritariamente (42,4%) presente nas situações de trauma, contrariamente às situações de doença médica em que 88,4% não tinha dor. Nas situações de trauma, as quedas foram mais frequentes e curiosamente, 48,6% destas situações os utentes não viram a sua dor avaliada. A parte do corpo onde os utentes manifestaram maioritariamente a sua dor foi a nível dos membros inferiores (30,6%). Quando a parte traumatizada foi a cabeça, muitos não tiveram a sua dor avaliada (40,0%).

Relativamente às situações de doença médica, nas situações de suspeita de origem cardíaca, os utentes tiveram, a maioria (62,2%), dor. Aqueles cuja queixa era relacionada com a parte respiratória foram os menos visados na avaliação da dor (39,8%).

2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos descrita anteriormente, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Analisadas as características gerais, relacionamos algumas de forma mais simplificada, dicotomizando-as em Quadros de 2 por 2.

2.2.1 – Fatores associados à avaliação de dor

Concernente a **idade** pode-se verificar que 35,9% dos utentes possuíam uma idade inferior a 65 anos e 64,1% possuía uma idade igual ou superior a 65 anos, sendo que na maioria dos utentes com idade inferior a 65 anos a dor foi avaliada (37,9%) e na maioria dos utentes com idade igual ou superior a 65 anos a dor não foi avaliada (67,3%). Verificou-se, ainda, que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que *p-value* foi superior a 0,050 ($p=0,130$).

No que diz respeito ao **sexo** pode-se constatar que 48,9% dos utentes eram do sexo masculino, tendo a maioria da sua dor sido avaliada (50,9%), e 51,1% dos utentes eram do sexo feminino, sendo que maioritariamente a dor não foi avaliada (54,5%). Denote-se ainda a não existência de diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,133$.

Relativamente ao **tipo de ocorrência** observou-se que 27,0% das ocorrências foram por trauma e 73,0%, ou seja, a grande maioria, foi por causa médica. Refira-se ainda das ocorrências por trauma, maioritariamente a dor foi avaliada (31,3%), enquanto nas ocorrências por causa médica a dor não foi avaliada (80,3%). Alude-se ainda ao facto de terem existido diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,002$.

Quanto ao **meio ativado** podemos referir que em 66,8% das ocorrências o meio ativado foi o SIV e em 33,1% o meio ativado foi o SAV. Dos elementos da SIV, a maioria avaliou a dor, enquanto a maioria das ocorrências do meio SAV não teve avaliação da dor (43,6%). Mencione-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que *p-value* foi inferior a 0,050 ($p=0,000$).

Referente à dor como causa de ativação de meios de EPH, verificámos que, na maioria (54,3%) das ocorrências foi causa primária e avaliada pelas equipas, enquanto em 45,7 % das situações não era causa primária de ativação do meio e foi avaliada e registada.

Apesar de ser causa primária de ativação, a dor não foi avaliada em 20% das situações. Quando não era causa primária, também as equipas dos meios de EPH não a

avaliaram em 80% dos casos. Refira-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,034$).

No que diz respeito ao **tipo de ocorrência médica** verificou-se que dos utentes que apresentaram causa cardíaca, a maioria teve a sua dor avaliada numa percentagem de 40,2%, enquanto nos utentes que apresentaram outras causas a maioria não teve a sua dor avaliada (93,3%). Verificou-se ainda a existência de diferenças estatística significativas pelo que $p=0,000$.

Na **localização da doença médica** observou-se que a dor a nível do tórax, na sua maioria, não foi registada (21,1%), enquanto em relação às outras localizações a maioria apresentou dor avaliada numa percentagem de 83,1%. Denote-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,435$).

Concernente ao **tipo de trauma** pode-se constatar que dos utentes que sofreram quedas a maioria apresentou avaliação da dor numa percentagem de 56,1% e dos utentes que sofreram traumas de outro tipo não foi avaliada a dor (51,4%). Pode-se ainda averiguar que não existiram diferenças estatísticas significativas pelo que $p=0,283$.

Quanto à **localização do trauma** refira-se que a maioria dos utentes politraumatizados não se realizou a avaliação da dor (21,4%), enquanto nos utentes que apresentaram traumas em outras localizações a maioria apresentou registo da dor numa percentagem de 84,8%. Refira-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,306$.

Relativamente ao **uso de escala para avaliação de dor** pode-se constatar que dos utentes aos quais foi avaliada a dor em 48,8% foi utilizada escala de intensidade e em 51,2% não foi utilizada qualquer tipo de escala para avaliação da intensidade da dor apresentada, podendo-se ainda afirmar que não existiram diferenças estatísticas significativas, pelo que *p-value* foi inferior a 0,050 ($p=0,072$).

Quadro 10 - Fatores associados à avaliação de dor

	Dor avaliada (n=338)		Dor não avaliada (n=202)		Total		χ^2/ p	p
	n	%	n	%	n	%		
Grupo etário								
< 65 Anos	128	37,9	66	32,7	194	35,9	1,483	0,130
≥ 65 Anos	210	62,1	136	67,3	346	64,1		
Sexo								
Masculino	172	50,9	92	45,5	264	48,9	1,445	0,133
Feminino	166	49,1	110	54,5	276	51,1		
Tipo de Ocorrência								
Trauma	105	31,3	39	19,7	144	27,0	8,561	0,002
Médica	230	68,7	159	80,3	389	73,0		
Meio ativado								
SIV	247	73,1	114	56,4	361	66,9	15,801	0,000
SAV	91	26,9	88	43,6	179	33,1		
Causa de dor na ativação (chamada 112)								
Primária Sim	120	54,3	2	20,0	122	52,8	4,516	0,034
Primária Não	101	45,7	8	80,0	109	47,2		
Tipo de ocorrência médica								
Cardíaca	94	40,2	11	6,7	105	26,4	55,169	0,000
Outra	140	59,8	152	93,3	292	73,6		
Localização doença médica								
Tórax	20	16,9	4	21,1	24	17,5	0,191	0,435
Outra	98	83,1	15	78,9	113	82,5		
Tipo de trauma								
Quedas	55	56,1	17	48,6	72	54,1	0,592	0,283
Outro	43	43,9	18	51,4	61	45,9		
Localização de trauma								
Politraumatizado	14	15,2	6	21,4	20	16,7	0,596	0,306
Outro	78	84,8	22	78,6	100	83,3		
Uso de escala para avaliação de dor								
Sim	104	48,8	-	-	104	47,9	3,751	0,072
Não	109	51,2	4	100,0	113	52,1		

2.2.2 – Fatores associados à presença de dor

Tendo por base os utentes que referiram dor pode-se verificar que 47,0% possuíam uma **idade** inferior a 65 anos e 53,0% possuía uma idade igual ou superior a 65 anos. Verificou-se ainda que a maioria dos utentes com idade igual ou superior a 65 anos a maioria não referiu dor (78,5%). Denote-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,000$.

Em relação ao **sexo** pode-se constatar que dos utentes que possuíam dor 51,6% eram do sexo masculino e 48,4% era do sexo feminino, sendo que dos utentes que não possuíam dor a maioria era do sexo feminino (50,4%). Constatou-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que p -value foi superior a 0,050 ($p=0,404$).

No **tipo de ocorrência** e tendo em conta a presença de dor observou-se que 42,8% dos utentes que referiram dor sofreram trauma e 57,2% possuíam doença médica. Dos utentes que não referiram dor a maioria pertencia ao tipo de ocorrência médica (89,2%). Observou-se ainda que, existiu uma relação entre o tipo de ocorrência e a presença de dor, pelo que, $p=0,000$.

Quanto ao **meio ativado** pode-se constatar que dos utentes que possuíam dor 64,5% foram socorridos pelo meio SIV e 35,6% foram socorridos pelo meio SAV, sendo que dos utentes que não apresentaram dor a maioria (88,4%) foi socorrida pelo meio SIV. Constatou-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que *p-value* foi inferior a 0,050 ($p=0,000$).

Referente à **dor como causa de ativação de meios de EPH**, verificámos que, na maioria (54,5%) das ocorrências em que foi causa primária, foi confirmada e estava presente. Não sendo causa primária de ativação, ainda assim, estava presente em 45,5% dos utentes socorridos. Que tenha sido causa primária ou secundária de ativação de meios, esteve ausente em metade dessas situações (50%). Mencione-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que *p-value* foi superior a 0,050 ($p=0,504$).

Respeitante ao **tipo de ocorrência** origem médica pode-se observar que 40,2% dos utentes sofreram de causa cardíaca e 59,8% de outra causa. Observou-se ainda que dos utentes que apresentaram dor, 62,2% apresentaram patologia cardíaca e 37,8% outra, enquanto a maioria dos utentes que não apresentaram dor sofreram de outras causas médicas (86,0%). Auferiu-se ainda que existe uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de causa médica e a presença de dor, pelo que $p=0,000$.

No que toca à **localização da doença médica** 16,9% destas ocorreram a nível do tórax e 83,1% ocorreram noutras localizações, sendo que a maioria dos utentes que referiram dor pertenceu a estas (82,9%). Refira-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,617$.

Através da análise do Quadro 11, pode-se constatar que 56,1% dos utentes sofreram de **trauma** por queda e 42,9% sofreram trauma por outras causas. Dos utentes que apresentaram dor 55,1% sofreram queda e 44,9% sofreram de trauma por outras causas. Pode-se ainda constatar que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que *p-value* foi inferior a 0,050 ($p=0,381$).

No que concerne a **localização de trauma** verificou-se que 15,2% dos utentes se apresentaram politraumatizados e 84,8% dos utentes sofreram trauma a outros níveis. De

referir ainda que 16,5% dos utentes que mencionaram dor apresentavam-se politraumatizados e 83,5% apresentavam trauma a outros níveis. Também a dor esteve ausente na maioria dos casos em que o utente não foi politraumatizado (84,8%). Denote-se ainda a não existência de uma relação estatística entre a localização de trauma e a presença de dor ($p=0,302$).

Na utilização de **escala para avaliação de dor** pode-se verificar que em 48,8% dos utentes esta foi utilizada e em 51,2% dos utentes não. Verificou-se ainda que em 48,0% dos utentes que apresentaram dor a escala foi utilizada e em 52,0% dos utentes que apresentaram dor a escala não foi utilizada. Averiguou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,226$.

Tendo em consideração o **tipo de escala** pode-se observar que em 79,8% dos utentes foi utilizada a escala numérica e em 20,2% dos utentes foi utilizada a escala qualitativa. Observou-se ainda que dos utentes que apresentaram dor 80,6% usou-se a escala numérica e 19,4% usou-se a escala qualitativa. Note-se ainda a não existência de diferenças estatísticas significativas pelo que $p=0,349$.

Quanto à **intensidade** da dor pode-se verificar que 55,9% dos utentes apresentaram-se sem dor ou com dor ligeira e 44,1% dos utentes apresentaram dor moderada a máxima, sendo que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que *p-value* foi inferior a 0,050 ($p=0,171$).

Quadro 11 - Fatores associados à presença de dor

	Dor presente (n=217)		Dor ausente (n=121)		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Grupo etário								
< 65 Anos	102	47,0	26	21,5	128	37,9	21,49 8	0,00 0
≥ 65 Anos	115	53,0	95	78,5	210	62,1		
Sexo							0,128	0,40 4
Masculino	112	51,6	60	49,6	172	50,9		
Feminino	105	48,4	61	50,4	166	49,1		
Tipo de Ocorrência							36,50	0,00 0
Trauma	92	42,8	13	10,8	105	31,3		
Médica	123	57,2	107	89,2	230	68,7		
Meio ativado							25,57 9	0,00 0
SIV	140	64,5	107	88,4	247	73,1		
SAV	77	35,5	14	11,6	91	26,9		
Dor na ativação dos meios de EPH							0,078	0,50 4
Causa Primária	115	54,5	5	50,0	120	54,3		
Causa não primária	96	45,5	5	50,0	101	45,7		
Tipo de ocorrência médica							56,10 3	0,00 0
Cardíaca	79	62,2	15	14,0	94	40,2		
Outra	48	37,8	92	86,0	140	59,8		
Localização doença médica							0,025	0,61 7
Tórax	18	17,1	2	15,4	20	16,9		
Outra	87	82,9	11	84,6	98	83,1		
Tipo de trauma							0,447	0,38 1
Quedas	49	55,1	6	66,7	55	56,1		
Outro	40	44,9	3	33,3	43	43,9		
Localização de trauma							1,360	0,30 2
Politraumatizado	14	16,5	-	-	14	15,2		
Outro	71	83,5	7	100,0	78	84,8		
Uso de escala para avaliação de dor							1,197	0,22 6
Sim	98	48,0	6	66,7	104	48,8		
Não	106	52,0	3	33,3	109	51,2		
Tipo de escala							0,682	0,34 9
Numérica	79	80,6	4	66,7	83	79,8		
Qualitativa	19	19,4	2	33,3	21	20,2		
Intensidade de dor							2,425	0,17 1
Sem dor a dor ligeira	63	54,8	3	100,0	66	55,9		
Dor moderada a máxima	52	45,2	-	-	52	44,1		

2.2.3 – Fatores associados à Intensidade da dor avaliada

Concernente à **idade**, verificou-se que a maioria dos utentes com menos de 65 anos apresentaram maioritariamente uma dor moderada a máxima (42,3%), enquanto aqueles com idade igual ou superior a 65 anos apresentaram, na sua maioria, sem dor ou com dor ligeira (62,1%). Não se verificaram diferenças estatísticas ($p= 0,382$).

