



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Prevalência da Dor Associada à Implantação de Dispositivos Cardíacos

Ana Cristina Martins Seixas Fernandes

Agosto 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Prevalência da Dor Associada à Implantação de Dispositivos Cardíacos

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 8ª edição

Ana Cristina Martins Seixas Fernandes

Trabalho efetuado sob orientação da
Professora Doutora Madalena Cunha

Agosto 2023

Sumário	Pág.
Lista de Siglas	IX
Introdução.....	XI
Parte I Estágio no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos.....	9
Capítulo I - Enquadramento Teórico.....	11
Capítulo II - Competências Adquiridas do Enfermeiro Especialista.....	17
1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	17
1.1- Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	17
1.2- Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	19
1.3- Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados.....	20
1.4- Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	23
2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	25
Conclusão	29
Parte II – Investigação Prevalência da Dor Associada à Implantação de Dispositivos Cardíacos .	31
Resumo	33
Abstract	35
1. Introdução	37
2. Métodos	43
3. Resultados	45
3.1- Análise descritiva	45
3.2- Análise inferencial	50
4. Discussão	57
5. Conclusão	63
Bibliografia	67
Anexo I: Formulário	73
Anexo II: Consentimento Informado Ao Participante.....	79

Índice de Quadros	Pág.
Quadro 1 - Características sociodemográficas em função do género.....	47
Quadro 2 - Características relacionada com experiência de dor em função do género	48
Quadro 3 - Alterações psicológicas relacionada com dor em função do género.....	49
Quadro 4 - Características da dor relacionada com implantação do dispositivo cardíaco em função do género	49
Quadro 5 - Estatísticas relativas à avaliação da dor	50
Quadro 6 - Características da dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco em função do género	51
Quadro 7 - Teste de Wilcoxon: dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco	52
Quadro 8 - Regressão simples: avaliação da dor e idade.....	53
Quadro 9 - Relação entre variáveis sociodemográficas e dor.....	55
Quadro 10 - Relação entre alterações psicológicas e avaliação da dor	55
Quadro 11- Relação entre o diagnóstico clínico e localização da dor com a dor após implantação do dispositivo cardíaco	56

Índice de Figuras**Pág.**

Figura 1 - Síntese das Relações entre a dor e idade.....	53
--	----

Lista de Siglas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AUGPCI	Área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos
CHULC	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
CHULN	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
CT	Centro de Trauma
HCIS	Healthcare Information System
HSJ	Hospital de São José
HSM	Hospital de Santa Maria
IASP	International Association for the Study of Pain
INE	Instituto Nacional de Estatística
SAV	Suporte Avançado de Vida
SE	Sala de Emergência
SMI UNEIC	Serviço de Medicina Intensiva – Unidade Estrutural de Internamento do Doente Crítico
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SO	Sala de Observação
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgência Médico-cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
UML	Urgência Metropolitana de Lisboa
VMER	Viatura Médica Emergência Rápida
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, inserida no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª edição, foi-nos proposta a elaboração de um Relatório de Estágio, no qual se procura descrever o percurso dos estágios bem como aprendizagens/competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos mesmos.

Foram muitas as áreas de interesse que surgiram ao longo dos estágios, destacando, no entanto, a área da Segurança do Doente e a Dor nas suas várias vertentes, pelo que foi realizada uma pesquisa mais aprofundada sobre estes temas.

Estes contextos de estágio revelaram-se desafiantes, com um elevado potencial de enriquecimento pessoal e profissional, em termos técnicos, científicos, humanos e relacionais.

Assim, como objetivos específicos pretendemos:

- a) Descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios efetuados;
- b) Analisar e refletir acerca das Competências do Enfermeiro Especialista;
- c) Elaborar um relatório que reflita a aprendizagem, cumprindo assim um requisito de avaliação da unidade curricular.

A elaboração deste relatório tem por base a consulta dos Relatórios de Estágio efetuados em cada contexto, Urgência e Cuidados Intensivos. Bem como os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do percurso profissional e curso de formação, observação, consulta e análise de documentação e bibliografia necessária e recomendada, bem como o contacto informal com os profissionais que trabalham nos serviços.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte fazemos referência aos dois contextos de estágio (SU-Hospital de S. José e SMI-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte), efetuamos uma análise às competências adquiridas, evidenciando o percurso percorrido para as atingir; descrevemos as atividades realizadas, através de uma análise crítico-reflexiva, com vista a alcançar os objetivos específicos traçados previamente nos Projetos de Estágio, de acordo com os domínios de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. A segunda parte reporta-se ao Projeto de Investigação a ser desenvolvido e, por último, mas não menos importante a conclusão.

Parte I
Estágio no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos

Capítulo I - Enquadramento Teórico

Após ser concluída a componente teórica, objetivou-se o percurso prático de aprendizagem que permitisse a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista.

O estágio em contexto de Urgência realizou-se no SU do Hospital de S. José do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC) no período compreendido entre 20 de fevereiro e 30 de abril de 2023. O estágio em contexto de Cuidados Intensivos realizou-se no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) no período compreendido entre 02 de maio e 30 de junho de 2023.

O Hospital de São José é uma das maiores Unidades Hospitalares da Grande Lisboa, situado na freguesia de Arroios. Foi fundado em 1492, sucedendo ao Hospital Real de Todos os Santos, situando-se então no Rossio, numa obra assinada pelo arquiteto Diogo Boitaca, um dos nomes mais importantes da arquitetura em Portugal.

Nos últimos anos o Hospital tem vindo a modernizar-se com os limites decorrentes da sua origem conventual. Tal como em todos os outros hospitais do grupo nele se pratica uma medicina moderna em edifícios velhos e reconstruídos. Juntando ciência e arte naquele que é um dos mais importantes monumentos de Lisboa.

Atualmente, o Hospital de São José (HSJ) faz parte do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) juntamente com o Hospital dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta, o Hospital Dona Estefânia, o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Doutor Alfredo da Costa, integrado no Serviço Nacional de Saúde, sendo a sua principal especialização na área dos doentes politraumatizados.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2015, p.1), diz-nos que “o serviço de urgência tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”.

Consoante o tipo de recursos e de capacidade de resposta, a rede do serviço de urgência integra 3 níveis de resposta, que estão descritos no Despacho 10319/2014, de 11 agosto como sendo:

- Serviço de Urgência Polivalente (SUP);
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC);

- Serviço de Urgência Básico (SUB).

O Serviço de Urgência do Hospital de São José do CHULC, é classificado como SUP (Despacho nº 5414/2008, p.8084) com Centro de Trauma (CT) correspondendo ao nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência.

Desde 2013, a Urgência Geral Polivalente constitui um dos dois polos integrantes da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para as especialidades definidas: Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar, Gastrenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Urologia.

Dá igualmente suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC; Via Verde Sépsis e Via Verde de Trauma. Atualmente a Via Verde Sépsis encontra-se desativada.

A prioridade no atendimento dos doentes é definida segundo o sistema de Triagem de Manchester implementado neste Centro Hospitalar desde 2007.

A estrutura do Centro Hospitalar, nas suas diversas valências, encontra-se organizada de forma a assegurar toda a articulação necessária para proporcionar uma continuidade de cuidados ao doente crítico, desde o pré-hospitalar (com a VMER do CHULC), passando pela Urgência Geral até aos cuidados diferenciados prestados em unidades específicas.

O SU do HSJ é um serviço com características específicas no que respeita à sua estrutura física e à dinâmica organizacional. Apresenta uma estrutura física própria, orientada para a prestação de cuidados urgentes/emergentes ao doente crítico, mas também para o doente não crítico. Compreende um espaço físico de grandes dimensões, no entanto, esse mesmo espaço torna-se reduzido para todas as necessidades/ solicitações sentidas diariamente em virtude do grande afluxo de doentes que requerem aqueles cuidados.

O SU tem uma dinâmica bastante complexa, com variadas áreas de intervenção de enfermagem, valências médicas, equipas multidisciplinares numerosas e sobretudo uma grande afluência de doentes por turno. No entanto, apesar do serviço parecer desorganizado, com altos níveis de ruído, devido à excelente gestão e espírito de ajuda entre todos, prestam-se cuidados de qualidade e de uma maneira geral, os elementos da equipa encontram-se motivados quer a nível de desempenho profissional no seu turno, quer a nível de participação em formação no serviço (interna) e externa.

O Hospital de Santa Maria (HSM) foi concebido pelo arquiteto Alemão Hermann Distel em 1938 e iniciada a sua construção em 1940, vindo a culminar a sua construção em 1953, concretizando aquela que foi considerada na altura como uma das maiores realizações do Estado Português de todos os tempos.

A sua localização é na Cidade Universitária, na antiga freguesia do Campo Grande, atualmente freguesia de Alvalade, em Lisboa. Integra juntamente com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e o Instituto de Medicina Molecular (IMM) o Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML).

Desde 27 de Dezembro de 2007, o Hospital de Santa Maria integra, juntamente com o Hospital Pulido Valente o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE (CHULN).

O HSM é considerado um estabelecimento universitário de referência do Serviço Nacional de Saúde Português, desempenha funções integradas de prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada e de inovação e investigação e constitui-se como unidade essencial dentro do sistema de saúde português. Nele estão presentes capacidades notáveis ao nível dos recursos humanos, das tecnologias praticadas e do saber científico.

A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência direta, o HSM garante referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional e nacional e dos Países de Expressão Portuguesa.

Numa época de constante evolução tecnológica e de conhecimento baseado em evidência científica, é necessário que a Medicina Intensiva consiga avaliar e cuidar do doente crítico de uma forma integrada e multidisciplinar, oferecendo os cuidados necessários e adequados às suas necessidades, cuidados baseados nas boas práticas, cuidados seguros e de qualidade.

A Ordem dos Médicos define Medicina Intensiva como “uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas.” (OM,2003).

Um SMI deve corresponder a um sistema organizado para prestação de assistência ao doente crítico, assegurando cuidados multiprofissionais intensivos e especializados, capacidade de monitorização avançada e múltiplas modalidades de suporte fisiológico de órgão para manter a vida durante um período de disfunção orgânica aguda. Apesar destas unidades se encontrarem definidas numa área geográfica do hospital, as suas atividades estendem-se para lá das paredes

do espaço físico para abranger atividades nos serviços de urgência, nas enfermarias e nas consultas de follow-up.

Independentemente da terminologia utilizada para a caracterização do nível de assistência médica que pode ser atribuída ao serviço do doente crítico nas diferentes unidades (mono vs polivalente, alta vs média dependência, intensivos vs intermédios) de acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e a Federação das Sociedades de Cuidados Intensivos é defendida a existência de três níveis de atenção ao doente crítico, na organização hospitalar. Perante isto, admite-se que possam coexistir diferentes níveis de cuidados a doentes críticos:

– Nível I – Camas sem gestão por Medicina Intensiva. Visa basicamente a monitorização não invasiva ou minimamente invasiva e o tratamento de curta duração dirigido a uma monodisfunção orgânica. Pressupõe a capacidade de identificar os sinais iminentes de mais disfunções orgânicas e assegurar manobras de reanimação. O suporte de órgão está limitado a ventilação não invasiva ou ventilação mecânica invasiva de doentes crónicos. Deve ter médico em presença física no período diurno e de chamada no período noturno, não sendo obrigatório o treino formal em medicina intensiva. Deve ter dotação de pelo menos 1 enfermeiro por cada 4 camas.

– Nível II – Camas sob gestão da Medicina Intensiva. Permite monitorização invasiva e de suporte monovalente de falência orgânica, capacidade autónoma para suporte avançado de vida, cateterização venosa central e arterial, ventilação mecânica invasiva, administração de fármacos vasoativos e técnicas de substituição renal intermitente. Deve haver acesso permanente nas 24h a médico com preparação específica em medicina intensiva em presença física no período diurno e de chamada no período noturno e no mínimo um enfermeiro qualificado por cada 3 camas. O acesso a meios de diagnóstico ou procedimentos mais complexos com maior intensidade de cuidados implica passagem a nível de cuidados III.

– Nível III – Camas sob gestão da Medicina Intensiva. Capacitação para fornecer os cuidados adequados aos doentes críticos de maior gravidade e complexidade, de acordo com o estado da arte e de forma continuada, incluindo ventilação mecânica invasiva, traqueotomias, monitorização hemodinâmica invasiva avançada, técnicas de suporte hemodinâmico, técnicas de substituição renal contínua e pode abranger realização de ECMO e neuromonitorização invasiva. Implica a existência de quadros próprios com equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica garantida por intensivista em presença física nas

24h e no mínimo um enfermeiro qualificado por cada 2 camas. Pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e deve estar organizada equipa multidisciplinar e multiprofissional de cuidados com realização de visita médica diária e reuniões de morbimortalidade (Anexos DOFMI - Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva 2018).

Baseada nesta nomenclatura, podemos referir que o serviço de Medicina Intensiva do HSM é considerado uma Unidade de Nível III, pois ela possui características específicas que a tornam como referência quer a nível da prestação de cuidados como de técnicas utilizadas, mas não só.

O SMI tem a gestão e coordenação global do Programa de ECMO do CHULN, reconhecido em 2017 como Centro de Referência para a Área de ECMO após reconhecimento pela DGS e homologação pelo Secretário de Estado Adjunto e da saúde (Despacho n.º6669/2017 de 2 de agosto). Tem vindo a desenvolver e implementou em permanência o Programa de E-CPR, integrado no programa do Centro de Referência ECMO.

É um polo de referenciação para extensas áreas geográficas e para áreas de patologia específicas, como seja o trauma e o grande queimado. A sua forma assistencial também passa por doentes com tipologia de doença muito específica, como sejam os casos do Transplante Renal, Cirurgia Vascular, Cirurgia Oncológica, ORL/Plástica, Cirurgia Geral Oncológica e Neurocirurgia.

O SMI tem uma participação ativa e regular em atividades de natureza científica e investigacional, envolvendo os seus profissionais médicos e enfermeiros, em parceria com outros serviços do hospital e instituições do Centro Académico de Lisboa como o Instituto de Medicina Molecular (IMM).

Atualmente tem em curso o desenvolvimento de um protocolo de colaboração com a Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM) para a promoção da investigação clínica e formação continuada dos profissionais do Serviço de Medicina Intensiva.

Atualmente, o Serviço de Medicina Intensiva é constituído por 3 áreas para internamento de doentes críticos. No Piso 9 situa-se o SMI Unidade Neurocrítica e no Piso 1 situam-se as duas Unidades SMI UNEIC I e SMI UNEIC II. Recentemente, no período decorrente do estágio, por decisão da Direção Clínica e de Enfermagem do CHULN houve a “união” das duas Unidades.

A Unidade SMI UNEIC II, local de realização do estágio, é uma unidade “clean”, designada por “Open Space”. O espaço é amplo com a possibilidade de circulação 360° à volta da unidade em si e de cada unidade específica do doente. Esta Unidade comporta 2 Quartos Individuais/Isolamento e 12 Camas/Unidades de doentes. Existe uma área de trabalho central, a qual permite a visualização de todos os doentes, inclusivamente os que se encontram nos quartos individuais.

Na Unidade convergem competências profissionais diversas, destacando-se a presença de médicos das mais diversas áreas de especialidade, enfermeiros diferenciados na área do doente crítico, técnicos de reabilitação respiratória e motora, nutricionistas e farmacêuticos, conferindo à prática da Medicina Intensiva a sua dimensão multidisciplinar e multiprofissional. No SMI realizam-se visitas clínicas multiprofissionais, diariamente, com a participação alargada dos elementos da equipa, com o propósito de definição de estratégias e definição de objetivos clínicos.

Capítulo II - Competências Adquiridas do Enfermeiro Especialista

1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento n.º 140/2019 emitido pela Ordem dos Enfermeiros (Anexo 1) define enfermeiro especialista como sendo “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, (...), o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (p.4744).

O mesmo Regulamento descreve um conjunto de competências comuns “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (p.4745) e que integram:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.1- Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alterado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, descreve que “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem” (p.8061). É, também, dever do enfermeiro “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (p.8078) e “manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão” (p.8080).

Procurámos durante a prestação de cuidados no SU atuar sempre em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da prática profissional, atendendo aos direitos, dignidade, privacidade, crenças e valores de todos os intervenientes, embora a necessidade de rapidez de atuação, em determinadas circunstâncias os reportem para um segundo plano.

O contexto em Urgência é deveras um contexto com características específicas e por vezes difícil, nomeadamente na capacidade de agir e da tomada de decisões de forma rápida, precisa, com foco na resolução de problemas clínicos e/ou dilemas éticos. No entanto, o respeito pelo ser humano enquanto indivíduo único e detentor de direitos inalienáveis sobrepõe-se a todo o resto.

A partilha de informações, experiências, realidades profissionais e perspetivas do cuidar esteve sempre presente ao longo deste percurso, sendo uma estratégia e um processo progressivo de aprendizagem que exigiu todo o empenho possível na capacitação pessoal para o cuidado ao doente crítico, na fundamentação das boas práticas, principalmente do ponto de vista das evidências científicas.

Procurámos informar e esclarecer o doente sobre qualquer procedimento a que ia ser submetido, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência e da não-maleficência (por exemplo: acerca da necessidade de monitorização, de efetuar punção venosa para colheita de sangue para análise e administração de terapêutica). A avaliação do estado neurológico do doente é fundamental, pois qualquer tipo de esclarecimento e tomada de decisão deverá ter em conta o mesmo.

Observámos e participámos nos cuidados ao doente crítico e não nos deparámos com nenhuma situação que desrespeitasse os valores éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem, bem como o desrespeito pelos direitos humanos. Isto também é revelador da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente na Sala de Emergência.

O mesmo foi evidenciado no SMI, em que por vezes a tomada de decisão não é fácil, pudemos constatar que o envolvimento da família/ cuidador/ amigo nestas decisões é crucial (sempre que é possível, porque por vezes não é). A disponibilidade e empatia dos profissionais para os familiares é deveras excepcional. Os familiares dos doentes são recebidos antes da entrada na Unidade pelas Administrativas que os acompanham e os referenciam ao Enfermeiro responsável de turno e ao médico responsável. Esse momento serve para atualizar a situação clínica do doente, esclarecer dúvidas, preparar os familiares para o ambiente que vão encontrar,

etc. Caso não queiram observar o doente, é respeitada essa decisão. Os familiares encontram-se esclarecidos quanto á evolução da situação clínica do doente.

A transmissão de más notícias é feita pelo médico responsável pelo doente, dando cumprimento ao protocolo do serviço.

O respeito pelo sigilo da informação é por mim assumido como um dos pilares fundamentais, pois é um direito do doente seja qual for a sua condição clínica, familiar e social.

Fazendo uma reflexão sobre o nosso desempenho neste âmbito, diremos que os objetivos foram alcançados, em muito se deve á nossa postura enquanto pessoa e profissional de saúde.

1.2- Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No nosso entendimento, a busca de conhecimento e das melhores práticas devem fazer parte do percurso profissional do Enfermeiro. É também por isso que nos encontramos a realizar este caminho de formação. As nossas ações devem refletir o nosso conhecimento, com base na melhor evidência científica. A investigação é importante para mudar e melhorar comportamentos e práticas.

A responsabilidade de assegurar todos os cuidados a um doente em estado crítico, permitiu-nos desenvolver autonomia pela gestão das decisões tomadas e expressar o pensamento crítico. Essa responsabilização foi muito importante para incrementar a tomada de consciência, desenvolver o processo de enfermagem e realizar uma reflexão crítica sobre as necessidades e os cuidados ao doente crítico, de forma a dar uma resposta atempada e eficaz quer em contexto de SU ou mesmo em ambiente de Cuidados Intensivos. Possibilitou ainda, desenvolver capacidades e competências na prestação de cuidados de qualidade e segurança para o doente.

A falta de conhecimento na área de Trauma no SU, no que respeita a procedimentos, equipamentos e medicação despertaram interesse e procura de fundamentação científica, tendo em muito contribuído para a nossa adaptação e autonomia no serviço, o apoio incessante do Enfermeiro Orientador e a nossa própria vontade de querer fazer melhor.