Em relação ao **sexo**, podemos referir que a maioria dos utentes do sexo masculino apresentou-se sem dor ou com dor ligeira (50,0%) e a maioria dos utentes do sexo feminino

apresentaram dor moderada a máxima (51,9%), sendo que não existiram diferenças estatísticas significativas ($p=0,491$).

Referente ao **meio ativado**, constatou-se que quase todos os utentes socorridos pela SIV apresentou dor moderada a máxima (96,2%) e a maioria dos utentes socorridos pelo SAV não tinha dor ou apresentava com dor ligeira (9,1%). Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,228$).

No que respeita ao **tipo de ocorrência**, verificou-se que a maioria dos utentes que sofreram trauma apresentou dor moderada a máxima (58,8%), enquanto a maioria dos utentes que sofreram de causa médica não tinha dor ou apresentava com dor ligeira (63,6%). Não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,013$).

No **tipo de doença médica**, observa-se que a maioria dos utentes com queixa relacionada com doença cardíaca não referiu dor ou apresentou dor ligeira (52,4%), enquanto a maioria dos utentes que apresentaram outro tipo de doença médica apresentou dor moderada a máxima (54,2%), não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,399$).

Analisando a **localização da doença médica**, pode referir-se que a origem cardíaca mostrou prevalência de dor moderada (22,7%), não se verificaram diferenças estatísticas ($p=0,627$).

Em relação ao **tipo de trauma**, menciona-se que mais de metade dos utentes vítimas de queda apresentou dor moderada a máxima (65,5%) e a maioria dos utentes que apresentaram outro trauma mencionou não ter dor ou possuir uma dor ligeira (41,7%), sem se registarem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,400$).

Ao nível da **localização do trauma**, apurou-se que a maioria dos utentes politraumatizados apresentou dor moderada a máxima (29,6%). Nas restantes localizações, a maioria dos utentes mencionou não possuir dor ou possuir uma dor ligeira. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,0225$).

Relativamente ao **modo de avaliação da dor**, verificou-se que o uso de escala ocorreu maioritariamente na dor moderada a máxima (94,0%), No não uso de escala de intensidade de dor, prevaleceram os utentes sem dor ou com dor ligeira (16,1%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,084$).

Quanto à **escala de avaliação de dor**, verificou-se que a escala numérica foi utilizada em quase todos os utentes com uma dor moderada a máxima (95,7%), enquanto a utilização de outras escalas se verificou maioritariamente nos utentes sem dor ou com dor ligeira (30,8%). Salienta-se que houve diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

A maioria dos utentes submetidos a **medidas farmacológicas** apresentava dor moderada a máxima (40,0%) e mais de metade dos utentes, submetidos a medidas não farmacológicas, apresentou-se sem dor ou com dor ligeira a moderada (82,9%). Não se registaram diferenças estatísticas significativas ($p=0,087$).

Por último, pode mencionar-se que tanto o **paracetamol EV**, como a **morfina EV** foram administrados maioritariamente em utentes com dor moderada a máxima, com percentagens de 38,5% e 21,2%. Refere-se, ainda, que não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,002$).

Portanto, encontrámos com significado estatisticamente significativo, associadas à intensidade de dor nula ou ligeira, as situações de doença médica. Por outro lado, associadas à intensidade dolorosa moderada a máxima: tratar-se de situações de trauma, ser utilizada a escala numérica e o controlo farmacológico efetuado com recurso ao paracetamol e morfina.

Quadro 12 - Fatores associados à intensidade de dor

	Sem dor a dor ligeira (n=66)		Dor moderada a máxima (n=52)		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Grupo etário								
< 65 Anos	25	37,9	22	42,3	47	39,8	0,238	0,382
≥ 65 Anos	41	62,1	30	57,7	71	60,2		
Sexo								
Masculino	33	50,0	25	48,1	58	49,2	0,043	0,491
Feminino	33	50,0	27	51,9	60	50,8		
Meio ativado								
SIV	60	90,9	50	96,2	110	93,2	1,266	0,228
SAV	6	9,1	2	3,8	8	6,8		
Tipo de ocorrência								
Trauma	24	36,4	30	58,8	54	46,2	5,840	0,013
Médica	42	63,6	21	41,2	63	53,8		
Tipo de doença médica								
Cardíaca	22	52,4	11	45,8	33	50,0	0,262	0,399
Outra	20	47,6	13	54,2	33	50,0		
Localização médica								
Origem cardíaca	8	22,9	5	22,7	13	22,8	0,000	0,627
Outra origem	27	77,1	17	77,3	44	77,2		
Tipo de trauma								
Queda	14	58,3	19	65,5	33	62,3	0,288	0,400
Outro trauma	10	41,7	10	34,5	20	34,5		
Localização do trauma								
Politraumatizado	4	16,7	8	29,6	12	23,5	1,187	0,225
Outra localização	20	83,3	19	70,4	39	76,5		
Modo de avaliação da dor								
Uso de escala	52	83,9	47	94,0	99	88,4	2,768	0,084
Sem uso de escala	10	16,1	3	6,0	13	11,6		
Escala de avaliação de dor								
Escala numérica	36	69,2	45	95,7	81	81,8	11,666	0,000
Outra	16	30,8	2	4,3	18	18,2		
Medidas de alívio								
Medidas farmacológicas	6	17,1	6	40,0	12	24,0	3,008	0,087
Medidas não farmacológicas	29	82,9	9	60,0	38	76,0		
Paracetamol EV								
Sim	4	6,1	20	38,5	24	20,3	18,845	0,000
Não	62	93,9	32	61,5	94	79,7		
Morfina EV								
Sim	2	3,0	11	21,2	13	11,0	9,745	0,002
Não	64	97,0	41	78,8	105	89,0		

2.2.4 – Fatores associados às medidas de controlo da dor implementadas

No que toca ao **tipo de ocorrência médica** pode-se verificar que as medidas farmacológicas foram maioritariamente utilizadas na doença cardíaca numa percentagem de 86,7%, enquanto as medidas não farmacológicas foram mais utilizadas nas restantes doenças (52,2%). Verificou-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,011$.

Em relação à **localização da doença médica** podemos mencionar que a maioria dos utentes que apresentaram dor a nível do tórax foram submetidos a medidas não farmacológicas (28,3%) e a maioria dos utentes que apresentaram doença médica noutras localizações foram submetidos a medidas farmacológicas numa percentagem de 92,3%. Pode-se ainda mencionar que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,067$.

Referente ao **tipo de trauma** pode-se auferir que a maioria dos utentes que sofreram quedas foram submetidos a medidas não farmacológicas numa percentagem de 51,4%, enquanto a maioria dos utentes com outros tipos de trauma foram submetidos a medidas farmacológicas (66,7%). Note-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que p -value foi superior a 0,050 ($p=0,278$).

Analisando a tabela que se segue podemos observar que a maioria dos utentes politraumatizados foi submetida a medidas não farmacológicas numa percentagem de 18,8% e a maioria dos utentes com traumatismos noutras localizações foi submetida a medidas farmacológicas numa percentagem de 88,9%. Observou-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,512$.

Quanto ao **uso de escala para avaliação de dor** pode-se constatar que quando usada escala numérica a maioria foi submetida a medidas não farmacológicas numa percentagem de 64,2%, sendo que se verificaram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,000$.

Relativamente ao **tipo de escala** utilizada pode-se averiguar que a maioria dos utentes a quem foi aplicada a escala numérica foi submetida a medidas não farmacológicas com uma percentagem de 79,4%, enquanto a maioria dos utentes avaliados por escala qualitativa foi submetida a medidas farmacológicas numa percentagem de 44,4%. Note-se que não existiram diferenças estatísticas significativas pelo que $p=0,152$.

Quanto à **intensidade** de dor, constatou-se que a maioria dos utentes que se apresenta sem, submetidos a medidas não farmacológicas (76,3%), enquanto a maioria dos utentes com dor moderada a máxima foram submetidos a medidas farmacológicas (50,0%). Por fim, podemos ainda referir que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que p -value foi superior a 0,050 ($p=0,087$).

Quadro 13 – Fatores associados às medidas de controlo da dor implementadas

	Medidas farmacológicas (n=45)		Medidas não farmacológicas (n=23)		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Tipo de ocorrência médica								
Cardíaca	39	86,7	11	47,8	50	73,5	11,787	0,011
Outra	6	13,3	12	52,2	18	26,5		
Localização doença médica								
Tórax	3	7,7	5	26,3	8	13,8	3,727	0,067
Outra	36	92,3	14	73,7	50	86,2		
Tipo de trauma								
Quedas	3	33,3	18	51,4	21	47,7	0,940	0,278
Outro	6	66,7	17	48,6	23	52,3		
Localização de trauma								
Politraumatizado	1	11,1	6	18,8	7	17,1	0,290	0,512
Outro	8	88,9	26	81,2	34	82,9		
Uso de escala para avaliação de dor								
Sim	9	17,6	34	64,2	43	41,3	23,177	0,000
Não	42	82,4	19	35,8	61	58,7		
Tipo de escala								
Numérica	5	55,6	27	79,4	32	74,4	2,127	0,152
Qualitativa	4	44,4	7	20,6	11	25,6		
Intensidade de dor								
Sem dor a ligeira	6	50,0	29	76,3	35	70,0	3,008	0,087
Dor moderada a máxima	6	50,0	9	23,7	15	30,0		

2.2.5 – Fatores associado à reavaliação da dor

Respeitante à **idade** pode-se constatar que a maioria dos utentes a quem a dor foi reavaliada possuía maioritariamente uma idade igual ou superior a 65 anos com uma percentagem de 52,8%. Constatou-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,408$.

Relativo ao **meio ativado** pode-se verificar que a maioria dos utentes a quem a dor foi reavaliada foi socorrida pelo meio SIV numa percentagem de 77,8%, sendo que o meio SAV maioritariamente não registou qualquer tipo de reavaliação numa percentagem de 47,0%. Existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Quanto ao **tipo de ocorrência**, constatou-se que a maioria dos utentes que sofreram trauma foram tive reavaliação da dor numa percentagem de 50,0%, enquanto a maioria dos utentes com doença médica a sua dor não foi reavaliada numa percentagem de 56,8%. Pode-se ainda referir que não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0,215$).

Em relação ao **tipo de trauma**, observou-se que a maior percentagem de utentes, a quem a dor foi reavaliada, foi vítima de queda (60,0%). Obteve-se um $p=0,292$, significando que não há diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao **tipo de escala**, apurou-se que a reavaliação da dor apresentou uma percentagem mais elevada quando usada a escala numérica (80,0%), assim como na não reavaliação (81,4%). Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,539$).

Tendo por base a **intensidade de dor**, refere-se que a maioria das reavaliações ocorreu nos utentes com dor moderada a máxima (53,7%), enquanto a maioria das não reavaliações ocorreu nos utentes sem dor a dor ligeira (60,4%). Obteve-se um $p=0,103$, permitindo afirmar que não existem diferenças estatísticas significativas.

No que diz respeito às **medidas de alívio**, apurou-se que a maioria das reavaliações ocorreu nos utentes submetidos a medidas não farmacológicas (59,0%), enquanto a maioria das não reavaliações ocorreu nos utentes submetidos a medidas farmacológicas (55,9%). Os resultados mostram também um $p=0,100$, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas.

Quanto ao **paracetamol EV**, o mesmo foi administrado a 26,4% dos utentes que viram a sua dor reavaliada. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,316$).

No que se refere à **morfina EV**, constatou-se que, dos utentes a quem foi reavaliada a dor, 25,0% estiveram em contato com a morfina EV. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,022$).