A responsabilidade de assegurar todos os cuidados a um doente em estado crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos tornou-se deveras desafiante á nossa capacidade mental, psicológica e física. Por momentos, apoderou-se sobre nós um sentimento de incapacidade e

inferioridade que até então desconhecíamos e que não fazem parte da nossa identidade enquanto profissional. O estágio foi pautado pela exigência por parte dos peritos na área dos Cuidados Intensivos. Esta exigência converteu-se num enriquecimento e empoderamento enquanto profissional. Enquanto pessoa, ficou patente a capacidade de resiliência e as características humanas que são a nossa identidade. A grande complexidade do serviço e dos doentes não nos permitiu desenvolver a capacidade de autonomia tal como foi planeada, paralelamente foram desenvolvidas outras capacidades e competências na prestação de cuidados de qualidade e segurança para o doente.

O desenvolvimento do espírito crítico e reflexão individual, procurando momentos de reflexão individual e em conjunto com a equipa, foi uma mais-valia neste percurso, demonstrando a abertura à aprendizagem e reflexão sobre a mesma.

A observação também nos permite refletir sobre as ações realizadas e utilizámos o saber observar, para ponderar as nossas ações.

1.3- Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste âmbito e de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro deve gerir os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da equipa e adaptar a liderança e a gestão os recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Portugal, Regulamento n.º 140/2019).

As competências de gestão de cuidados englobam não só a gestão direta dos cuidados prestados aos doentes como também, a gestão dos recursos materiais e humanos.

Em ambos os estágios, os Enfermeiros Orientadores assumiram por diversas vezes as funções de Chefe de Equipa. Desde o início, demonstrámos disponibilidade em colaborar em atividades relacionadas com a área de gestão do serviço pois é uma área de gosto e interesse pessoal e profissional. No entanto, a primazia dada ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas do cuidado direto ao doente, determinou que este fosse um objetivo programado para uma fase mais avançada do estágio. O objetivo foi alcançado, no entanto, consideramos que poderíamos ter ido mais além nesta área, as nossas intervenções tornaram-se gradualmente mais estruturadas, individualizadas e especializadas, fundamentando sempre os vários procedimentos e tomadas de decisões nesta área. Foi possível participar na gestão de recursos materiais através da gestão de stocks, interagindo com os vários serviços de apoio, nomeadamente serviços Farmacêuticos e recursos humanos tal como os serviços de transporte

de doentes no caso do SU. Esta gestão exigiu um grande conhecimento das dinâmicas e das necessidades do serviço, assegurando sempre um stock mínimo de material que permita dar resposta às necessidades da prestação de cuidados da equipa multidisciplinar.

A identificação e reconhecimento da funcionalidade dos equipamentos existentes no SU e a sua testagem segundo protocolos e orientações específicas nomeadamente do Enfermeiro Orientador, foram práticas autónomas e responsáveis realizadas por nós. Como exemplo enumeramos a verificação e operacionalização dos vários Carros de Emergência, Monitores Cardíacos das SE e os de suporte para a transferência de doentes intra e inter-hospitalar, Armários com material esterilizado que serviam de suporte aos vários procedimentos, entre outros. Confirmação e validação do material enviado e posteriormente recebido do Serviço de Esterilização.

Em ambos os serviços o método de trabalho implementado é o método individual, com exceção nas Salas de Emergência do SU. No SU cada enfermeiro é responsável pelos cuidados prestados aos doentes do posto onde se encontra distribuído, existindo um planeamento do trabalho de enfermagem realizado. No entanto, sempre que possível, existe uma dinâmica de entreajuda no seio da equipa de enfermagem, o que é fundamental, devido à grande afluência de doentes ao SU.

A distribuição dos enfermeiros pelos vários postos de trabalho é programada antecipadamente pelo Enfermeiro Chefe de Equipa. Diariamente e antes do início do turno, são feitos ajustes na distribuição com base nas trocas e solicitações entre os vários elementos da equipa/equipas.

De acordo com o Regulamento do Serviço de Urgência, o Enfermeiro Chefe de Equipa assume as competências delegadas pelo seu superior hierárquico, gerindo os cuidados de Enfermagem de acordo com os recursos disponíveis.

Sendo o Enfermeiro Orientador o 2º elemento da equipa, na ausência do Chefe de Equipa assumiu por diversas vezes a função de coordenação e gestão da equipa. Desta forma foi possível acompanhá-lo aquando da realização das tarefas relativamente à gestão, coordenação de recursos humanos e materiais. Nesses turnos, após a transmissão de informação por parte do Enfermeiro com a mesma responsabilidade do turno anterior, visitávamos todos os setores/postos de trabalho, registávamos as faltas de material e repunhamos caso necessário, tentava-se solucionar todas as situações que estavam por resolver relativamente a avarias ou outras faltas. Mobilizavam-se recursos se necessário após consultar o Programa Informático –

HCIS pelo conhecimento do número de doentes que se encontravam por setor, gestão das pausas para as refeições e sobretudo estabelecia uma relação empática de confiança e de referência com a equipa. Sem dúvida que é de extrema importância para o bom funcionamento do serviço uma boa capacidade de liderança e de gestão. Ao refletir sobre estas práticas de gestão, capacidade de comunicação assertiva e prestação de cuidados baseados em conhecimentos científicos, considero ter encontrado um modelo que me servirá de guia no desempenho profissional enquanto Enfermeira Especialista.

Tal como no SU no SMI o método de trabalho é individual. No entanto, sempre que seja necessário e possível, existe uma dinâmica de entreajuda no seio da equipa de enfermagem, acaba por se tornar importante, quer na prestação de cuidados ao doente quer “no bom ambiente” entre os elementos da equipa. A ausência (até que por breves momentos) do profissional na unidade, exige a este, a comunicação da sua ausência e solicitação aos seus pares para a vigilância e responsabilidade pelo(s) seu(s) doente(s).

A designação/atribuição de enfermeiro responsável pelo(s) doente(s) em cada turno é feito no início do mesmo. Na ausência da Enfermeira Chefe e da Enfermeira em Funções de Coordenação é função atribuída ao enfermeiro responsável de turno (1º elemento da equipa). Pudemos, no entanto, constatar que, o enfermeiro responsável de turno não assume responsabilidade específica sobre algum doente, assume, pois, um papel importante no apoio e colaboração para com os restantes elementos da equipa, sem descuidar a sua responsabilidade na orgânica e funcionalidade do serviço.

Segundo o Parecer N°15/2018 MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA da OE “Na prestação direta dos cuidados de enfermagem aos doentes, e sem embargo do referido no Regulamento n° 533/2014 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª série, n° 233, de 2 de dezembro, recomendam-se “os rácios mínimos de 1:2 em camas de nível III e de 1:3 em camas de nível II”. Constatámos que os níveis das dotações seguras no SMI são escrupulosamente cumpridos. Para isso, também contribui a postura profissional da equipa e o seu grau de exigência de qualidade na prestação de cuidados seguros ao doente, baseados no conhecimento da Legislação em vigor.

A transição de cuidados é feita de forma individualizada, sendo opcional ser junto do doente. No nosso caso, a opção recaiu na maioria das vezes ser realizada na unidade do doente, junto deste. Após a transição da informação e cuidados relativos ao doente de forma pormenorizada é realizado um Briefing entre a equipa que fica. Com este procedimento pretende-

se que todos os elementos da equipa tenham conhecimento de uma forma mais generalista da situação clínica de todos os doentes que se encontram na Unidade, nomeadamente os doentes recém-admitidos. Também pude constatar ser um momento de partilha de conhecimentos entre os pares, de cumplicidade entre os demais, no qual se reflete acerca das práticas prestadas, gerando mudanças de comportamento e atitudes.

1.4- Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (p. 4745), no âmbito deste domínio configuram-se duas competências:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

As equipas de enfermagem do SU e SMI são equipas que primam pela excelência do cuidar, investindo o seu conhecimento na procura constante da qualidade. Integrar uma equipa com estes valores tornou-se num enorme desafio e de grande responsabilidade pessoal, profissional e académico. O conhecimento da estrutura física, a compreensão da organização e circuito dos doentes, bem como das metodologias de trabalho e dos protocolos de atuação, normas e procedimentos, foram elementos facilitadores à integração em ambos os serviços. Procurámos atuar em conformidade com os procedimentos estabelecidos e agir com responsabilidade e espírito de iniciativa, integrando todas as atividades da equipa, manifestando interesse e disponibilidade em prol do bom funcionamento do serviço e ir ao encontro dos objetivos a que nos propusemos alcançar.

Considero que a integração decorreu de forma positiva, embora no início sentisse algumas dificuldades nomeadamente na adaptação às metodologias de trabalho. Efetivamente, trata-se de serviços muito específicos que exigem um vasto conhecimento e treino, neste sentido fui desenvolvendo uma observação atenta, reflexiva e perspicaz, recorrendo aos Enfermeiros Orientadores e á equipa multidisciplinar na procura de informação e estratégias para um melhor desempenho.

No SU sentimos vontade na participação da dinâmica de trabalho, realçando o acompanhamento dos doentes na realização de exames (nomeadamente TAC e RX), na transferência de doentes para serviços como os Cuidados Intensivos do Hospital de S. José, quer para outras Unidades Hospitalares pertencentes ao CHULC, nomeadamente Hospital dos

Capuchos (Unidade de Cuidados Intermédios) e Hospital Curry Cabral (Unidade de Cuidados Intensivos) foram experiências novas, difíceis de repetir e consideradas importantes e relevantes para o processo de formação enquanto Enfermeira Especialista.

A disponibilidade também esteve presente por parte do Enfermeiro Orientador, disponibilidade para ouvir, esclarecer, ensinar e partilhar. A partilha de experiências foi importante ao longo de todo o percurso, permitindo uma aprendizagem baseada na reflexão sobre as práticas. O entusiasmo na partilha de experiências de realidades profissionais tão diferentes tornou-se num enriquecimento pessoal e profissional.

Também aqui, no SU, ao longo do estágio simultaneamente pudemos assumir a função de elemento em formação, mas também contribuímos para a partilha de conhecimentos e de alguma forma sermos elemento de referência para com os nossos pares em formação. A presença de alunos de enfermagem do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem, faz-nos lembrar essas duas posições, tornando o nosso desempenho de maior responsabilidade pelo exemplo que possamos estar a transmitir.

Durante o estágio no SMI, primei por demonstrar disponibilidade para colaborar com todos os intervenientes. No início, o sentimento que tivemos foi de falta de confiança em nós, no entanto, com o desenrolar do mesmo, sentimos que a confiança foi aumentando até um momento em que ficámos responsáveis pela Unidade por um período de tempo. Nesse momento, sentimos um grande orgulho pelo nosso desempenho e postura profissional e sentimos que viam em nós alguém em quem podiam confiar e delegar responsabilidades.

A assiduidade e pontualidade fizeram parte integrante de todo os estágios. Esta forma de estar também demonstra o interesse, respeito e disponibilidade para com o mesmo.

No SU do HSJ em colaboração com o Enfermeiro Orientador e Enfermeira responsável pela área da formação, realizámos o levantamento das necessidades de formação do serviço. Nesse sentido, colaborámos na elaboração de um plano de intervenção de forma a colmatar as necessidades sentidas. Após conversa informal entre estes três elementos, foi sugerido pela Enfermeira responsável pela formação, um tema, pois na visão da mesma, seria uma mais-valia para o serviço, quer pela sua especificidade e carência de conhecimentos nesta área, quer pelo desempenho da nossa área profissional.

O tema escolhido e aceite por todos, abordando a área da Arritmologia - Dispositivos Eletrónicos Cardíacos Implantáveis. Podemos verificar ao longo do estágio que, este tema fazia

todo o sentido ser abordado, pois era notório alguma dificuldade a nível de conhecimentos nesta área de atuação. Esperamos ter contribuído para o enriquecimento de conhecimentos nesta área.

Foi realizado um trabalho, em que a preparação do mesmo foi acompanhada pelo Enfermeiro Orientador, tendo sugerido alterações que foram aceites. O trabalho encontra-se no SU para ser apresentado á equipa, quando houvesse disponibilidade para tal. A modalidade de apresentação do trabalho também foi uma oportunidade nova e diferente. A apresentação foi feita de forma Assíncrona, ou seja, gravada podendo ser apresentada em forma digital quando for oportuno para o serviço. Referir que, não foi apresentada pelo elevado número de formações programadas no serviço para este período.

2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Os cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crítica são cuidados revestidos de grande complexidade, exigindo por parte do enfermeiro conhecimentos técnico-científicos e uma interpretação sistemática de dados, que permite prevenir complicações e intervir de forma precisa, eficaz e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 - 16 de julho de 2018). Assim, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige do Enfermeiro uma grande capacidade de competências técnicas, científicas e relacionais, que lhe permitam diagnosticar adequadamente as necessidades de cada doente e, deste modo, criar um plano individual de cuidados em conformidade com essas necessidades.

O Regulamento n.º 429/2018, p.19359 (Anexo 2) também emitido pela Ordem dos Enfermeiros, descreve as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica como sendo:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

Atendendo a que a Enfermagem Médico-Cirúrgica possui uma vasta abrangência, tornou-se necessário “especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359) e daí se identificaram as seguintes áreas:

- Área de enfermagem à pessoa em situação crítica;
- Área de enfermagem à pessoa em situação paliativa;
- Área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória;
- Área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656).

Neste domínio, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica estão regulamentadas e publicadas pelo Regulamento n.º 429/2018 (p. 19359):

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Verificamos assim que:

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação

total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656)

Os cuidados especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica também se regem por padrões de qualidade definidos pelo Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros (Anexo 3). Este Regulamento define sete enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, como sendo:

- Satisfação do cliente;
- Promoção da saúde;
- Prevenção de complicações;
- Bem-estar e autocuidado;
- Readaptação funcional;
- Organização dos cuidados;
- Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

A priorização dos cuidados foi uma aprendizagem continua ao longo deste percurso em ambos os estágios. As dificuldades sentidas foram ultrapassadas devido à total disponibilidade por parte dos Enfermeiros Orientadores e ao nosso empenho pessoal, resiliência, na procura de conhecimentos científicos como na disponibilidade para observar e assimilar conhecimentos com os peritos nas suas práticas.

Conclusão

A realização de um estágio é sempre um desafio, com maior ou menor motivação, consoante os objetivos e a própria experiência profissional, que auxilia nas atividades a desenvolver e nas decisões a tomar. A motivação foi um pilar que se manteve presente durante todo este percurso, tornando-se numa mais-valia.

Apesar das dificuldades sentidas, nomeadamente cansaço físico e por vezes psicológico, consideramos que o balanço final foi bastante positivo e os objetivos definidos foram alcançados com sucesso, tendo as expectativas para cada estágio sido superadas.

Foi importante a realização deste Relatório, uma vez que permitiu proceder à reflexão das atividades desenvolvidas, possibilitando a melhoria do desempenho e o reconhecimento das falhas. Isto contribuiu para um crescimento pessoal e profissional.

Durante a realização deste Relatório, foi pretensão utilizar uma linguagem clara, concisa e compreensível. Este relatório também serve como um momento de reflexão relativamente aos objetivos de aprendizagem do estatuto de especialista, durante a sua construção.

Ao longo do desenvolvimento dos estágios houve algumas áreas de maior interesse e que foram alvo de pesquisa mais aprofundada, nomeadamente a área da Segurança do Doente e a Dor nas suas várias vertentes. Neste sentido, a temática da Dor será o tema abordado em contexto de Trabalho de Investigação. Pretende-se que esse estudo vá de encontro à nossa preocupação e responsabilidade enquanto profissional perante doentes com necessidade de Implantação de Dispositivo Cardíaco.

Parte II – Investigação
Prevalência da Dor Associada à Implantação de Dispositivos Cardíacos

Resumo

Introdução: A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos. É um fenómeno complexo e multidimensional que pode ter graves consequências não só a nível físico, mas também psicológico e social.

Objetivos: avaliar o nível de dor antes e após o procedimento e determinar se as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas interferem na prevalência da dor

Métodos: Estudo de carácter descritivo e transversal, realizado com doentes portadora de patologia cardíaca com necessidade de Implantação de Dispositivo Cardíaco. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário autoaplicado.

Resultados: A amostra constituída por 30 participantes, 50% (15) do sexo masculino. A idade mínima dos participantes foi de 21 anos e a máxima de 97 anos, o que corresponde a uma média de $78,1 \pm \text{anos} \pm 13,6$. Verifica-se que 56,7% das pessoas com doença do nódulo sinusal/bradicardia foi necessário implantar o dispositivo cardíaco. A dor na região delto-peitoral esquerda foi a mais prevalente (80,0%) após a implantação do dispositivo cardíaco, sendo que a maioria (56,7%) dos participantes utilizaram as medidas farmacológicas e não farmacológicas. A maioria (56,7%) referiu dor leve após implantação do dispositivo cardíaco. Os participantes que percecionaram menos dor antes e após o procedimento foram aqueles que: estão habilitados com ensino básico e secundário, não professam alguma religião e os que coabitam com os conjugues/companheiras em relação os que vivem sozinhos(as) e os que vivem filhos(as). Os casados percecionaram menos dor após o procedimento. A idade surge como preditor da dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco.

Conclusões: Os resultados são consistentes com a investigação nacional e internacional, confirmando a prevalência a elevadas prevalências da dor leve antes e após o procedimento. Alguns fatores sociodemográficos, revelaram-se preditores da dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco. Quando às estratégias de alívio da dor, os registos demonstram que a associação das medidas farmacológicas/não farmacológicas foram mais utilizadas no alívio da dor.

Palavras-chave: medidas farmacológicas e não farmacológicas; implantação de dispositivo cardíaco, dor

Abstract

Introduction: Pain is an unpleasant sensorial and emotional experience, related to real or potential tissue damage. It is a complex and multidimensional phenomenon that can have serious consequences not only on a physical level, but also on a psychological and social level.

Objectives: evaluate the level of pain before and after the procedure and determine whether sociodemographic, clinical and psychological variables influence the prevalence of pain.

Methods: Descriptive and cross-sectional study, carried out with patients with cardiac pathology in need of Cardiac Device Implantation. Data collection was carried out using a self-administered questionnaire.

Results: The sample consisted of 30 participants, 50% (15) male. The minimum age of participants was 21 years old and the maximum age was 97 years old, which corresponds to an average of $78.1 \pm \text{years} \pm 13.6$. It appears that 56.7% of people with sinus node disease/bradycardia required implantation of the cardiac device. Pain in the left deltopectoral region was the most prevalent (80.0%) after implantation of the cardiac device, with the majority (56.7%) of participants using pharmacological and non-pharmacological measures. The majority (56.7%) reported mild pain after implantation of the cardiac device. The participants who perceived less pain before and after the procedure were those who: are qualified with Basic and Secondary Education, do not profess any religion and those who live with their spouses/partners in relation to those who live alone and those who have children (to the). Married people perceived less pain after the procedure. Age appears as a predictor of pain before and after implantation of the cardiac device.

Conclusions: The results are consistent with national and international research, confirming the high prevalence of mild pain before and after the procedure. Some sociodemographic factors proved to be predictors of pain before and after implantation of the cardiac device. Regarding pain relief strategies, records show that the combination of pharmacological/non-pharmacological measures were most used to relieve pain.

Keywords: pharmacological and non-pharmacological measures; cardiac device implantation, pain

1. Introdução

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão, de acordo com a definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain – IASP, 2003).

É um fenómeno complexo e multidimensional que pode ter graves consequências não só a nível físico, mas também psicológico e social.

A dor pode ser classificada de várias formas, incluindo dor aguda e dor crónica, sendo esta última um problema significativo que afeta a qualidade de vida e a produtividade das pessoas. (DGS, 2010; Gouveia e Augusto, 2011)

Além disso, a dor pode ser dividida em diferentes tipos com base na sua patogénese, como dor neuropática, psicossomática e nociceptiva.