Por fim, e analisando a **eficácia das medidas**, observa-se que a maioria dos utentes submetidos a reavaliação da dor manifestou alívio da dor (79,2%). Existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Quadro 14 - Fatores associado à reavaliação da dor

	Sim (n=72)		Não registado (n=134)		Total		X ²	p
	N	%	n	%	N	%		
Grupo etário								
< 65 Anos	34	47,2	67	50,0	101	49,1	0,145	0,408
≥ 65 Anos	38	52,8	67	50,0	105	51,0		
Sexo								
Masculino	38	52,8	71	53,0	109	52,9	0,001	0,547
Feminino	34	47,2	63	47,0	97	47,1		
Meio ativado								
SIV	56	77,8	71	53,0	127	61,7	12,176	0,000
SAV	16	22,2	63	47,0	79	38,3		
Tipo de Ocorrência								
Trauma	36	50,0	57	43,2	93	45,6	0,873	0,215
Médica	36	50,0	75	56,8	111	54,4		
Tipo de ocorrência médica								
Cardíaca	27	71,1	47	61,0	74	64,3	1,112	0,199
Outra	11	28,9	30	39,0	41	35,7		
Localização doença médica								
Tórax	5	14,7	9	14,5	14	14,6	0,001	0,601
Outra	29	85,3	53	85,5	82	85,4		
Tipo de trauma								
Quedas	21	60,0	29	51,8	50	54,9	0,587	0,292
Outro	14	40,0	27	48,2	41	45,1		
Localização de trauma								
Politraumatizado	11	33,3	4	7,3	15	17,0	9,906	0,002
Outro	22	66,7	51	92,7	73	83,0		
Tipo de escala								
Numérica	40	80,0	35	81,4	75	80,6	0,029	0,539
Qualitativa	10	20,0	8	18,6	18	19,4		
Intensidade de dor								
Sem dor a dor ligeira	25	46,3	32	60,4	57	53,3	2,130	0,103
Dor moderada a máxima	29	53,7	21	30,6	50	46,7		
Medidas de alívio								
Medidas farmacológicas	16	41,0	38	55,9	54	50,5	2,188	0,100
Medidas não farmacológicas	23	59,0	30	44,1	53	49,5		
Paracetamol EV								
Sim	19	26,4	30	22,4	49	23,8	0,414	0,316
Não	53	73,6	104	77,6	157	76,2		
Morfina EV								
Sim	18	25,0	17	12,7	35	17,0	5,035	0,022
Não	54	75,0	117	87,3	171	83,0		
Eficácia das medidas								
Referência a alívio da dor	57	79,2	1	0,8	58	28,6	174,366	0,000
Sem registo de reavaliação	4	5,6	128	97,7	132	65,0		
Referência a dor mantida	11	15,3	2	1,5	13	6,4		

3 - DISCUSSÃO

Após a apresentação estatística dos resultados apurados, passamos a fazer a sua apreciação crítica, tendo em conta o referencial teórico exposto na primeira parte deste trabalho.

No que se refere à discussão metodológica, começamos por referir que o objetivo inicial era fazer a análise dos registos dos utentes a quem foram enviados meios de EPH: HEM, SIV e VMER, do INEM, IP pelo CODU Coimbra, durante o mês de Janeiro de 2012. Contudo, uma remodelação na aplicação informática Mobile-Clinic®, de onde colhemos os dados, extinguiu o acesso remoto e impossibilitou a totalidade dessa colheita. Outra dificuldade metodológica prendeu-se com a demora no processo de abertura e fecho individual de cada ficha na aplicação informática, através da inserção do número, presente na listagem fornecida.

A metodologia teve de ser adaptada às dificuldades metodológicas e à limitação imprevista do tempo da colheita de dados, que limitou necessariamente o seu tamanho e heterogeneia. Trabalhámos os dados possíveis. Portanto, relativamente à amostra, não foi probabilística, carecendo para isso de mais dados, a nível nacional, para a determinar, que não dispúnhamos. Portanto, dadas estas limitações não podemos extrapolar para a população os resultados obtidos.

Tentou saber-se o tempo de contacto do profissional com a vítima, para saber, mediante os tempos de ação dos fármacos usados, e a reavaliação consistente da dor, a sua diminuição e relacioná-la com a medida terapêutica. Foi-nos impossível estabelecer esse tempo, pois as horas de ativação dos meios não coincidem com as do Mobile-Clinic®. Por outro lado, os registos são feitos muitas vezes posteriormente às intervenções realizadas, não sendo uma prioridade, quando está em causa estabilizar uma situação de emergência.

Deparámo-nos com equipas heterogéneas, de acordo com a localização geográfica, e entre si, com discrepância notória quanto aos registos, apesar de todos na mesma aplicação, são diferentes e, por vezes, muito escassos.

Apesar de termos tido como referência o estudo de Galinski et al (2010), os dados não podem ser diretamente comparáveis, pela sua natureza diferente: este é retrospectivo e o outro prospetivo, em que todos os profissionais tinham conhecimento que o integravam, preenchendo obrigatoriamente, em cada ocorrência, uma grelha própria para o efeito, referente à avaliação em duas escalas diferentes da dor, das medidas implementadas e

avaliação do efeito a partir da reavaliação da dor imediatamente antes de “entregar” o utente na unidade de saúde.

Caracterizando a amostra global, deparámo-nos com muitas fichas em branco, por falha no registo/ transmissão de dados, que inviabilizou a análise de 122 utentes, correspondente a 10,43% da amostra, necessariamente entre os excluídos do estudo, numa primeira fase. No momento em análise, o sistema estava em fase de implementação, acreditamos que se fosse hoje feita a colheita de dados, estas situações seriam mais reduzidas, estando, atualmente, o sistema informático está mais fiável.

Na segunda fase, excluímos 617 utentes, (52,73% da amostra inicial), sobretudo por alteração do estado de consciência (n=212) e PCR (n=136). Nas situações de alteração do estado de consciência (18,11%), sobretudo numa faixa etária mais elevada (que tem associado aumento de doenças degenerativas e demências), presença de dificuldade respiratória e causa médica central/ neurológica, alertam, para futuramente procurarmos alternativas para reconhecimento, valorização e avaliação da intensidade dolorosa, mas com escalas adaptadas, por exemplo do tipo comportamental (Galinski, 2011)

Também o IASP, (2011). na abordagem da dor aguda em emergência, propõe para subgrupos específicos: bebés e crianças, com problemas cognitivos e os idosos possuem risco aumentado para o tratamento inadequado da dor. Instrumentos específicos, tais como a FLACC e PAINAD, que medem comportamentos específicos relacionados à dor, são necessários para avaliar a dor nessas populações.

Todos estes fatores contribuíram para a redução da nossa amostra, mas permitiu analisar os dados dos utentes considerados com maior probabilidade de ter valorizada e avaliada a dor, sem mais motivos de dispersão, o que julgamos ter sido importante.

Dando início aos resultados da análise descritiva, constatámos que dos 1170 utentes a quem foram enviados meios de socorro diferenciados 553 (47,26 %) reuniram os critérios definidos para entrar no estudo da dor.

Assim, analisámos os 553 utentes e destes 215 (38,88%) não tiveram a sua dor avaliada na ficha clínica de pré-hospitalar. Daqueles a quem foi avaliada, pela equipa SIV ou SAV, 121 não manifestaram qualquer dor (21,88 %).

Estes dados de dor não registada, desde logo, nos permitem perceber que há muito a melhorar ao nível da valorização, mensuração, registo e, conseqüentemente, intervenção, nos utentes em EPH, na medida em que não consta da avaliação inicial, à semelhança dos outros sinais vitais, em 38,88% dos utentes capazes de fazer o autorrelato dessa dor. Isto merece a nossa reflexão, pois fica abaixo da maioria dos estudos consultados,

nomeadamente de Siriwardena et al., (2010), que se ficou pelos 22,7% dos utentes sem registo de avaliação, apesar de só estudarem as entidades mais associadas a dor intensa em EPH, como traumatismos da anca e SCA.

Efetivamente o reconhecimento e valorização da dor deve ser traduzida no seu registo de avaliação.

Encontrámos 217 utentes com dor, sendo **a sua prevalência de 39,24%** nos utentes cujos dados foram verificados, em janeiro de 2012, assistidos por meios diferenciados de EPH da região Centro, do INEM.

Maioritariamente, ocorreu dor ligeira em 48,6% das situações; moderada a intensa em 24,6% dos casos, e a dor intensa a máxima ocorreu em 19,5%. Todavia, verificou-se uma discrepância efetiva entre a dor como motivo de ativação do meio INEM (na chamada 112) onde esta foi causa primária de ativação em 51,9% dos casos, não se encontrando registo em 60,76% das situações.

Fazendo-se uma comparação com os estudos encontrados, podemos dizer que há uma conformidade entre o valor encontrado, em termos de prevalência da dor, na presente investigação, e os de Galinski et al. (2010), os quais obtiveram um valor de 42%. Outros estudos mais específicos referem que, numa em cada cinco emergências (cerca de 20%), os utentes apresentam dor moderada a severa (Bendall, Simpson e Middleton, 2011). Noutros são encontrados sintomas de dor presentes em dois terços (cerca de 66,6%) dos utentes assistidos em emergência pré-hospitalar (Marinangeli et al., 2011). Cordell et al. (2002) encontraram dor em 61,2% em doentes à chegada ao serviço de urgência. Siriwardena et al. (2010) encontraram dor em três quartos (75%) dos utentes avaliados, mas referira-se que este elevado valor foi associado unicamente a situações de suspeita de fratura “da anca” e síndrome coronária aguda. Estas situações no âmbito do trauma e da doença médica, respetivamente, foram também verificadas no presente estudo, como principais entidades em que se verificou a existência de dor. Também para Fernandez et al. (2010), as situações em que a dor adquire particular relevo, ou seja, onde ocorre com mais frequência, são a cardiopatia isquémica e traumatismos. No mesmo sentido, Berben et al. (2011) também encontraram, uma prevalência elevada de dor em trauma.

Um dos dados obtidos, mais dissonante com os estudos consultados, foi o valor de dor intensa a máxima, em apenas 19,5 % dos utentes socorridos. Galinski et al., (2010) encontraram-na presente em 53% dos utentes mas todos os que entraram nesse estudo tinham ficha de registo obrigatório de dor, para assim poderem ser incluídos, o que pode ter feito a diferença. Mas também sabemos, que nos serviços de urgência, a prevalência de

dor intensa, encontrada nos estudos publicados é alta, rondando os 60-80% (Galinski et al, 2010), (Cordell et al., 2002), (Tcherny et al., 2003), (Mariangeli, et al., 2009).

Encontrámos a dor maioritariamente (42,4%) presente nas situações de trauma, contrariamente às situações de doença médica em que 88,4% não tinha dor. Nas situações de trauma, as quedas foram mais frequentes e curiosamente, em 48,6% destas situações os utentes não viram a sua dor avaliada. A parte do corpo mais afetada pela foram os membros inferiores (30,6%), a mesma encontrada no estudo de Calil et al. (2008).

Relativamente às situações de doença médica, na suspeita de origem cardíaca, os utentes tiveram, na maioria (62,2%), dor. Efetivamente, os profissionais parecem-nos bastante sensibilizados para a importância da intervenção precoce nas situações de doenças cardiovasculares, cuja mortalidade é elevada, e cuja avaliação da dor é fundamental para orientar a intervenção e adequar a unidade de destino, nomeadamente a Via Verde Coronária. Isto está de acordo com as recomendações existentes, nacionais pelo Alto Comissariado da Saúde (Portugal, 2007), no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, e internacionais. (Colwell et al., 2009).

A maioria dos utentes socorridos pela SIV não apresentavam dor (88,4%) e na maioria dos utentes socorridos pela VMER a dor não foi avaliada (41,6%), verificando-se diferenças entre os dois meios na presença e abordagem da dor. Verificámos assimetrias regionais entre meios SIV, havendo as que registam mais, relativamente a outros, assim como nas VMER. Já esperávamos estas assimetrias regionais e entre meios homólogos e é concordante com estudos como de Marinageli et al. (2009).

Verificámos que a maioria dos casos em que a dor não foi avaliada, 53,5% dos utentes era do sexo feminino, enquanto nos utentes do sexo masculino, 51,6% apresentavam algum tipo de dor. Nos casos dos utentes com dor, em 51,9% das situações, esta fazia parte da queixa primária na chamada que motivou o envio do meio de emergência, o que está em conformidade com o anteriormente descrito.

Aqueles cuja queixa era relacionada com a parte respiratória foram os menos visados na avaliação da dor (39,8%), o que nos preocupa, atendendo a que a dor torácica é algo que devemos sempre questionar, para poder excluir causa cardíaca de dispneia (INEM, 2007).

A dor estava maioritariamente (42,4%) presente nas situações de trauma, contrariamente às situações de doença médica, em que 88,4% não tinha dor. Nas situações de trauma, as quedas foram mais frequentes e, curiosamente, 48,6% destas situações os utentes não viram a sua dor avaliada. A parte do corpo onde os utentes a manifestaram

maioritariamente foi a nível dos membros inferiores (30,6%). Quando a parte traumatizada foi a cabeça, muitos não tiveram a sua dor avaliada (40,0%), desconhecendo-se o motivo.

Com base nos resultados expostos, referimos que a prevalência da dor no trauma foi a mais alta e sem relato consistente “objetivo” da mesma, destacando-se nos utentes do sexo feminino e localizada nos membros inferiores. O controlo da dor no trauma reveste-se de grande importância pelas repercussões nocivas que podem levar ao agravamento do estado clínico do utente pela agitação psicomotora, podendo agravar as lesões já existentes (Calil et al., 2008), e acreditamos que os profissionais sejam sensíveis a isso, pois a mesma também só não foi reavaliada em 13,4% das situações de trauma.

Relativamente ao modo de avaliação da intensidade da dor, em 38,2% dos utentes foi utilizada a escala numérica (sugerida na aplicação informática), em 9,7% foi utilizada a escala qualitativa e em 52,1%, ou seja, na maioria dos utentes, não foi utilizada nenhuma escala. A escala numérica foi considerada, por Jennings et al. (2009), como a mais apropriada para avaliação da dor em EPH, para adultos, sendo prática e viável.