A dor neuropática indica uma lesão das estruturas do sistema nervoso periférico ou central, damos como exemplo a nevralgia do trigémeo ou a neuropatia diabética.

A dor neuropática é uma condição crónica que resulta de danos ou disfunções no sistema nervoso, levando à perceção de dor mesmo na ausência de estímulos nocivos externos. Esta condição é frequentemente descrita como uma dor lancinante, ardor, formigueiro ou choque elétrico e pode ser acompanhada por sensações de dormência ou hipersensibilidade na área afetada.

Estudos recentes têm fornecido perceções importantes sobre os mecanismos subjacentes à dor neuropática, bem como sobre as abordagens de tratamento mais eficazes.

Por exemplo, Hwang et al. (2020) investigou as alterações na expressão genética no sistema nervoso periférico em pacientes com dor neuropática, identificando potenciais alvos terapêuticos para o desenvolvimento de novos tratamentos.

Jensen et al. (2021) explorou os efeitos da terapia cognitivo-comportamental na gestão da dor neuropática, demonstrando que esta abordagem pode reduzir significativamente a intensidade da dor e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Já a dor psicossomática é um tipo de dor que tem origem em questões emocionais ou psicológicas, manifestando-se no corpo de forma física. Ou seja, não há uma causa física direta e mensurável para esta dor, sendo intimamente ligada a estados emocionais, como o stress, ansiedade, depressão ou traumas psicológicos.

Recentemente, investigações têm explorado a complexidade da dor psicossomática e a sua relação com fatores psicológicos e emocionais. Num estudo conduzido por Kudel et al. (2020) foram examinados os mecanismos neurobiológicos subjacentes à dor psicossomática, destacando a interação entre o sistema nervoso central e o sistema imunitário na modulação da dor induzida pelo stress.

Smith et al. (2021) investigou a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dor psicossomática, demonstrando que esta abordagem terapêutica pode ajudar os pacientes a aprender a lidar com o sofrimento emocional subjacente e a reduzir a intensidade da dor.

Estes estudos recentes contribuem significativamente para uma compreensão mais profunda da dor psicossomática e fornecem ideias importantes para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais eficazes.

Além disso, a pesquisa tem destacado a importância da abordagem multidisciplinar no tratamento da dor neuropática, que pode incluir uma combinação de medicamentos, terapias físicas, intervenções psicológicas e técnicas de gestão da dor.

A dor nociceptiva refere-se à dor que surge como resposta a estímulos nocivos nos tecidos do corpo, como lesões físicas, inflamação ou danos nos tecidos. Este tipo de dor é mediado pelos nociceptores, que são recetores sensoriais especializados em detetar estímulos potencialmente prejudiciais.

Estudos recentes têm explorado os mecanismos e tratamentos associados à dor nociceptiva.

Costa et al. (2021), que investigou os efeitos da fisioterapia na dor nociceptiva em pacientes com lesões musculoesqueléticas, demonstrando a eficácia de intervenções específicas na redução da dor e na melhoria da função física.

Nesta área, outro estudo relevante é o de Silva et al. (2020), que examinou os mecanismos neurofisiológicos subjacentes à dor nociceptiva crónica, identificando possíveis alvos terapêuticos para o desenvolvimento de novas abordagens de tratamento.

Estes estudos recentes contribuem para uma melhor compreensão da dor nociceptiva e para o avanço das intervenções terapêuticas nesta área.

Assim, relativamente à dor psicogénica podemos afirmar que a mesma, tem na sua origem problemas psicológicos. Já a dor nociceptiva resulta de uma lesão tecidular e poderá dividir-se em somática (superficial ou profunda, é bem localizada e está associada ao processo inflamatório local) ou visceral (resulta de infiltração, compressão ou distensão dos órgãos que muitas vezes é referida como dor profunda e mal localizada. (Cardoso 2013; Muller & Schwetta, 2002 cit in. Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

A abordagem à dor deve ser feita de forma holística, considerando fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

A dor é uma experiência individual e subjetiva, influenciada pelas crenças, experiências prévias e valores de cada pessoa.

Tipos de dor

Podemos dividir a dor consoante a sua duração temporal, a sua patogénese e ainda o local de origem.

Para a IASP - International Association for the Study of Pain (2001) a dor pode ser de dois tipos principais, tendo em conta período cronológico no qual a dor é vivenciada- aguda e crónica. A dor aguda refere-se a um sintoma de uma doença subjacente ou lesão, enquanto a dor crónica deve ser compreendida como uma doença (Siddal e Cousins, 2004 cit in. Ritto et al., 2012).

Nesta linha, também Kazanowski e Laccetti (2005) dividem a dor em aguda e crónica, sendo que a primeira se refere a uma dor que é resolvida em menos de seis meses, enquanto o termo crónico é atribuído a episódios de dor que demoram mais de seis meses a serem resolvidos.

Embora este período de seis meses seja utilizado na maioria das pesquisas para classificar a dor crónica, a IASP classifica a dor crónica em três períodos de acordo com a sua duração: menor que três meses, de três a seis meses e mais que seis meses.

De acordo com a DGS (2010), considera-se dor crónica aquela que persiste há 3 meses ou mais. Esta afeta cerca de 50 % dos idosos que vivem em comunidade e 83% dos idosos institucionalizados em lares.

Para Muller e Schwetta (2002) cit in. Metzger, Muller, Schwetta e Walter, (2002), a dor aguda constitui um sinal de alarme cuja tradução biológica é a preservação da integridade do organismo. Já a dor crónica refere-se não a um sintoma, mas sim a uma doença em si mesma, condicionando todos os aspetos da vida do doente, devendo ser abordada tendo em conta o modelo bio-psico-social. No entanto, a referir que qualquer dor aguda, quando não tratada ou mal tratada, poderá conduzir a uma dor crónica.

Dor Associada à Implantação de Dispositivos Cardíacos

A dor associada à implantação de dispositivos cardíacos refere-se à dor que os pacientes podem sentir durante ou após procedimentos cirúrgicos para colocação de dispositivos como pacemakers, desfibriladores cardíacos implantáveis (CDIs) ou outros dispositivos utilizados para tratamento de arritmias cardíacas.

Esta dor pode resultar da inserção de cateteres, fios ou da manipulação dos tecidos cardíacos durante o procedimento. Além disso, os pacientes também podem experimentar dor no local da incisão cirúrgica, inflamação ou desconforto devido à presença do dispositivo no corpo após a intervenção.

Recentemente, tem-se investigado mais sobre a dor associada à implantação de dispositivos cardíacos, com o intuito de compreender melhor os fatores que a influenciam e as estratégias para o seu alívio.

A implantação de dispositivos cardíacos, como pacemakers e desfibriladores cardíacos implantáveis (CDIs), é um procedimento comum na prática clínica moderna, essencial para o tratamento de diversas condições cardíacas.

Contudo, este procedimento não está isento de complicações, e a dor associada à implantação desses dispositivos é uma preocupação significativa para pacientes e profissionais de saúde (Ferreira, Carvalho, & Sousa, 2021).

Diversos fatores contribuem para a dor associada à implantação de dispositivos cardíacos. Durante o procedimento cirúrgico, a manipulação dos tecidos cardíacos, a inserção de cateteres e a fixação dos fios elétricos podem causar irritação e inflamação localizada, resultando em desconforto pós-operatório (Santos, Silva, & Almeida, 2020).

Além disso, a sensibilidade individual à dor, juntamente com fatores emocionais como ansiedade e medo, podem influenciar a percepção da dor pelos pacientes (Ferreira, Carvalho, & Sousa, 2021).

A gestão da dor associada à implantação de dispositivos cardíacos apresenta desafios únicos. Uma abordagem individualizada e multidisciplinar é essencial para avaliar e tratar eficazmente a dor pós-procedimento (Santos, Silva, & Almeida, 2020).

Complicações como hematomas, infecções e disfunção do dispositivo podem exacerbar a dor, exigindo intervenção imediata e coordenada para minimizar o desconforto e facilitar a recuperação (Ferreira, Carvalho, & Sousa, 2021).

No contexto da gestão da dor pós-implantação de dispositivos cardíacos, uma variedade de estratégias terapêuticas tem sido explorada. Abordagens farmacológicas, incluindo analgésicos opiáceos e não opiáceos, são frequentemente utilizadas para controlar a dor aguda pós-operatória (Santos, Silva, & Almeida, 2020).

Intervenções não farmacológicas, como técnicas de relaxamento, acupuntura e terapia cognitivo-comportamental, têm demonstrado eficácia na redução da dor e do desconforto associados à implantação de dispositivos cardíacos (Ferreira, Carvalho, & Sousa, 2021).

Ao longo do seu ciclo vital, todos os seres humanos são confrontados, nem que seja por uma única vez, com a dor, evidentemente, nem todos a sentem, suportam e a referem da mesma maneira. A dor tem diferentes percepções e varia de pessoa para pessoa. Sendo a dor uma resposta subjetiva, cada um apresenta a sua perspectiva e forma de a sentir, sendo, também, diferentes as formas de manifestação.

O reconhecimento e o alívio da dor devem ser uma prioridade no tratamento dos doentes, qualquer que seja o seu contexto clínico. A dor controlada é um direito, mas muitos doentes continuam a ter a sua dor gerida de forma ineficaz.

A avaliação rigorosa da dor, fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou mesmo da eficácia dos tratamentos.

“Sendo a dor um fenómeno fisiológico de importância fundamental para integridade física, psicológica e social da pessoa, a prevenção e o controlo da dor devem ser encarados como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, constituindo igualmente, um

factor indispensável para a humanização dos cuidados de saúde. Tendo os Enfermeiros um papel fundamental na gestão da dor” (Ordem Enfermeiros,2008).

A avaliação da dor é uma atividade que faz parte das funções e obrigações dos profissionais de Saúde contribuindo para a excelência dos cuidados de saúde. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade, tempo de contacto e disponibilidade com os doentes, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor. É da sua responsabilidade, intervir e trabalhar no sentido de uma adequada gestão da dor, pelo que devem ter as competências elementares e básicas no que concerne à avaliação e abordagem à pessoa com dor, qualquer que seja o seu contexto clínico.

Determinar qual a prevalência da dor associada à implantação de dispositivos cardíacos assume-se como determinante para a definição de novas estratégias de promoção da saúde.

Assim, definiram-se os seguintes objetivos: avaliar o nível de dor antes e após a implantação de dispositivo cardíaco e determinar se as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas interferem na prevalência da dor

2. Métodos

O presente estudo enquadra-se numa investigação não-experimental, uma vez que não existe a manipulação das variáveis. Consiste num estudo descritivo transversal, uma vez que visa obter uma descrição de um determinado fenómeno, bem como das características da amostra, num determinado período.

Variáveis em Estudo

Variável dependente: - Nível de dor na pessoa submetido à implantação de dispositivo cardíaco.

Variáveis independentes:

- Variáveis sociodemográficas (género, idade, local de residência, estado civil, habilitações literárias, agregado familiar, situação laboral, rendimento mensal atual e professa alguma religião);
- Variáveis de história de dor (experiências de dor e caracterização da dor);
- variáveis de impacto emocional da dor (identificar preocupações, atitudes como ansiedade e stress e estados de humor);
- Variáveis de caracterização clínica (antecedentes clínicos, diagnóstico e sintomas que tiveram por base a implantação do dispositivo cardíaco).

Amostra / Participantes

A amostra será não probabilística por conveniência, dado que será constituída pelas pessoas submetidos à implantação de dispositivo cardíaco.

Os critérios de inclusão na amostra serão: ser portador de patologia cardíaca com necessidade de implantação de dispositivo cardíaco, com idade superior a 18 anos, e mostrar-se disponível para participar no estudo.

Os critérios de exclusão serão: todos as pessoas incapazes de dar consentimento informado (pessoas sob sedação e/ou ventilação mecânica, deficiência e confusão mental e demência).

Procedimentos para a Colheita de Dados

Para a recolha de dados, será obtido por escrito, o consentimento livre e esclarecido, junto dos participantes, após apresentação da pesquisa e validada a sua compreensão, bem como os seus direitos. Realça-se que possuem a total liberdade para consentir ou recusar, a garantia do anonimato e confidencialidade e o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o mesmo.

A aplicação do instrumento de colheita de dados decorrerá entre os meses de setembro e novembro de 2023.

Os parâmetros clínicos do diagnóstico inerente à intervenção cirúrgica e sintomas associados serão recolhidas no processo.

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados será realizada imediatamente antes e durante a intervenção cirúrgica e, ainda, no momento da alta clínica.

O instrumento de colheita de dados será composto por um questionário sociodemográfico e clínico, onde obteremos a informação sociodemográfica e clínica dos participantes e pela aplicação da escala de dor.

3. Resultados

De forma sistemática, apresentam-se os resultados relativos à caracterização sociodemográfica, alterações psicológicas, experiência de dor e dor relacionada com a implantação do dispositivo cardíaco, privilegiando a análise em função do género. Este enfoque é fundamentado pela literatura, que reconhece o género como um fator fundamental no contexto da doença cardíaca dos participantes. Através desta abordagem, visa-se identificar possíveis diferenças ou padrões distintos entre género no que diz respeito à resposta à dor e aos seus impactos associados à implantação do dispositivo cardíaco.

3.1- Análise descritiva

A análise descritiva dos dados consiste num processo no qual o investigador resume um conjunto de dados estatísticos brutos, recorrendo a variados testes estatísticos à sua disposição. (Fortin, 2009).

É o processo de resumir e descrever os principais aspetos de um conjunto de dados, utilizando medidas estatísticas e técnicas gráficas. Esta abordagem permite uma compreensão inicial e intuitiva dos dados, sem realizar inferências ou generalizações para uma população mais ampla (Pestana & Gageiro, 2014).

A análise descritiva envolve a apresentação de estatísticas resumidas, como média, mediana, moda, desvio padrão e percentis, bem como a criação de gráficos, como histogramas, diagramas de caixa e gráficos de dispersão, para representar visualmente a distribuição e padrões dos dados (Hair et al., 2017).

Desta forma, como mencionado anteriormente, os dados do presente estudo serão apresentados sob a forma de tabelas/quadros para facilitar a leitura, análise e compreensão dos mesmos. Essa estratégia permite uma organização visual dos resultados, possibilitando uma visão clara e estruturada das informações, o que facilita a identificação de padrões, tendências e diferenças entre os grupos analisados. Ao utilizar tabelas/quadros, procura-se proporcionar uma apresentação objetiva e acessível dos dados, contribuindo para uma interpretação mais precisa e fundamentada dos resultados obtidos na investigação.

Caracterização sociodemográfica

A amostra foi constituída por 30 participantes, 50% (15) do sexo masculino. A idade mínima dos participantes foi de 21 anos e a máxima de 97 anos, o que corresponde a uma média de $78,1 \pm \text{anos} \pm 13,6$. Apesar das mulheres apresentarem idades superiores às dos homens ($\bar{X} = 79,4 \pm 9,3$ vs $\bar{X} = 76,7 \pm 17,1$), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (UMW=39500, $p < 0,001$) entre os grupos.

Quanto à residência, a maioria (52,8%) dos participantes vivia em zona rural, sendo similares os valores percentuais em relação ao género (cf. Quadro 1).

Em relação ao estado marital constata-se que a maioria dos participantes (53,3%) era solteiro/viúvo/divorciado. Quanto ao género verifica-se que 66,7% dos homens eram solteiros/viúvos/divorciados e 60,0% das mulheres eram casadas

Observa-se o predomínio de participantes (70,0%) com habilitações literárias analfabeto/sabe ler e escrever, com uma distribuição idêntica entre os géneros. Esta observação está em linha com estudos anteriores que destacam as desigualdades socioeconómicas e educacionais como determinantes importantes da saúde e dos resultados clínicos em contextos de doença cardíaca (Silva, 2018; Ferreira et al., 2020).

Verifica-se que a maioria (80,0%) dos participantes era reformada, com valores percentuais similares nas mulheres e nos homens.

Sendo difícil quantificar com objetividade o rendimento mensal do agregado familiar, utilizámos níveis de mensuração que permitissem aos participantes escalonar esse rendimento de forma mais objetiva possível. Assim, observa-se que 43,3% auferiram um rendimento 200 – 500 €, seguidos com 33,3% os que receberam < 200 €. Quanto ao género, constata-se que a distribuição é similar nos dois grupos de rendimento.

Quando questionamos os participantes se professam alguma religião, a maioria (86,7%) respondeu que sim.

No que concerne ao agregado familiar, constatamos que 43,3% dos participantes vivem com cônjuge/companheiro(a), com uma distribuição idêntica entre os géneros. Em seguida, encontra-se uma proporção igual de participantes que vivem sozinhos(as) e com filhos(as), com 26,7% cada.

Quadro 1 - Características sociodemográficas em função do género

	Masculino (n = 15)		Feminino (n = 15)		Total (n = 304)	
	N	%	N	%	N	%
Local de residência						
<i>Rural</i>	12	80,0	13	86,7	25	83,3
<i>Urbano</i>	3	20,0	2	13,3	5	16,71
Estado marital						
<i>Solteiro / viúvo /divorciado</i>	10	66,7	6	40,0	16	53,3
<i>Casado</i>	5	33,3	9	60,0	14	46,7
Habilitações literárias						
<i>Analfabeto/Sabe ler e escrever</i>	11	73,3	10	67,7	21	70,0
<i>Ensino Básico (antiga 4ª Classe)</i>	2	13,3	3	20,0	5	16,7
<i>Antigo Ciclo Preparatório</i>	1	6,7	2	13,3	3	10,0
<i>Ensino Secundário</i>	1	6,7	0	0,0	1	3,3
Situação profissional						
<i>Empregado</i>	4	26,7	2	13,3	6	20,0
<i>Reformado</i>	11	73,3	13	86,7	24	80,0
Rendimento mensal						
<i>< 200 €</i>	4	26,7	6	40,0	10	33,3
<i>200 – 500€</i>	7	46,7	6	40,0	13	43,3
<i>500 – 1000 €</i>	3	20,0	3	20,0	6	20,0
<i>> 1000 €</i>	1	6,7	0	0	1	3,3
Professa alguma religião						
<i>Sim</i>	12	80,0	14	93,3	26	86,7
<i>Não</i>	3	20,0	1	6,7	4	13,3
Agregado Familiar						
<i>Sozinho(a)</i>	5	33,3	3	20,0	8	26,7
<i>Com conjugue / companheira/o</i>	6	40,0	7	46,7	13	43,3
<i>Com filho(a)s</i>	3	20,0	5	33,3	8	26,7
<i>Com outros familiares/ amigos</i>	1	6,7	0	0,0	1	3,3

Características relacionada com experiência de dor

Verifica-se que a totalidade dos participantes já experienciou o fenómeno da dor. Em relação à situação clínica, observa-se 46,7% dos participantes referem que a dor está associada a problemas osteoarticulares seguidos por 20,0% que atribuem às cefaleias.

Quanto à localização da dor, as cefaleias e membros inferiores foram os locais da dor referidos por 30,0% dos participantes.

Prevalecem os participantes com igual valor percentual (43,3) que referiram que a evolução da dor era contínua e episódica.

Da totalidade dos participantes, 40,0% relatam que apresenta dor há mais de 4 anos e 36,7 há menos de um ano. Observou-se que 43,3% e 33,3% dos participantes caracterizaram a dor tipo moimha e intensa.

As medidas não farmacológicas foram as mais utilizadas no de alívio da dor, em 56,7% dos participantes.