Contudo, consideramos as limitações ao seu uso, nomeadamente em utentes não verbais e crianças, havendo necessidade de uso alternativo de outras sugeridas pelo IASP (2011), como a PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*) em utentes com alteração do estado de consciência, com demência e a FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) nas crianças, que medem comportamentos específicos relacionados com a dor, para ajuste de medidas de controlo, (IASP, 2011).

Portanto, destacamos que, na maioria dos utentes com dor avaliada, a intensidade não foi avaliada sistematicamente com escala (52,0%) e, quando o foi, usou-se sobretudo a escala numérica, sugerida na aplicação e sugerida por alguns autores como vantajosa em EPH (Herr e Titler, 2009), (Jennings et al., 2009), por oposição a outros, que consideram como princípio de abordagem da dor aguda em EPH, o uso da escala mais adaptada ao utente, às suas características e patologia., devendo os profissionais dominar a sua forma de aplicação, o que concordamos, passando pela necessária formação nesse sentido (Galinski, 2010) (INEM, 2008).

Além da intensidade da dor, outras características foram registadas pelos profissionais de saúde, como: a localização em 93,5% dos casos e as suas manifestações (49,5%). Verificámos, por outro lado, que não houve registo do tipo de dor em 58,4% das situações, nem dos fatores de alívio (62,6%), nem dos sintomas concomitantes (60,8%). Também aqui é importante melhorar, dando cumprimento às orientações na abordagem da dor em EPH, do INEM (2012)

Relativamente ao alívio da dor, as medidas farmacológicas mais usadas foram o paracetamol EV (51,2%) e a morfina, isolada e associada a outros fármacos. Os estudos encontrados referem outro tipo de medicação, como Entonox, Tramadol, anti-inflamatórios não esteroides, fentanil nasal ou orodispersível, utilização de bloqueios, entre outros fármacos, o que não se verifica em Portugal. Aqui, os únicos meios que podem usar terapêutica analgésica, em EPH, são os analisados neste estudo. Todos pertencem ao INEM, cuja carga das viaturas é igual e a analgesia resume-se essencialmente ao paracetamol e morfina. Contudo, são utilizados também adjuvantes, como é o caso do DNI e AAS, no caso do SCA, estas mais utilizadas no caso de doença médica. Acrescentamos 52,2% dos utentes com dor não receberam qualquer analgésico. Este valor pode estar relacionado com a presença de dor ligeira, a qual prevaleceu no presente estudo. Por outro lado, vai de encontro aos estudos consultados, em que na maioria, apontam a analgesia antes de chegar ao hospital, como pobre e inadequada (Salvucci, 2008).

Associadas às medidas farmacológicas, estiveram as não farmacológicas em 42,3% das situações de trauma. Referimos, ainda, que estas medidas foram mais utilizadas pela SIV, como intervenções autónomas, nomeadamente a imobilização e a crioterapia.

No que se refere aos dados estatísticos obtidos através da *análise inferencial*, constatámos que os **fatores associados à avaliação da dor**, nos quais obtivemos valores estatisticamente significativos, foram: o meio presente no local ser a ambulância SIV, tripulada por enfermeiro e TAE ($p=0,000$); o facto de se tratar de uma ocorrência de trauma ($p=0,002$) e, relativamente à causa de doença médica, esta ser de origem cardíaca ($p=0,000$). Os dados obtidos corroboram os de Galinski et al., (2010) e de Hein et al., (2006), que também encontraram o trauma e a dor torácica como fatores associados à dor aguda, de maior intensidade.

Contrariamente ao estudo de Siriwardena et al. (2010), em que verificaram não haver associação entre o tipo de equipa e a avaliação da dor, o nosso estudo acentua a diferenciação entre os meios SIV e SAV, cuja diferença está no elemento que efetua a avaliação do utente/regista, estando o enfermeiro particularmente desperto para isso. Até porque, para a administração terapêutica analgésica, ele tem de transmitir a informação ao médico regulador do CODU, acerca da dor, afim desta ser previamente validada.

No que se refere aos **fatores associados à não avaliação da dor**, encontraram-se resultados estatisticamente significativos quando: a dor não era causa primária da ativação ($p=0,034$), foi ativado o meio SAV ($p=0,000$), se tratava de doença médica ($p=0,002$) e associando-se, ainda, o facto desta não ser de origem cardíaca ($p=0,000$). Neste âmbito,

poder-se-á dizer que, quando não há suspeita de doença cardíaca aguda ou quando a dor não está presente como causa da ativação, os profissionais não estão tão desperto para a sua avaliação. É de referir, também, que o médico, como tem autonomia na ação/intervenção, poderá eventualmente “descurar” o registo, não obstante ter avaliado/controlado a dor do utente. Pareceu-nos importante analisar estes dados, aos quais deveremos estar particularmente atentos, pois é aqui que reside espaço par intervenções de melhoria. É apontada como sugestão, em alguns estudos, como, por exemplo, Santos et al. (2003) e Calil et al. (2008), a avaliação obrigatória/sistemática da dor em EPH.

Ainda neste âmbito, referimos um estudo acerca dos fatores subjacentes à não avaliação da dor torácica em utentes, onde se destacam o défice de conhecimentos e a falta de comunicação interpessoal e organizacional das estruturas de emergência médica (Berben et al., 2011).

Outro resultado empírico importante tem a ver com os fatores associados à presença de dor, nos quais se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Assim, apurámos que a mesma está mais presente quando a idade é <65 anos ($p=0,000$), quando a SIV esteve no local ($p=0,000$). Outros fatores associados foram o tipo de ocorrência ser médica ($p=0,000$) e, neste âmbito, estar relacionada com patologia cardíaca ($p=0,000$), sendo nestas situações em que se encontraram mais utentes com dor, apesar de esta ter sido mais avaliada nos casos de trauma.

Os fatores associados à ausência de dor encontrados foram: a idade ser ≥ 65 anos ($p=0,000$); o meio ativado ter sido a SIV ($p=0,000$) e o tipo de ocorrência ser médicas, na qual se constatou estar ausente noutras causas que não as de origem cardíaca ($p=0,000$). Reiteramos que, apesar de a dor ser igual a zero, é registada na aplicação pelo enfermeiro da SIV. Uma vez mais, a doença médica prevalece, ainda que, neste caso, esteja ausente em patologias fora do âmbito cardíaco, contrariamente à presença de dor.

Tendo em conta os dados expostos relativos ao fator idade, alguns autores referem que os utentes com idade ≥ 65 anos são menos propensos a relatar a sua dor mesmo experimentando problemas concomitantes, nomeadamente músculo-esqueléticos ou doença vascular periférica (*British Society of Pain*, 2007).

Neste contexto, podemos, ainda, acrescentar que um estudo americano demonstrou que uma formação de três horas a paramédicos, no âmbito da avaliação da dor, aumentou em 13% o seu registo e o seu controlo (Scott et al., 2006).

No que se refere ao facto de o meio SIV estar associado à dor avaliada, presente ou ausente, encontrámos analogia no estudo de Blomstedt et al. (2012), o qual demonstra que desde 2005, a mudança de tripulação de não profissionais de saúde para enfermeiros em

EPH, na Suécia, se traduziu numa melhoria dos cuidados, quando a terapêutica passou a ser apenas administrada por enfermeiros, que passaram a estar presentes em todas as ambulâncias, nesse país.

Quanto aos fatores associados à maior intensidade de dor, através dos dados empíricos, constatámos que o trauma está associado à dor moderada a máxima, enquanto a ausência de dor ou de dor ligeira está associado à doença médica, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,013$). Neste sentido, temos, ainda, de afirmar que as situações de trauma foram maioritariamente assistidas pelo meio SAV ($p=0,017$), estando estas situações mais associadas ao uso de morfina no controlo da dor ($p=0,000$). Zedigh et al. (2010) encontrou associados à dor intensa a máxima o alívio da dor e ser proveniente de suspeita de SCA.

Salientamos também que a escala numérica está estatisticamente associada à intensidade de dor moderada a máxima ($p=0,000$), o que se pode dever ao facto deste tipo de dor ser mais passível de ser verbalizada pelos utentes e, assim, valorizada pelos profissionais de saúde, para posterior controlo. Contudo, consideramos que os valores encontrados de ausência de uso de escala de avaliação de intensidade, não é concordante com os princípios a ter em conta na abordagem da dor (OE, 2008), mais especificamente na dor aguda em EPH, (Galinski, 2011).

Ainda associado à dor moderada a máxima temos a utilização de paracetamol ($p=0,000$) e morfina ($p=0,002$) como seria de esperar, tendo em conta o cumprimento das diretrizes SAV e procedimento de sedação e analgesia usado no meio SIV (INEM, 2007).

Os opióides, nomeadamente a morfina apresentaram vantagem no controlo inicial da dor intensa a máxima (Galinski, 2011) em detrimento de outros fármacos, como o paracetamol e os AINEs (Forero et al., 2009), (Bounes et al., 2011).

Verificadas a avaliação, presença e intensidade dolorosas, encontrámos associadas às medidas de controlo implementadas diferenças estatisticamente significativas, particularmente nas situações de doença cardíaca, nas quais foram usadas as medidas farmacológicas, enquanto as não farmacológicas se associaram a outros tipos de doença médica ($p=0,011$). Estas últimas associaram-se maioritariamente também ao uso da escala numérica ($p=0,000$). O uso de terapia medicamentosa está associado às boas práticas no SCA em todos os estudos consultados, como é exemplo o de Zedigh et al. (2010), e bem patentes na prática, como o corroboram os nossos resultados.

As medidas não farmacológicas, como já referimos anteriormente, foram mais usadas pelo meio SIV e, por vezes, são suficientes para diminuir dor ou desconforto, caso sejam ligeiros ou moderados, resultando em benefícios para o utente, sem necessidade de

medicação. Neste contexto, salientamos que a dor mais encontrada, no nosso estudo, foi a ligeira a moderada, em que são suficientes este tipo de intervenções. Neste sentido, relativamente ao não alívio da dor, Tcherny et al. (2003), com base no seu estudo, referem que a dor moderada ou baixa, a não intervenção especializada no EPH e o não uso de medicação foram fatores de risco para o não alívio da dor.

Por último, outro resultado empírico importante tem a ver com os fatores associados à reavaliação da dor, os quais demonstraram que a maioria dos utentes a quem a dor foi reavaliada viu-a aliviada ($p=0,000$); o meio SIV reavaliou maioritariamente a dor comparativamente com o meio SAV ($p=0,000$) e a utilização de morfina está associada às situações em que houve reavaliação da dor ($p=0,022$).

Efetivamente, os utentes com dor beneficiam de um transporte em ambulâncias bem equipadas, com tripulação capacitada para a avaliação e reavaliação sistemáticas e medidas adaptadas ao alívio da dor de cada utente (Bounes et al., 2011), (McManus et al., 2005), ao que acrescentamos, um conhecimento do ciclo de vida do homem, das diferentes escalas de avaliação e modo de utilização, experiência com administração de analgesia e conhecimento dos picos de ação, indicações e efeitos secundários, de acordo com o máximo conhecimento do utente, sua história clínica, circunstâncias e patologias associadas, a par com a rigorosa monitorização e registo dos outros sinais vitais. E naturalmente, associando as medidas não farmacológicas, por vezes simples, que conjuntamente cooperam no objetivo do máximo bem estar do utente acompanhado para que chegue, nas melhores condições à unidade de saúde de destino.

Estes resultados estão em concordância com os dados obtidos por Galinski et al. (2010) e Siriwardena et al. (2010), onde a dor foi diminuída em 84,5% dos casos. Importa-nos referir que, em alguns casos, apesar de não termos encontrado registo de dor, encontrámos registos de administração de analgésicos, como paracetamol e morfina, presumindo-se que esta foi tida em conta, porém não registada, desconhecendo-se o que motivou este facto, eventualmente o privilégio da intervenção face ao registo da avaliação efetuada, mas que naturalmente se relaciona.

CONCLUSÃO

Nestas considerações finais, percorremos o caminho que fomos fazendo ao longo do trabalho e procuramos conferir-lhes uma coerência e consonância finais, analisando transversalmente os resultados obtidos e tendo presentes os nossos objetivos.

Referimos que a pesquisa efetuada nos possibilitou reunir um conjunto de conceitos chave que consideramos relevantes para a compreensão do tema em análise: prevalência de dor em EPH, sendo importante que os profissionais de saúde desenvolvam formação e competências para o reconhecimento, avaliação e controlo da dor, realizando ações mais ajustadas na prática, acompanhadas e monitorizadas.

A dor aguda, em situações de emergência é principalmente devido à nociceção excessiva secundária a uma reação inflamatória, um trauma ou de uma lesão visceral. No entanto, dor neuropática também está presente, variando grandemente o comportamento dos utentes em resposta à dor. Por exemplo, a intensidade expressa para lesões idênticas pode ser muito diferente, pois depende da história pessoal, da sua própria psicologia, as circunstâncias de ocorrência da doença,.... Sendo um fenómeno pessoal, requer que a sua gestão seja adaptada a cada indivíduo.

Como tal, a primeira etapa consiste na valorização da dor e das suas características, na medida em que a gestão da dor aguda em emergência, se baseia na avaliação da intensidade com uma escala adaptada ao utente, um tratamento adaptado à intensidade, às características, tendo em conta sua patologia e os protocolos em vigor, sendo principal objetivo aliviar a dor e evitar os efeitos secundários devido a analgésicos, que neste caso, não encontrámos descritos em nenhuma situação.

Tendo em conta os principais resultados obtidos do estudo empírico, começamos por concluir que dos 1170 utentes, a quem foram enviados meios de socorro diferenciados, apenas 553 reuniram os critérios definidos para entrar no estudo da dor. Daqueles a quem a dor foi avaliada pela equipa SIV ou SAV, 121 não manifestaram dor. E os outros 215 não tiveram a sua dor avaliada pelas equipas de EPH.

Constámos que a prevalência de dor encontrada nos utentes que recorreram ao número europeu de emergência médica – 112, a quem foram enviados meios de EPH diferenciados SAV ou SIV, pelo CODU Coimbra do INEM I.P., no mês de Janeiro de 2012, foi de 39,24%, podendo ter origem em trauma ou doença médica e sendo, intensa a máxima em 19,5% desses utentes.

Tendo em consideração as conclusões empíricas apresentadas acreditamos que na realidade existe uma prevalência de dor mais elevada do que a encontrada. Note-se ainda

que não foram incluídos, neste estudo, utentes com alteração do estado de consciência num número significativo, o que nos preocupa, pois também a eles deve ser avaliada e debelada a dor, apesar das limitações de qualquer escala. Admitimos que a avaliação rigorosa desses utentes incrementaria o valor de prevalência real de dor.

Efetivamente ter a noção da elevada prevalência da dor em emergência, é o primeiro passo na sensibilização dos profissionais para evitar o sofrimento humano associado às situações de emergência, para o qual pretendemos chamar a atenção, à semelhança de estudos publicados nesta área, o que é possível através do aumento da formação. Corroboramos os estudos quando afirmam que uma grande prevalência de dor implica profissionais de emergência cada vez mais formados, experientes e treinados no reconhecimento, avaliação e controlo dessa mesma dor.

Os dados de dor existentes, sobretudo a larga margem de utentes com dor não avaliada (38,88%), merecem a nossa reflexão, tendo em conta que uma dor sistematicamente avaliada se relaciona diretamente, segundo estudos consultados, com um efetivo alívio: objetivo dos profissionais na qualidade dos cuidados visando a maior satisfação dos utentes. Isto acrescido dos utentes incluídos terem, à partida, reunidas as condições para relatarem a sua dor, tendo por isso sido excluídos todas as outras situações.

Assim, apurámos 217 casos de utentes com dor, maioritariamente, ligeira, seguindo-se moderada a intensa e, numa percentagem menor, a dor moderada a máxima (19,5%), esta abaixo dos valores encontrados noutros estudos.

A dor esteve maioritariamente presente nas situações de trauma, contrariamente às situações de doença médica em que mais de metade da amostra não tinha dor. As quedas foram as situações de trauma mais frequentes e curiosamente, neste caso, a grande maioria dos utentes não viram a sua dor avaliada. A parte do corpo onde os utentes manifestaram maioritariamente dor foi a nível dos membros inferiores.

Relativamente às situações de doença médica, relacionado com origem cardíaca, os utentes manifestaram, na maioria, dor. Aqueles cuja queixa era de origem respiratória foram os menos visados na avaliação da dor.

Verificámos que, na maioria dos utentes do sexo feminino, a dor não foi avaliada. Por sua vez, nos utentes do sexo masculino, a maioria apresentava algum tipo de dor.

Quanto ao modo de avaliação da intensidade da dor, a escala numérica destacou-se, sendo reduzidas as situações em que foi utilizada a escala qualitativa. Contudo, apurámos que na maioria dos utentes com dor, não foi usada escala de intensidade, contrariando as

orientação de boa prática e os princípios a ter em conta na abordagem da dor (OE, 2008) e (Galinski et al., 2010).

Outro aspeto observado foi de que a maioria dos utentes socorridos pela SIV não apresentava dor, já na VMER, prevaleceram os casos de dor não avaliada.

Relativamente ao alívio da dor, as medidas farmacológicas mais usadas foram o paracetamol EV e a morfina, isolada e associada a outros fármacos. Neste âmbito, salientamos que, em alguns casos, apesar de não termos encontrado registo de dor, existiam registos de administração de analgésicos, como paracetamol e morfina, partindo-se do princípio que esta foi intensa e valorizada, sem que tenha sido registada e, portanto, não assim contabilizada neste estudo.

Associadas às medidas farmacológicas, estiveram as não farmacológicas num número significativo de situações de trauma, sendo as mesmas mais utilizadas pela SIV, nomeadamente a imobilização e a crioterapia.

Constatámos que a dor foi mais avaliada nos utentes assistidos pela SIV, nas situações de trauma e, tratando-se de doença médica, esta ter origem cardíaca.

Associados à não avaliação da dor esteve a doença médica, esta não ser de origem cardíaca e o meio envolvido ser o SAV.

A dor esteve presente sobretudo em utentes também assistidos pela SIV com idades inferiores ou iguais a 65 anos, que apresentavam doença médica e esta ser de origem cardíaca. Portanto é mais avaliada nas situações de trauma mas está mais presente na doença médica de causa cardíaca.

Encontrámos referências a ausência de dor sobretudo em utentes assistidos pela SIV, com idade superior a 65 anos, na doença médica sem ser de origem cardíaca (que liderou os casos de dor presente).

Constatámos que a escala numérica estava estatisticamente associada à intensidade de dor moderada a máxima. Ainda associado à dor moderada a máxima, registámos a utilização de paracetamol e de morfina, como seria de esperar cumprindo o protocolo de analgesia SIV e as diretivas SAV.

À dor intensa a máxima associaram-se as situações de trauma, enquanto a ausência ou dor ligeira se associou mais a doença médica. Temos, ainda, que as situações de trauma foram mais associadas ao uso de morfina, para controlo da dor.

Às situações de doença cardíaca, estiveram associadas as medidas farmacológicas, enquanto às outras causas de doença médica, se associaram medidas não farmacológicas. A estas últimas também esteve associado o uso da escala numérica.

Por fim, e no que concerne aos fatores associados à reavaliação da dor, a maioria dos utentes a quem foi feita, manifestou alívio, um aspeto positivo a considerar. O meio SIV reavaliou-a maioritariamente, comparado com o meio SAV; Também se utilizava morfina foi significativamente maior a reavaliação da dor, evidenciando o cuidado dos profissionais.

Pudemos constatar algumas diferenças entre o tipo de ocorrência e o meio ativado. Quanto ao tipo de ocorrência, a doença médica liderou, sobretudo a de origem cardíaca, demarcando-se de outras causas, estando mais associada à avaliação e presença de dor, da dor, apesar de se associar à ausência de dor ou dor ligeira. Nas situações de origem cardíaca, estiveram associadas as medidas farmacológicas no alívio da dor, contrariamente às outras causas, em que foram implementadas sobretudo medidas não farmacológicas. Nota-se, na nossa opinião, uma preocupação dos profissionais face às situações de origem cardíaca (possibilidade de SCA), entidade que se destacou em todo o estudo, cuja sinalização, intervenção precoce e correto encaminhamento para via verde coronária, podem marcar a diferença na vida e qualidade de vida dos utentes.

Referente às situações de trauma, lideraram os casos em que foi avaliada a dor, sendo moderada a máxima.

Relativamente ao meio ativado, a SIV encontrou mais situações de doença médica enquanto o SAV foi maioritariamente ativado para ocorrências do tipo trauma. Destacamos o meio SIV, por estar associado à avaliação da dor, presença ou ausência, controlo através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas e reavaliação da dor, aproximando-se das boas práticas, nacionais e internacionais com benefício inequívoco para o utente. Isto reforça a importância do enfermeiro nesta área e consolida o seu papel em emergência pré hospitalar, onde assume a liderança da equipa SIV, desde 2007.

Sugestões:

Decorrente do anterior, surge a necessidade de sensibilização/ formação dos profissionais neste âmbito, dando cumprimento definitivo às normas internacionais e da DGS, na avaliação da dor como 5º sinal vital de forma sistemática em EPH. Consideramos haver espaço para a melhoria, na valorização, registo de características, intensidade e reavaliação.

Uma sugestão prática que gostaríamos de colocar à apreciação das equipas era a intensidade dolorosa ter campo de preenchimento obrigatório, à semelhança dos outros sinais vitais, para poder ser terminada/validada a ficha na aplicação, com a abertura/sugestão de outras escalas além da numérica, para utentes não verbais e crianças.

Temos de estar particularmente atentos às situações encontradas como mais associados à não avaliação da dor, para assim poder intervir, nomeadamente: a dor não ser causa primária da ativação do meio, nas equipas de SAV, na doença médica, sobretudo se não for de origem cardíaca e, nas quedas, quando a parte do corpo afetada é a cabeça. Além destas, a não utilização de escala nos utentes capazes de relato de dor, como maioritariamente encontrámos, não é concordante com as melhores práticas e princípios de abordagem da dor em EPH, e fundamental melhorar.

Tendo em conta, ainda, a elevada percentagem de utentes com alteração do estado de consciência encontrados, sugere-se que em EPH sejam adicionadas escalas de intensidade validadas alternativas para registo na aplicação informática, ou outras, de fácil avaliação e “conversão” para a escala numérica (para adequar a medida analgésica), para estes utentes e para outros não-verbais, quer por demência ou alteração do estado de consciência. Os subgrupos específicos incluindo bebés e crianças, aqueles com problemas cognitivos e os idosos possuem risco aumentado para o tratamento inadequado da dor. Instrumentos específicos, tais como a FLACC e PAINAD, que medem comportamentos específicos relacionados à dor, são necessários para avaliar a dor nessas populações, orientação do IASP (2011) que corroboramos.

Isto a par de um plano de sensibilização/ formação/ monitorização estruturado, a que eventualmente nos proporemos, no âmbito da formação contínua, no INEM.

Não será porventura este o fim do presente trabalho, mas uma etapa e o mote de um reinício, na sensibilização e formação, pela melhoria dos cuidados de emergência pré hospitalares, incrementado a qualidade e estudando as repercussões na satisfação nos utentes.

BIBLIOGRAFIA

ABBEY, Jenny - Putting pain scales to the test. Australian Nursing Journal [Em linha]. 14(7) (February 2007) 43-43. [Consult. 26 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?hid=13&sid=d3133ede-3d78-4314-a3e7-efb0e6856506%40sessionmgr13&vid=24>>.

ARAÚJO, Nuno Miguel Faria – **Acções autónomas de enfermagem ganhos em saúde** [Em linha]. Porto, 2008. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Porto. [Consult. 15 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/680/1/TESE.pdf>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR - **Porque existem lacunas entre a evidência e a prática?** [Em linha]. 2011. [6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12925>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR - **IASP sponsors global year against acute pain** [Em linha]. 2010. [6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=c81e728d9d4c2f636f067f89cc14862c&id=67c6a1e7ce56d3d6fa748ab6d9af3fd7>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR - **Princípios do manejo da dor nos departamentos de emergência para pacientes com condições médicas dolorosas agudas** [Em linha]. 2011. [6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=13141>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR - **Qual o problema?** [Em linha]. 2009. [6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW:URL:<http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=17e62166fc8586dfa4d1bc0e1742c08b&id=37bc2f75bf1bcfe8450a1a41c200364c>>.

ATERO, S. [et al.] – **Valoración del dolor**. Rev Soc. Esp. Dolor [Em linha]. 9 (2002) 109-121. [Consult. 15 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_06.pdf>.

BACELOS, Ana – **Formação permanente nos enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação: que realidade** [Em linha]. Porto, 2009. Monografia de Licenciatura em Enfermagem, apresentada à Universidade Fernando Pessoa. [Consult. 31 Julho 2012] Disponível em: WWW:<URL: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1123/3/Monografia_Ana_Bacelos.pdf>.

BATALHA, Luís Manuel Cunha - **As dificuldades na quantificação exacta da dor**. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 53, n.º4 (Julho/Agosto 2005), p. 166-174.

BENDALL, J. ; SIMPSON, P. ; MIDDLETON, P. - **Prehospital vital signs can predict pain severity: analysis using ordinal logistic regression**. European Journal Of Emergency Medicine: Official Journal Of The European Society For Emergency Medicine [Em linha]. 18(6) (December 2011), 334-339. [Consult. 7 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&vid=48&hid=106&bdata=Jmxhbm9c9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=21407079>.

BERBEN, S. [et al.] - **Prevalence and relief of pain in trauma patients in emergency medical services**. Clinical Journal Of Pain [Em linha]. 27(7) (2011), 587-592. [Consult. 6 Janeiro 2012]. Disponível em WWW: <URL http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=b3a1ad7f-e1c5-41aa-8200-9c4ca0d1fca7%40sessionmgr112&vid=3&hid=108&bquery=(pain)+AND+(prevalence)+AND+(emergency)&bdata=JmRiPXiJ6aCZkYj1tbmgmZGI9ZGFoJmRiPWNaCZkYj1jaGgmZGI9Y21yJmRiPWx4aCZkYj1ueWgmZGI9bHRoJmRiPW0YSZkYj1hOWgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>.