Quadro 2 - Características relacionada com experiência de dor em função do género

	Masculino (n = 15)		Feminino (n = 15)		Total (n = 304)	
	N	%	N	%	N	%
Situação clínica						
<i>AVC Isquémico</i>	0	0,0	1	6,7	1	3,3
<i>Cefaleias</i>	3	20,0	3	20,0	6	20,0
<i>Cirurgia mama</i>	0	0,0	1	6,7	1	3,3
<i>Doença cardíaca</i>	1	6,7	1	6,7	2	6,7
<i>Dores osteoarticulares</i>	8	53,3	6	40,0	14	46,7
<i>Fratura colo fémur</i>	0	0,0	2	13,3	2	6,7
<i>Irrelevante</i>	1	6,7	0	0,0	1	3,3
<i>Obesidade</i>	0	0,0	1	6,7	1	3,3
<i>Quedas</i>	1	6,7	0	0,0	1	3,3
<i>Sincope com perda de conhecimento</i>	1	6,7	0	0,0	1	3,3
Localização da dor						
<i>Cefaleias</i>	6	40,0	3	20,0	9	30,0
<i>Dor coluna lombar</i>	0	0,0	1	6,7	1	3,3
<i>Dor generalizada</i>	1	6,7	7	46,7	8	26,7
<i>Dor no peito</i>	1	6,7	1	6,7	2	6,7
<i>Membros inferiores</i>	7	46,7	2	13,3	9	30,0
<i>Região mamária</i>	0	0,0	1	6,7	1	3,3
Evolução						
<i>Contínua</i>	5	33,3	8	53,4	13	43,3
<i>Intermitente</i>	2	13,3	2	13,3	4	13,4
<i>Episódica</i>	8	53,4	5	33,3	13	43,3
Há quanto tempo tem dor						
<i>< 1 ano</i>	6	40,0	5	33,3	11	36,7
<i>1 - 4 anos</i>	2	13,3	5	33,3	7	23,3
<i>> 4 anos</i>	7	46,7	5	33,3	12	40,0
Qualidade da dor						
<i>Dor intensa</i>	5	33,3	5	33,3	10	33,3
<i>Dor intensa e incapacitante</i>	1	6,7	3	20,0	4	13,3
<i>Dor tipo moinha</i>	6	40,0	7	46,7	13	43,3
<i>Dor traumática</i>	1	6,7	0	0,0	1	3,3
<i>Dor traumática intensa</i>	1	6,7	0	0,0	1	3,3
<i>Ligeira</i>	1	6,7	0	0,0	1	3,3
Estratégias de alívio da dor						
<i>Medidas Farmacológicas</i>	6	40,0	7	43,3	13	43,3
<i>Medidas Não Farmacológicas</i>	9	60,0	8	56,7	17	56,7

O Quadro 3 permitiu analisar os dados referentes às alterações psicológicas relacionadas com dor. A maioria (70,0%) dos participantes referiram alteração do estado de humor como maior impacto emocional provocado pela dor, com uma distribuição idêntica entre o género.

Quadro 3 - Alterações psicológicas relacionada com dor em função do género

	Masculino (n = 15)		Feminino (n = 15)		Total (n = 304)	
	N	%	N	%	N	%
Alterações psicológicas						
<i>Alteração do estado de humor</i>	9	60,0	12	80,0	21	70,0
<i>ansiedade e stress</i>	2	13,3	1	6,7	3	10,0
<i>Outro</i>	4	26,7	2	13,3	6	20,0

Ao analisar o Quadro 4 verifica-se que a 56,7% das pessoas com doença do nódulo sinusal/bradicardia foi necessário implantar o dispositivo cardíaco. Quanto ao género, verifica-se que em 53,3% das mulheres o diagnóstico de bloqueio AV/doença do tecido de condução foi o motivo para a implantar o dispositivo cardíaco.

A dor na região delto-peitoral esquerda foi a mais prevalente (80,0%) após a implantação do dispositivo cardíaco, sendo que a maioria (60,0%) dos participantes utilizaram as medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Quadro 4 - Características da dor relacionada com implantação do dispositivo cardíaco em função do género

	Masculino (n = 15)		Feminino (n = 15)		Total (n = 304)	
	N	%	N	%	N	%
Diagnóstico clínico						
<i>Bloqueio AV / Doença do tecido de condução</i>	5	33,3	8	53,3	13	43,3
<i>Doença do nódulo sinusal / bradicardia</i>	10	66,7	7	46,7	17	56,7
Localização da dor						
<i>Região delto-peitoral esquerda</i>	13	86,7	11	73,3	24	80,0
<i>Região delto-peitoral e braço esquerdo</i>	2	13,3	4	26,7	6	20,0
Medidas de controle da Dor (após procedimento)						
<i>Medidas Farmacológicas</i>	2	13,3	0	0,0	2	6,7
<i>Medidas Não Farmacológicas</i>	6	40,0	5	33,3	11	36,7
<i>Medidas Farmacológicas/ Não Farmacológicas</i>	7	46,7	10	66,7	17	56,7

No Quadro 5, apresenta-se as estatísticas obtidas relativamente à avaliação da dor antes e depois do procedimento. Em relação à avaliação da dor antes do procedimento, observa-se que o valor oscilou entre 1 a 2 pontos com média $1,63 \pm 0,49$; e após a implantação do dispositivo cardíaco.

Na avaliação da dor verificou-se que o valor mínimo registado foi de 2 e o máximo de 5 pontos, o que equivale a uma média de $2,23 \pm 0,63$ pontos.

Quando às estratégias de alívio da dor, na opinião dos participantes com a utilização de medidas não farmacológicas, a avaliação da dor variou ente 0 a 8 pontos com média $5,73 \pm 2,15$ e nas medidas farmacológicas, a avaliação da dor oscilou ente 0 a 9 pontos com média $4,473 \pm 3,31$.

Quadro 5 - Estatísticas relativas à avaliação da dor

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Avaliação da Dor (antes procedimento)	30	1	2	1,63	0,49
Avaliação da Dor (após procedimento)	30	1	3	2,23	0,63
Até que ponto é que as medidas aliviaram a sua dor?					
<i>Medidas Farmacológicas</i>	30	0	9	4,43	3,31
<i>Medidas NÃO Farmacológicas</i>	30	0	8	5,73	2,15

3.2- Análise inferencial

Apresentados os resultados referentes às características sociodemográfica, alterações psicológicas, experiência de dor e dor relacionada com implantação do dispositivo cardíaco, de seguida efetua-se a análise inferencial.

Pestana e Gageiro (2014) explicam que a análise inferencial permite ao investigador fazer generalizações sobre a população com base nas características observadas na amostra. É defendido que esta abordagem estatística é essencial para testar hipóteses de pesquisa, avaliar relações entre variáveis e fazer previsões sobre o comportamento futuro da população estudada. Além disso, destacam a importância de técnicas como testes de significância, análise de variância e regressão na análise inferencial para explorar e entender os padrões subjacentes aos dados amostrais.

Monteiro e Costa (2021) defendem que a análise inferencial é uma abordagem estatística utilizada para fazer inferências ou conclusões sobre uma população com base em dados amostrais. Ao contrário da análise descritiva, que se limita a descrever os dados observados, a análise inferencial extrai conclusões mais amplas e generalizáveis sobre a população de interesse. Isso é feito através do uso de técnicas como testes de hipóteses, intervalos de confiança, regressão e análise de variância, que permitem aos investigadores tirar conclusões sobre parâmetros populacionais desconhecidos a partir dos dados amostrais disponíveis.

Em suma, a análise inferencial é fundamental em pesquisa científica, pois permite aos investigadores testar hipóteses, fazer previsões e extrapolar os resultados da amostra para a população de interesse. Isso é especialmente importante em estudos experimentais e observacionais, onde os investigadores procuram entender as relações entre variáveis e fazer inferências sobre os efeitos de determinadas intervenções ou tratamentos (Marques et al., 2020).

Para a análise inferencial, utilizámos o programa SPSS (Statistical Package Social Science) para o Windows e na análise estatística foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Prevalência da dor

Através do Quadro 6, constata-se que antes da implantação do dispositivo cardíaco, 40,0% dos participantes, na escala analógica da dor, referiram dor leve. No que se refere à dor manifestada pelos participantes após implantação do dispositivo cardíaco, a maioria (56,7%) referiram dor leve e 33,3% dor moderada.

Quadro 6 - Características da dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco em função do género

	Masculino (n = 15)		Feminino (n = 15)		Total (n = 304)	
	N	%	N	%	N	%
Avaliação da Dor (antes procedimento)						
<i>Sem dor</i>	8	53,3	10	66,7	18	60,0
<i>Dor leve</i>	7	46,7	5	33,3	12	40,0
Avaliação da Dor (após procedimento)						
<i>Sem dor</i>	3	20,0	0	0,0	3	10,0
<i>Dor leve</i>	8	53,3	9	60,0	17	56,7
<i>Dor moderada</i>	4	26,7	6	40,0	10	33,3

Implantação do dispositivo cardíaco e dor

Para estudar a influência da implantação do dispositivo cardíaco teve na dor, efetuámos o teste de Wilcoxon.

Os resultados indicam que houve uma ordenação média superior da escala analógica de avaliação da dor pós a implantação do dispositivo cardíaco, que se traduziu num número mais elevado de ordenações positivas (17), registando-se 13 situações de empate.

As diferenças entre os dois momentos de avaliação da dor são significativas, o que nos permite afirmar que a implantação do dispositivo cardíaco aumentou o nível de dor manifestada pelos participantes ($Z = -4,025$; $p = 0,000$).

Quadro 7 - Teste de Wilcoxon: dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco

	N	OM	Z	p
Ordenações negativas	0	0		
Ordenações positivas	17	9	-4,025	0,000
Empates	13			

Avaliação da dor e idade

Analisa-se a correlação existente entre dor antes e após a implantação do dispositivo. Esta é moderada e positiva, com diferenças estatisticamente significativas em relação à dor antes e após implantação do dispositivo, com valores de alfa de 0,000 e 0,007, respetivamente.

A regressão linear simples, com seleção de variáveis enter, foi utilizada para obter um modelo simples que permitisse prever a dor antes e após implantação do dispositivo em função da idade.

Em relação à dor antes da implantação do dispositivo cardíaco, a idade apresenta o coeficiente de correlação em valor absoluto de 0,439. A idade explica 19,3% da variação da adesão e o erro padrão da regressão é de 0,448 correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da adesão.