BLOMSTEDT et al - **The public's perception of prehospital emergency care in the County of Skane, southern Sweden**. 2012 [Em linha]. [Consult. 16 Janeiro 2013]. Disponível em WWW: <URL, http://www.skane.se/Public/SUS_extern/Verksamheter/RSPC/Public_perception_2012.pdf

BOOTH, A. A., STEEL, A. A., & KLEIN, J. J. (2013). **Anaesthesia and pre-hospital emergency medicine**. *Anaesthesia* [Em linha]. [Consult. 16 Janeiro 2013]. 122

Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=25bcc61e-daf6-421f-9b13-cfbad15bac91%40sessionmgr13&hid=24>

BOTTEGA, Fernanda Hanke ; Fontana, Rosane Teresinha. - **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral** [Em linha]. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&la>>.

BOUNES, V. [et al.] - **Le Smur meilleur vecteur pour une analgésie des patients traumatisés à l'arrivée aux urgences.** Annales Francaises d'Anesthesie & de Reanimation [Em linha]. 29(10) (October 2011) 699-703. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=225>>.

BOUNES, V. [et al.] - **Predictors of pain relief and adverse events in patients receiving opioids in a prehospital setting.** American Journal Of Emergency Medicine [Em linha]. 29(5) (June 2011), 512-517. [Consult. 7 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr12&vid=46&hid=106&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011165012>>.

CABAÑAS FERNÁNDEZ, J. S. ; TAPIA MARTÍNEZ, J. - **Medical approach of pain in prehospitalary system.** Revista Rol de Enfermería [Em linha]. 33(6) (June 2010) 62-64. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=139>>.

CALIL, Ana Maria – **Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma** [Em linha]. Brasil, 2008. [Consult. 6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5596>>.

CALIL, Ana Maria ; PIMENTA, Cibele A. M. – **Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma** Rev Esc. Enfermagem USP, São Paulo [Em linha]. 39(3) (Setembro 2005) 325-332. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/11.pdf>>.

CALIL, Ana Maria ; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos - **Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidentes de transporte.** Acta paul. enferm. [Em linha]. 21(3) (2008), 398-403. [Consult. 6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_03.pdf>.

CALIL, Ana Maria Calil; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos - **Relação entre a gravidade do trauma e padrões de analgesia utilizados em acidentados de transporte.** Revista da Escola de Enfermagem da USP [Em linha]. 43 (2) (Junho 2009), 328-334. [6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a11v43n2.pdf>>.

CALIL, Ana Maria; PIMENTA, Cibele Andrucio de Matos - **Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma.** Revista da Escola de Enfermagem da USP [Em linha]. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:< URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/11.pdf>>.

CAMPOS, M. Celeste A. D. – A dor: uma visão antropológica. Revista de Anestesia. Lisboa. ISSN 0872-5888. Nº49 (Set. 2007), p.18-23.

CELADA CAJAL, Francisco José – **Dolor abdominal y abdomen agudo** [Em linha]. 2011. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.uninet.edu/remi/descarga/dolorabdominal.pdf>>.

COMISSÃO PARA A REAVALIAÇÃO DA REDE NACIONAL DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA - **Reavaliação da Rede Nacional de Urgência e Emergência – Relatório** [Em linha]. 2012. [Consult. 15 Junho de 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) – **Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 1.0.** Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006. ISBN 92-95040-36-8.

CRILO, Regilene [et al.] – **Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel.** Revista Electrónica de Enfermagem [Em linha]. 25(2) (2009) 256-262. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a06.pdf>>.

CURTIS, Liesl ; MORRELL, Todd D. - **Pain management in the Emergency Department.** Emergency Medicine Practice [Em linha]. 8(7) (July 2006) 1-28. Disponível em WWW:<URL: http://www.ebmedicine.net/topics.php?paction=showTopic&topic_id=84>.

DAVIDSON, E. ; GINOSAR, Y. ; AVIDAN, A. - **Pain management and regional anaesthesia in the trauma patient.** Current Opinion In Anaesthesiology [Em linha]. 18(2) (April 2005) 169-174. [Consult. 6 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&vid=15&hid=106&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=16534334>>.

DECRETO-LEI n.º 34/2012 de 14 de Fevereiro [Em linha]. D.R. Série I. 32 (2012-02-14) 748-750. Aprova a nova Lei Orgânica do INEM, IP. [Consult. 6 Março 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20120302&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>>.

DECRETO-LEI N.º 437/91, de 8 de Novembro. D. R. I Série [Em linha]. 257 (1991-11-08) 5723-5741. Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. [Consult. 30 Julho 2012]. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.dre.pt/pdf1s/1991/11/257A00/57235741.pdf>>.

DESPACHO n.º 13794/2012 de 24 de Outubro. do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto, do Ministério da Saúde D.R. II Série. Define os meios de suporte básico do INEM, I.P. e tripulação por TAE's. [Em linha]. [Consult. 5 Novembro 2012]. Disponível em WWW: <URL <http://dre.pt/pdf2sdip/2012/10/206000000/3497334974.pdf>>

DESPACHO n.º 14041/2012 de 29 de Outubro. do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto, do Ministério da Saúde D.R. II Série. Define os CODU do INEM I.P.. [Em linha]. [Consult. 5 Novembro 2012]. Disponível em WWW: <URL <http://dre.pt/pdf2sdip/2012/10/209000000/3554435545.pdf>>

DESPACHO N.º 14898/2011, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto, do Ministério da Saúde. D. R. II Série. Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM, IP [Em linha]. 211 (2011-11-03) 4363. [Consult. 10 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/11/211000000/4356343563.pdf>>.

EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN THE NETHERLANDS. [Em linha].2010. [Consult. Em 1 Jun.2011]. Disponível em: WWW:<URL:http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medical_services_in_the_Netherlands

ESTRAN, N.V.B. - **Sala de emergência: emergências clínicas e traumatológicas.** Porto Alegre: Editora UFRGS, 2003. ISBN 85-7025-710-4.

FIGUEIREDO, Ana Cristina – **Intervenções de enfermagem pós-cateterismo cardíaco: protocolo baseado em evidências** [Em linha]. Minas Gerais, 2008. Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem na Unidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. [Consult. 15 Outubro 2011]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.hc.ufmg.br/enfermagem/anexos/monografia_ana_cristina_figueiredo.pdf>.

FLORES, Cecília T. A. - **Enfermería en el manejo del dolor** [Em linha]. Peru, [Consult. 15 Junho 2012]. 2011. Disponível em WWW:<URL:http://www.reeme.arizona.edu/materials/Enfermeria%20y%20Dolor%20Valoracion.pdf>.

FORERO, R. [et al.] - **Prevalence of morphine use and time to initial analgesia in an Australian emergency department.** Emergency Medicine Australasia [Em linha]. 20(2) (2008), 136-143. [Consult. 6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=108&sid=e62cbd1d-53ee-4dc9-a60c-b512e5014e9b%40sessionmgr111&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=31439245>.

FORTIN, M. F. - **O Processo de Investigação: da concepção à realização.** Loures: Lusociência, 2009.

FRENCH, S. [et al.] - **Effects of an educational intervention on prehospital pain management.** Prehospital Emergency Care [Em linha]. 10(1) (Jan-Mar 2006) 71-76. [Consult. 5 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=110&sid=54cd b60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112>.

FRIESE, G.; WOJCIEHOSKI, R. ; FRIESE, A. - **A world of hurt: EMS providers need to acknowledge their patients' pain, assess it and treat it.** EMS Magazine [Em linha]. 37(2) (February 2008) 88-92. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em

WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=135>>.

GALINSKI, M - **Acute Pain Management in Emergency Medicine**. [Em linha]. 29(9) (2011). *Centre National de Ressource de lutte contre la Douleur (CNRD), Paris, France* [Consult. 6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://cnrd.fr/IMG/pdf/AcutePainManagement.pdf>>

GALINSKI, M. [et al.] - **Out-of-hospital emergency medicine in pediatric patients: prevalence and management of pain**. *American Journal Of Emergency Medicine*, 1062-1066. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=108&sid=b3a1ad7f-e1c5-41aa-8200-9c4ca0d1fca7%40sessionmgr112&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2011363349>>.

GALINSKI, M. [et al.] - **Prevalence and management of acute pain in prehospital emergency medicine**. *Prehospital Emergency Care* [Em linha]. 14(3) (July 2010) 334-339. Consult. 5 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=110&sid=54cd-b60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112>>.

GOLIN, Valdir ; SPROVIERI, S. R. – **Conduitas em urgências e emergências para o clínico**. 1ª ed. revista e actualizada. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. ISBN 978-85-7379-993-4.

GOVERNO DE PORTUGAL. Tribunal de Contas - **Auditoria de resultados ao Instituto Nacional de Emergência Médica: Relatório nº 47/2010 2ºS** [Em linha]. Lisboa, 2010. [Consult. 18 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2010/audit-dgtrc-rel047-2010-2s.pdf>.

GRENCHO, Leonel Martins – **O enfermeiro na avaliação da dor**. *Nursing*. ISSN 081-6196. Nº243 (2009), p. 6-12.

HEINS, J. K. [et al.] - **Disparities in analgesia and opioid prescribing practices for patients with musculoskeletal pain in the emergency department**. *J Emerg Nurs*. [Em linha]. 32(3) (June 2006) 219-24. [Consult. 16 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16730276>>.

HERR, K. ; TITLER, M. - **Acute pain assessment and pharmacological management practices for the older adult with a hip fracture: review of ED trends.** J Emerg Nurs. [Em linha]. 35(4) (July 2009) 312-20. [Consult. 16 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19591725>>.

HUBERT, H. [et al.] - **Prehospital pain treatment: an economic productivity factor in emergency medicine?** Journal of Evaluation in Clinical Practice [Em linha]. 15(1) (February 2009) 152-157. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=24>>.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual da VMER, DSM/DSF.** 2ªed. Lisboa: Departamento de Emergência Médica, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual de ambulância SIV: módulo suporte imediato de vida: versão 1.1.** Lisboa: Departamento de Emergência Médica, 2007.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU. Escola Superior de Saúde de Viseu – **Guia de elaboração de trabalhos escritos.** Viseu, 2009. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU. Escola Superior de Saúde de Viseu – **Guia do Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Viseu, 2010/2011. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU. Escola Superior de Saúde de Viseu – **Guia orientador dos estágios do 2º CMEMC.** Viseu, 2011 Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In Harold Merskey, ed. lit. ; Nikolai Bogduk, ed. lit. - **Classification of chronic pain.** 2ª ed. Seattle: International Association for the Study of Pain, 1994.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN - **Princípios do Manejo da Dor nos Departamentos de Emergência para Pacientes com condições médicas dolorosas agudas.** [Em linha]. Outubro de 2011 [Consult. 7

Janeiro 2012]. Disponível em WWW:< http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=13141>.

JENNINGS, P. ; CAMERON, P. ; BERNARD, S. - **Measuring acute pain in the prehospital setting.** Emergency Medicine Journal [Em linha]. 26(8) (August 2009), 552-555. [Consult. 7 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&vid=47&hid=106&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2010358608>>.

JENNINGS, P. ; CAMERON, P. ; BERNARD, S. - **Measuring acute pain in the prehospital setting.** Emergency Medicine Journal [Em linha]. 26(8) (August 2009) 552-555. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=120>>.

JOHNSTON, S. [et al.] - **Inhaled methoxyflurane and intranasal fentanyl for prehospital management of visceral pain in an Australian ambulance service.** Emergency Medicine Journal: EMJ [Em linha]. 28(1) (January 2011) 57-63. [Consult. 6 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&vid=38&bk=1&hid=106&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=20466829>>.

KANOWITZ, A. [et al.] - **Safety and effectiveness of fentanyl administration for prehospital pain management.** Prehospital Emergency Care [Em linha]. 10(1) (Jan-Mar 2006), 1-7. [Consult. 7 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&vid=52&hid=106>>.

KARWOWSKI-SOULIÉ, F. - **Pain in an emergency department: an audit.** Eur J Emerg Med. [Em linha]. 13(4) (August 2006) 218-24. [Consult. 18 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16816586>>.

KAZANOWSKI, Mary K. ; LACCETTI, Margaret Saul - **Dor : fundamentos, abordagem clínica, tratamento.** Rio de Janeiro : Lab, 2005. ISBN 85-277-1075-7.

KOBER, A. [et al.] - **Local active warming: an effective treatment for pain, anxiety and nausea caused by renal colic.** The Journal Of Urology [Em linha]. 170(3) (September 2003) 741-744. [Consult. 6 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&vid=24&bk=1&hid=106&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cgh&AN=CN-00439918>>.

KOBER, A. [et al.] - **The influence of local active warming on pain relief of patients with cholelithiasis during rescue transport.** Anesthesia And Analgesia [Em linha]. 96(5) (May 2003) 1447-1452. [Consult. 6 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&vid=21&hid=106&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cgh&AN=CN-00436821>>.

LAMEIRAS, M.P.M. - **Atitudes dos enfermeiros face à avaliação da dor** [Em linha]. Lisboa, 2009. Dissertação de mestrado, apresentada à Universidade de Lisboa. [Consult. 15 Março 2012]. [Disponível em WWW:<URL:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2023/3/ulsd057826_tm_dissertacao.pdf>.

LEI nº 27/2006 de 3 de Julho. D. R. I Série [Em linha]. 126 (2006-07-03) 4696. Lei de Bases da Protecção Civil. [Consult. 17 Julho 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.cm-porto.pt/users/1/116/LeideBasesdeProtCivil_3374314dc5077cef1b72d31585c1f1ad.pdf>.

LENDRUM R.; LOCKEY D. **Trauma system development.** Anaesthesia [serial online]. January 2, 2012;68:30-39. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed January 16, 2013. [Consult. 6 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=25bcc61e-daf6-421f-9b13-cfbad15bac91%40sessionmgr13&hid=24>>

LINHARES, Maria Beatriz Martins - **Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas.** Temas em Psicologia [Em linha]. 18(2) (2010) 307-325. ISSN 1413-389X. [Consult. 4 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a05.pdf>>.

LORD, B. ; CUI, J. ; KELLY, A. - **The impact of patient sex on paramedic pain management in the prehospital setting.** American Journal of Emergency Medicine [Em linha]. 27(5) (June 2009) 525-529. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em 130

WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=127>>.

LORD, B. ; PARSELL, B. - **Measurement of pain in the prehospital setting using a visual analogue scale.** Prehospital & Disaster Medicine [Em linha]. 18(4) (October 2003), 353-358. [Consult. 7 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr12&vid=49&hid=106&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2004202297>>.

LORD, B. ; WOOLLARD, M. - **The reliability of vital signs in estimating pain severity among adult patients treated by paramedics.** Emergency Medicine Journal [Em linha]. 28(2) (February 2011) 147-150. [Consult. 7 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=45&hid=106&sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010947080>>.

LUCAS, C. ; VLAHOS, A. ; LEDGERWOOD, A. - **Kindness kills: the negative impact of pain as the fifth vital sign.** Journal Of The American College Of Surgeons [Em linha]. 205(1) (July 2007) 101-107. [Consult. 5 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr12&vid=19&hid=106>>.

MARINANGELI, F. [et al.] - **Acute pain and availability of analgesia in the prehospital emergency setting in Italy: a problem to be solved.** Pain Practice [Em linha]. 9(4) (July 2009) 282-288. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=21>>.

MARTINS, H. S. ; DAMASCENO, M.C. T. – **Pronto socorro: diagnóstico e tratamento em enfermagem.** 2ª ed. São Paulo: Editora Manole, 2008. ISBN 978-85-204-2772-9.

MCLEAN SA, MAIO RF, DOMEIER RM. **The epidemiology of pain in the prehospital setting.** Prehosp Emerg Care. [Em linha]. 2002 Oct-Dec ;6(4):402-5. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12385606>>

MCMANUS, John G. [et al.] - **Pain management in the prehospital environment.** Journal of Special Operations Medicine [Em linha]. 8(1) (Winter 2008) 111-119. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.jsomonline.org/Publications/20081111McManus.pdf>>.

MELBY, V.; RYAN, A. - **Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference?** Journal of Clinical Nursing [Em linha]. 14 (2005), 1141-1150. [Consult. 21 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01222.x/abstract>>.

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick – **O desafio da dor.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

MONAHAN, Frances Donovan [et al.] – **Enfermagem médico-cirúrgica, perspectivas de saúde e doença.** 8ª ed. Loures: Lusodidacta, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.

MUNTLIN, Asa [et al.] - **Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.** Journal of clinical nursing [Em linha]. 15(8) (2006) 1045-1056. [Consult. 12 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x/abstract;jsessionid=BA05FAB83F15B09F2810EA5A466E9FD9.d03t03?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>>>.

MURPHY, P. [et al.] - **Abdominal pain: a review of select conditions.** EMS Magazine [Em linha]. 39(1) (2010) 68-74. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=27>>.

NASCIMENTO, Leonel Alves do ; KRELING, Maria Clara Giorio Dutra - **Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm [Em linha]. 24(1) (2011) 50-4. [Consult. 15 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a07.pdf>>

NOLAN, Jerry P. - **European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010** [Em linha]. Lisboa: Conselho Português de Ressuscitação, 2010. 98 p. [Consult. 10 Julho 2012]. Disponível em WWW:<URL:[http:// www.erc.edu](http://www.erc.edu)>.

NUHR, M. [et al.] - **Active warming during emergency transport relieves acute low back pain.** Spine [Em linha]. 29(14) (July 2004), 1499-1503. [Consult. 6 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&hid=106&sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&bdata=Jmxhbmc9cHQfYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2005097246>>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Estado da arte** [Em linha]. 2010. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.observaport.org/node/7>>.

OLIVEIRA, B. F.M. ; PAROLIN, M.K.F. ; TEIXEIRA, E.V.T: - **Trauma, atendimento pré-hospitalar.** 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. ISBN 978-85-7379-931-6.

OLIVEIRA, J. E. - **Recomendações para o tratamento farmacológico da dor.** Revista Portuguesa de Clínica Geral [Em linha]. 23 (2007) 457-464. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL: <https://woc.uc.pt/fmuc/getFile.do?tipo=2&id=2944>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código deontológico do enfermeiro** [Em linha]. 2001. [Consult. 31 Julho 2012]. Disponível em WWW: <URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>.

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros sobre enfermagem no pré-hospitalar** [Em linha]. 2007. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros sobre enfermagem no pré-hospitalar** [Em linha]. 2007. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento nº 122/2011: competências comuns do enfermeiro especialista** [Em linha] Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2011. [Consult. 10 Julho 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento nº 124/2011: competências comuns do enfermeiro especialista** [Em linha] Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2011. [Consult. 10 Julho 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf>.

PAINKILLERS: NORTH MEMORIAL MEDICS REDUCING THE HURT. EMS Magazine [Em linha]. 38(7) (July 2009) 74. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=59>.

PEDROSO, R. A. ; CELICH, K. L. S. - **Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem**. Rev Texto & Contexto Enfermagem [Em linha]. 15(2) (Abril-Junho 2006) 270-276. [Consult. 10 Maio 2012]. Disponível em WWW :<URL :http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71415211>.

PEDROSO, Rene António, CELICH, Kátia Lilian Sedrez - **Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem** [Em linha]. Brasil, 2006. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2.pdf>.

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. - **Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS**. Lisboa: Edições Lidel, 2009.

PHIPPS, W. J. [et al.] – **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica**. 6ª ed. Lisboa: Lusociência, 2003. ISBN972-96610-0-6. P. 363-374, 378- 382.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Orientações de boa prática para higiene das mãos nas unidades de saúde: Circular Normativa nº13 de 14/06/2010** [Em linha].

Lisboa : DGS, 2010. [Consult. 22 Outubro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Plano nacional de luta contra a dor**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde ; Grafifina Edições, 2001. ISBN 972-9425-95-7.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde - **Plano nacional de saúde 2011-2016: estratégias para a saúde, IV.1, objectivos para o sistema de saúde – obter ganhos em saúde, versão discussão** [Em linha]. Lisboa: Gabinete Técnico, Alto Comissariado da Saúde, 2011. [Consult. 15 Abril 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS1_25-03-2011.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde - **Plano nacional de saúde 2011-2016: estratégias para a saúde, V.3, cadernos do PNS – indicadores e metas em saúde** [Em linha]. Lisboa: Gabinete Técnico, Alto Comissariado da Saúde, 2011. [Consult. 15 Abril 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/im_25-03-20111.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado; Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares - **Documento orientador sobre vias verdes do enfarte agudo do miocárdio (EAM) e do acidente vascular cerebral (AVC)** [Em linha]. Lisboa, 2007. [Consult. 20 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - **Circular Normativa n.º 9/DGCG** [Em linha]. 2003-06-14. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. [Consult. 6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>>f>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 11/06/2008** [Em linha]. 2008-06-11. Programa Nacional de Controlo da Dor. [Consult. 6 Julho 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - **Ganhos de saúde em Portugal : ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde** [Em linha]. 2ª ed. revista. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2002. [Consult. 12 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/ganho_saude_pt.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - **Relatório do Centro Nacional de Observação em Dor** [Em linha]. Lisboa, 2010. [Consult. 6 Fevereiro 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=37693cfc748049e45d87b8c7d8b9aacd&id=f4be00279ee2e0a53eafdaa94a151e2c>>.

POTTER, Patricia A. ; PERRY, Anne Griffin - **Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8930-24-0.

RABAT, Edward – **Guías de dolor FEDELAT: apêndice 1: Herramientas de Evaluación del dolor** [Em linha]. 2010. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.galenored.com/fedelat/archivos/Herrameintas%20de%20Evaluacion.pdf>>.

REGULAMENTO Nº 122/2011. D. R. II Série. 35 (2011-02-18). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Relatório Comissão Reavaliação Rede de Emergência e Urgência (CRRNEU). Fevereiro de 2012. [Consult. 18 Setembro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>

RIBEIRO, Ana Leonor; Santos, Célia - **Coping e a pessoa com dor crónica**. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 56, nº 3/4 (Maio/Agosto 2008), p. 99-111.

RIGOTTI, M. A. ; FERREIRA, A. M. - **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor**. Arg Cienc Saúde [Em linha]. 12:1 (2005) 50-50. [Consult. 10 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>>.

RITTO, A. Cristina F. Fernandes - **Dor : 5º sinal vital : do projecto à realidade, a longa caminhada**. Enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-0775. N.º39 (2ª Série) (Julho/Setembro 2005), p. 5-9.

ROMÃO, José – **Investir no conhecimento e no tratamento da dor** [Em linha]. 2011. [Consult. 18 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://farmacos-oncare.blogspot.com/2008/07/investir-no-conhecimento-e-no.html>>

ROSA, Thanize Prates – **Tradução e adaptação transcultural da escala "Pain Assessment Tool in Confused Older Adults – PATCOA"** [Em linha]. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul, 2009. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18672/000732030.pdf?sequence=1>>.

ROTHROCK, Jane C. – **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN978-989-8075-07-9.

SAÇA, Camila Simões [et al.] - **A dor como 5º sinal vital: actuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde** [Em linha]. 2010. [Consult. 1 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf>

Sheehy et al. – **Enfermagem de Urgência, da teoria à prática**, 6ª ED, Editora Lusociência, Loures, 2011.

SALVUCCI, A. - Literature **review: prehospital analgesia agents**. EMS Magazine [Em linha]. 37(3) (March 2008) 33. [Consult. 26 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=220>>.

SIRIWARDENA, A. ; SHAW, D. ; BOULIOTIS, G. - **Exploratory cross-sectional study of factors associated with pre-hospital management of pain**. Journal Of Evaluation In Clinical Practice [Em linha]. 16(6) (December 2010) 1269-1275. [Consult. 5 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=110&sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112>>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Recomendações para o transporte do doente crítico** [Em linha]. [Consult. 23 de Setembro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://pt.scribd.com/doc/23680927/SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008>>.

SOUSA, Maria de Fátima C. O. S. - **O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação** [Em linha]. Coimbra, 2009. Dissertação de mestrado, apresentada à Universidade de Coimbra. [Consult. 15 Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL[http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_mestrado_F%c3%a1tima%20Sousa.pdf].>

TCHERNY-Lessenot S. [et al.] - **Management and relief of pain in an emergency department from the adult patients' perspective.** *J Pain Symptom Manage* [Em linha]. 25(6) (June 2003) 539-46. [Consult. 18 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12782434>>.

TEIXEIRA, Júlio César Casal [et al.] – **Unidade de emergência: condutas em medicina de emergência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009. ISBN 978-85-300-0022-4.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen - **Dor: manual para o clínico.** São Paulo: Editora Atheneu, 2007. ISBN 85-7379-850-5.

VERGNION, M. - **Tramadol, an alternative to morphine for treating posttraumatic pain in the prehospital situation.** *Anesthesia And Analgesia* [Em linha]. 92(6) (June 2001) 1543-1546. [Consult. 5 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&hid=106&sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cgh&AN=CN-00348178>>.

WIKIPÈDIA - **Sistema de saúde na Holanda** [Em linha]. 2011. [Consult. 11 Março 2012]. Disponível em: WWW:<URL http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medical_services_in_the_Netherlands#cite_note-3>.

ZEDIGH, C. [et al.] - **Aspects on the intensity and the relief of pain in the prehospital phase of acute coronary syndrome: experiences from a randomized clinical trial.** *Coronary Artery Disease* [Em linha]. 21(2) (March 2010), 113-120. [Consult. 7 Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54cdb60e-0f63-40c5-9b49-fc4a529f6a1e%40sessionmgr112&vid=55&hid=106&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cgh&AN=CN-00743492>>.

ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento de colheita de dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

1 - Meio INEM: VMER _____
 SIV _____
 Heli

2 - Data: _____

3 - Grupo etário da vítima: _____ Anos

4 - Sexo: Masculino
 Feminino

5 - Vítima não avaliada: Desactivação
 Não encontrada
 Ausência total de dados
 Outra _____

6 - Motivo da activação:

6.1 - Trauma:	6.2 - Doença Médica
<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Veículo 2 rodas <input type="checkbox"/> Veículo ligeiro <input type="checkbox"/> Máquina agrícola <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Lesão desportiva <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Não registada	<input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Abdominal/ Genito-urinário <input type="checkbox"/> Cefaleias <input type="checkbox"/> Alteração neurológica <input type="checkbox"/> Oncológica (tumores primários ou metastáticos) <input type="checkbox"/> Extremidades <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Não registada <input type="checkbox"/> Outra: _____

AVALIAÇÃO DA DOR

7 - Dor presente: Sim
 Não
 Não registada

7.1 - Se dor não avaliada/ registada qual o motivo? Apresenta alteração do estado de consciência
 Apresenta confusão mental, distúrbio de comportamento
 Dificuldade respiratória severa (incapacidade articular palavras)
 Vítima em PCR
 Incapacidade em comunicar
 Barreira linguística
 Transferência Inter-hospitalar

7.2 - Caso de trauma: parte afectada/com dor: <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdómen <input type="checkbox"/> Cintura pélvica <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Outra: _____	7.3 - Caso de Doença Médica: Localização da dor <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Abdómen <input type="checkbox"/> Sem registo <input type="checkbox"/> Outra: _____
--	---

8 - Se dor presente, na activação: É causa Primária
 É causa Secundária
 Desconhecida

9 - Tempo de contacto com a vítima (min) _____ (hora de separação da vítima ou última avaliação – hora de chegada à vítima)

- 10 - Escala usada na avaliação da Intensidade da Dor: Escala **Numérica (NRS – Numeric Rating Scale)**
 Escala Qualitativa/ Verbal Simples
 Sem registo
 Outra: _____

CARACTERÍSTICAS DA DOR AVALIADAS E REGISTADAS:

11 - Intensidade 1ª avaliação com Escala Numérica (NRS) _____ (valor)

- 12 - Intensidade 1ª Avaliação com Escala Qualitativa: Dor Ligeira
 Dor Moderada
 Dor Intensa
 Dor Máxima
 Moderada a intensa
 Intensa a Máxima
 Sem registo

- 13 - Outras características da dor: Hora de início
 Irradiação
 Tipo de dor (Continua, intermitente, episódica, progressiva)
 Factores de alívio / agravamento (repouso, posição)
 Presença de sintomas concomitantes (vómito, sudorese...)
 Manifestações de Dor (choro, grito, gemido...)
 Outra _____

INTERVENÇÕES NA PRESENÇA DE DOR

- 14 - Intervenções na presença de Dor: Medidas Farmacológicas
 Medidas Não farmacológicas
 Não registadas

- 14.1 - Medidas Farmacológicas: Paracetamol EV
 Morfina EV
 Fentanil / Alfentanil EV
 AINS EV
 Tramadol EV
 Paracetamol PO
 Associação de antiemético
 Outra _____

- 15 - Efeitos secundários: Ausentes
 Náuseas
 Vómitos
 Sonolência
 Hipotensão
 Depressão respiratória
 Prurido
 Outro

- 16 - Medidas Não farmacológicas descritas: Imobilização
 Aplicação de frio/ calor
 Controlo respiratório
 Outra _____

CONTROLO DA DOR

- 17 – Reavaliação da dor (após intervenção): Sim, qual? _____ (NRS)
 Sim _____ (Escala Qualitativa)
 Alívio da dor
 Dor mantida
 Dor aumentada
 Não registado

DESTINO DA VÍTIMA

- 18 - Destino da vítima: Urgência de Hospital Central
 SUB (Hospital Distrital)
 Maternidade / Urgência Obstétrica ginecológica
 Não acompanhada
 Não transportada
 Não registado
 Outro _____

Anexo 2 – Autorização da colheita de dados

RE: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico

Lénia Ferreira

Enviado: sexta-feira, 23 de Março de 2012 13:08

Para: Regina Pimentel

Cc: Miguel Soares Oliveira; Nuno Filipe da Costa Pinto

Muito Obrigada Dra. Regina!

A si e a todos os que possibilitaram este processo.

A partir de quarta-feira, dia 28 de Março, (encontre-me a trabalhar antes) estarei na Delegação, para aceder aos dados autorizados.

Como não sei onde estão acessíveis, vou pedir colaboração ao nosso Coordenador Nuno Pinto.

Bem-haja!

Bom Fim de semana!

Saudações Inémicas,

Lénia Ferreira

Enfermeira, SIV - Tondela, DRC - Coimbra

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, I.P.

☐ Estrada de Eiras, Edifício B-Side, 3020-199 Coimbra - Portugal

☐ +351 239 797 800 ☐ +351 239 797 825

@: lenia.ferreira@inem.pt

Http: www.inem.pt

A emergência médica começa em si. Colabore com o INEM. Juntos, podemos salvar vidas!

De: Regina Pimentel

Enviado: sexta-feira, 23 de Março de 2012 12:57

Para: Lénia Ferreira

Assunto: FW: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico

Está autorizado .

Regina Pimentel

Diretora Regional do Centro

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, I.P.

Estrada de Eiras, Nº 259 - 2º Piso - 3020-199 Coimbra - Portugal

☐ + 351 239 797 800 / **Fax.** + 351 239 797 825

@ reginapimentel@inem.pt / **Http:** www.inem.pt

A emergência médica começa em si. Colabore com o INEM. Juntos, podemos salvar vidas!

De: Miguel Soares Oliveira

Enviada: sexta-feira, 23 de Março de 2012 11:26

Para: Regina Pimentel; Julio Pedro

Cc: Margarida Raposo

Assunto: RE: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico

Autorizo

Miguel Soares de Oliveira

Presidente do Conselho Directivo

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, I.P.

Rua Almirante Barroso nº 36 / 1000-013 Lisboa - Portugal

☐ + 351 213 508 105 / **Fax.** + 351 213 508 180

@ miguelsoaresoliveira@inem.pt

Http: www.inem.pt

De: Regina Pimentel

Enviada: sexta-feira, 23 de Março de 2012 11:09

Para: Miguel Soares Oliveira; Julio Pedro

Cc: Margarida Raposo

Assunto: FW: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico

Importância: Alta

Por favor digam –me se posso autorizar acolheita de dados.

O pedido foi feito pela Escola Superior de Viseu e foi autorizado pelo CD mas ninguém o encontra em

SGP. DI 1223 /2012.

Obrigada

Regina Pimentel

Diretora Regional do Centro

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, I.P.

Estrada de Eiras, Nº 259 - 2º Piso - 3020-199 Coimbra - Portugal

☐ +351 239 797 800 / **Fax.** +351 239 797 825

@ reginapimentel@inem.pt / **Http:** www.inem.pt

A emergência médica começa em si. Colabore com o INEM. Juntos, podemos salvar vidas!

De: Lénia Ferreira

Enviada: segunda-feira, 19 de Março de 2012 10:53

Para: Regina Pimentel

Cc: Ana Sofia Madeira; Nuno Filipe da Costa Pinto

Assunto: FW: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico

Bom dia Dra. Regina

Antes de mais espero que esteja bem.

Encontro-me a realizar Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu, faltando-me o trabalho de Investigação para o concluir.

Neste sentido, desejava fazê-lo no âmbito da emergência pré-hospitalar, no âmbito das funções desempenhadas.

Sei que os processos de pedido de autorização são morosos, mas... após um mês de espera (após escola ter feito pedido formal ao INEM), resolvi na semana passada, procurar em que ponto estaria o processo, pressionada pelo pouco tempo que já tenho.

Voltei a enviar, a título pessoal o pedido, para Lisboa e para a Delegação Regional do Centro (o que a escola não me permitiu antes, alegando ter de ser feito pedido formal entre os Presidentes do Conselho Diretivo das duas instituições).

Portanto sei que o processo está encaminhado, até porque a Dra. Sofia também me assegurou, na sexta-feira passada, pessoalmente, que tinha encaminhado o mail com informação, para o Conselho Diretivo.

Contudo, apesar de não dever usar este recurso, peço a sua compreensão para lhe fazer um pedido, de modo informal, para acesso aos dados das F.CODU (pelo menos Janeiro, Fevereiro e Março de 2012), dos meios SIV, VMER e HELI da Região Centro, tendo em conta um mail prévio entre mim e o Sr. Presidente do INEM, que me deu expectativas positivas, e que "julgo" ser do Seu conhecimento.

Sei que não é a abordagem mais correta, mas... atendendo a que sempre pude contar com abertura e compreensão da sua parte, arrisco fazê-lo e fico totalmente disponível para pessoalmente lhe dar qualquer informação que julgue pertinente, e colaborar no que me for solicitado.

Desde já agradeço a sua compreensão e ajuda, no que lhe for possível...

Saudações Inémicas,

Lénia Ferreira

Enfermeira, SIV - Tondela, DRC - Coimbra

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, I.P.

☐ Estrada de Eiras, Edifício B-Side, 3020-199 Coimbra - Portugal

☐ +351 239 797 800 ☐ +351 239 797 825

@: lenia.ferreira@inem.pt

Http: www.inem.pt

De: Lénia Ferreira

Enviado: sexta-feira, 6 de Janeiro de 2012 15:43

Para: Lénia Ferreira

Assunto: FW: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico

De: Lénia Ferreira

Enviado: quinta-feira, 5 de Janeiro de 2012 15:56

Para: Miguel Soares Oliveira

Assunto: RE: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico

Muito Obrigada Sr. Presidente!!

Eu sabia que as suas dinâmica e postura o iriam permitir! Vou formalizar tudo e enviar-lhe assim que possível!

Esforçar-me-ei por fazer um bom trabalho!

Bem haja!

Cordiais Cumprimentos

Lénia Ferreira, Enf^a. (90443)

SIV Tondela, DRC Coimbra

De: Miguel Soares Oliveira

Enviado: quinta-feira, 5 de Janeiro de 2012 15:04

Para: Lénia Ferreira

Assunto: RE: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico

Cara Enfermeira Lénia Ferreira

Formule o pedido.

Parece-me boa ideia e exequível.

Obrigado

Miguel Soares de Oliveira

Presidente do Conselho Directivo

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, I.P.

Rua Almirante Barroso nº 36 / 1000-013 Lisboa - Portugal

☐ + 351 213 508 105 / Fax. + 351 213 508 180

@ miguelsoaresoliveira@inem.pt

Http: www.inem.pt

De: Lénia Ferreira

Enviada: quinta-feira, 5 de Janeiro de 2012 14:05

Para: Miguel Soares Oliveira

Assunto: possibilidade de aceder aos registos (Fichas CODU) para estudo académico/científico
Sr. Presidente.

Queira desculpar, antes de mais, o meu atrevimento em o consultar desta forma "tão directa".... e sobretudo questioná-lo assim de forma informal.

Sou Enfermeira na SIV de Tondela e encontro-me a fazer Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica - doente crítico.

Resta-me apenas o trabalho de investigação - dissertação de Mestrado, e o meu tempo não é muito.

Pretendia fazer no âmbito da DOR e de que forma é feita a sua avaliação e controlo no Pré-Hospitalar (PH) em Portugal, ou, mais concretamente, numa zona: por ex. Centro. Isto de forma muito sumária.

Para isto questioná-vo da possibilidade de ter acesso aos registos de saídas, (SIV e VMER) num período, por ex, de três meses (ainda não escolhi quais, pois os registos transitaram do manual para o informatizado, aqui já com campo específico para registo de dor, mas não sei se terei 3 meses completos de todos os meios. Se assim não for, teria de recorrer aos mais antigos em formato de papel).

Se me disser já que é inviável, terei de optar por por outra metodologia e procurar questionar os profissionais acerca da avaliação, registo, implementação de medidas e reavaliação, principais barreiras/dificuldades... mas não me parece tão objectivo.

Há estudos internacionais que indicam uma subvalorização da dor em contexto PH, portanto se assim for, há espaço para melhorar, nomeadamente com utilização de outras escalas (PAINAD para vítimas com défices cognitivos, ou a FLACC para idades pediátricas...), com o registo obrigatório da dor à semelhança dos outros sinais vitais, preconizado pela DGS desde 2003....

Por outro lado, a Dor é das causas mais frequentes de activações de emergência, com várias dimensões, repercussões físicas, emocionais, hemodinâmicas...

Se me abrir a possibilidade de aceder aos registos, formalizarei devidamente o pedido e enviarei, para análise, o instrumento de colheita de dados (dos registos) e o procedimento metodológico.

Perdoe-me, mais uma vez a não formalidade, mas de facto tenho um horizonte temporal que me impulsionou a fazê-lo.

Aguardo, com expectativa, a sua melhor compreensão.

Obrigada!

Cordiais Cumprimentos

Lénia Ferreira, Enfª. (90443)

SIV Tondela, DRC Coimbra