Quanto à dor após implantação do dispositivo cardíaco, a idade apresenta o coeficiente de correlação em valor absoluto (0,367). A idade explica 13,5% da variação da adesão e o erro

padrão da regressão é de 0,593 correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da adesão.

Em suma, a idade surge como preditor da dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco, sendo que quanto mais elevada esta for, mais elevada será dor antes e após o procedimento (cf. Quadro 8).

Quadro 8 - Regressão simples: avaliação da dor e idade

	Coeficientes		F (p)	t	p	r (R ²)
	B	β				
Constante	0,396			0,816	0,422	
Dor antes do procedimento	0,016	0,439	6,687	2,586	0,015	0,439 (0,193)
Constante	0,911		4,366	2,089	0,167	
Dor após o procedimento	0,017	0,367		2,089	0,046	0,367 (0,135)

A correlação positiva permite aferir que quanto maior for a idade, mais elevada será a dor antes e após o procedimento (Figura 1).

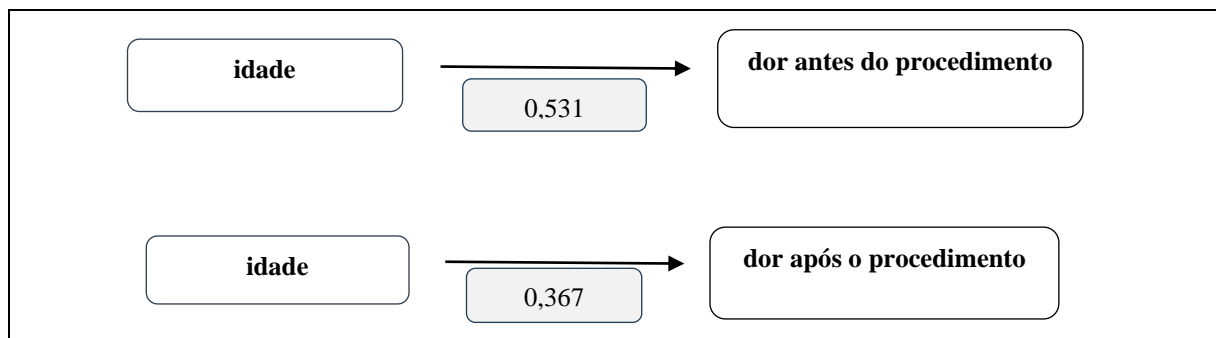


Figura 1 - Síntese das Relações entre a dor e idade

O modelo final ajustado é apresentado sob a seguinte fórmula:

- Dor antes do procedimento = 0,396 + 0,016 idade
- Dor após o procedimento = 0,911 + 0,08 idade

Relação entre variáveis sociodemográficas e dor

No propósito de saber se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, género, local de residência, estado marital, habilitações literárias, situação profissional, religião e agregado

familiar influenciam a dor antes e após a implantação do dispositivo cardíaco (cf. Quadro 9), constata-se que os participantes:

- do género masculino obtiveram médias ordenadas mais baixas do que o do género feminino, sem diferenças estatisticamente significativas;
- que residem em zona rural registaram médias ordenadas mais baixas do que os que residem em zona urbano, sem diferenças estatisticamente significativas;
- casados apresentaram índices de médias ordenadas mais baixas do que os solteiros/viúvos/divorciados, sendo estes últimos com diferenças estatisticamente significativas;
- habilitados com ensino básico e secundário registaram médias ordenadas mais baixas do que os analfabetos/sabem ler e escrever, com diferenças estatisticamente significativas;
- os empregados obtiveram índices mais baixos do que os reformados, sem diferenças estatisticamente significativas;
- os que não professam qualquer religião registaram médias ordenadas mais baixas dos que professam alguma religião, com diferenças estatisticamente significativas;
- Quanto ao agregado familiar, os participantes que coabitam conjugues/companheiras(os) apresentaram médias ordenadas mais baixas com diferenças estatisticamente significativas. Para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos, ordenamos as médias e realizou-se o teste Post hoc (Tukey).

Constatou-se que o agregado familiar explica 25,5% da variação da dor antes da implantação do dispositivo e 31,5% da dor após implantação do dispositivo cardíaco.

Quanto à dor antes da implantação do dispositivo cardíaco, as diferenças situam-se entre os que coabitam com os conjugues/companheiras em relação aos que vivem com filhos(as) ($p=0,04$).

Na perceção da dor após implantação do dispositivo cardíaco, as diferenças situam-se entre os que coabitam com os conjugues/companheiras em relação os que vivem sozinhos(as) ($p=0,009$) e os que vivem filhos(as) ($p=0,041$).

Quadro 9 - Relação entre variáveis sociodemográficas e dor

Variáveis sociodemográficas	N	Avaliação da Dor (antes procedimento)			Avaliação da Dor (após procedimento)		
		Média Ordenada	Kruskal-Wallis	p	Média Ordenada	Kruskal-Wallis	p
Gênero							
Masculino	15	13,6	-1,117	0,264	17,0	-1,338	0,181
Feminino	15	14,0			17,4		
Local de residência							
Rural	25	16,8	-2,166	0,03	8,0	-2,362	0,018
Urbano	5	17,0			9,0		
Estado marital							
Solteiro / viúvo /divorciado	16	18,97	-1,394	0,163	13,5	-2,611	0,009
Casado	14	17,25			11,54		
Habilitações literárias							
Analfabeto/Sabe ler e escrever	21	18,14	-3,008	0,003	9,78	-2,638	0,008
Ensino Básico e Secundário	9	17,95			9,33		
Situação profissional							
Empregado	6	10,92	-1,676	0,094	16,63	-1,614	0,107
Reformado	24	11,0			16,65		
Professa alguma religião							
Sim	26	16,96	-2,776	0,006	16,81	-2,347	0,019
Não	4	7,0			6,0		
Agregado Familiar							
Sozinho(a)	8	17,25	6,248	0,044	20,44	9,038	0,011
Com conjugue / companheira/o	13	11,77			10,73		
Com filho(a)s	9	19,33			18,0		

Relação entre alterações psicológicas e avaliação da dor

Relativamente às alterações psicológicas (cf. Quadro 10), verifica-se que os participantes que manifestaram ansiedade e stress apresentam média ordenada mais baixa a nível de dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco, com diferenças estatisticamente significativas na dor percecionada antes do procedimento.

Para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos, ordenamos as médias e realizou-se o teste Post hoc (Tukey). Verificou-se que as alterações psicológicas explicam 25,5% da variação da dor antes da implantação do dispositivo. As diferenças situam-se entre os que apresentam ansiedade e stress e os que apresentam outro tipo de alterações ($p=0,007$), ou seja, as pessoas com ansiedade e stress são as que percecionam menos dor em relação às que apresentam outro tipo de alterações psicológicas.

Quadro 10 - Relação entre alterações psicológicas e avaliação da dor

	N	Avaliação da Dor (antes procedimento)			Avaliação da Dor (após procedimento)		
		Média Ordenada	Kruskal-Wallis	p	Média Ordenada	Kruskal-Wallis	p
Alterações psicológicas							
Alteração do estado de humor	21	15,29	8,385	0,015	16,19	2,579	0,275
Ansiedade e stress s	3	6,0			8,67		
Outro	6	21,0			16,5		

Relação entre o diagnóstico clínico e localização da dor com a dor após implantação do dispositivo cardíaco

Em relação ao diagnóstico clínico obteve-se médias ordenadas mais elevadas nos participantes com doença do nóculo sinusal/bradicardia, contudo sem diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à localização da dor, os participantes que perceberam dor na região delto-peitoral e braço esquerdo registaram índices mais elevados, com diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 11- Relação entre o diagnóstico clínico e localização da dor com a dor após implantação do dispositivo cardíaco

	N	Avaliação da Dor (após procedimento)		
		Média Ordenada	Teste Mann-Whitney	p
Diagnóstico clínico				
<i>Bloqueio AV / Doença do tecido de condução</i>	13	13,6	-1,117	0,264
<i>Doença do nóculo sinusal / bradicardia</i>	17	14,0		
Localização da dor				
<i>Região delto-peitoral esquerda</i>	24	16,8	-2,166	0,03
<i>Região delto-peitoral e braço esquerdo</i>	6	17,0		

4. Discussão

Após a análise dos dados segue-se a sua discussão. Esta fase é essencial para situar os resultados da investigação em relação a outros estudos encontrados na literatura (Fortin, 2009). Desta forma, iremos salientar os resultados que na nossa opinião merecem ser realçados, tendo em conta o conhecimento atual sobre o tema.

No presente estudo e reportando-nos às **variáveis sociodemográficas**, verifica-se que a média de idades foi de 59 anos, não se observando diferenças significativas quanto à distribuição por género. A maioria da amostra (52,8%) reside em zona rural. Quanto ao estado marital constata-se que a maioria (53,3%) dos participantes era solteiro/viúvo/divorciado. Verifica-se também, que a maioria dos inquiridos (80,0%) era reformada, não se observando, também aqui, diferenças significativas quanto à distribuição por género. Observa-se que a maioria da amostra (70,0%) apresenta como habilitação literária “analfabeto/sabe ler e escrever”.

A média de idades é superior à encontrada na literatura, onde encontramos médias de 43,6 anos (Shill et al., 2012; Karabulut, et al., 2011).

No entanto, é do conhecimento geral que o envelhecimento populacional tem sido um fenómeno crescente, daí tal fato explique que a média de idades seja superior no nosso estudo. Também o estudo conduzido por Karabulut, et al., (2011) revelou uma média de idade ainda mais elevada, situando-se em torno de 58,4 anos. Estes dados pelo seu contraste com outras médias de idade reportadas na literatura pode indicar uma população mais envelhecida e possivelmente mais vulnerável a certas condições de saúde e desafios sociais associados ao envelhecimento. A análise desses resultados pode oferecer insights valiosos sobre as tendências demográficas e suas implicações para políticas e programas de saúde pública.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de envelhecimento da população portuguesa em 2023 foi de 182, o que significa que para cada 182 idosos (idade superior ou igual a 65 anos), existiam 100 jovens (menos de 15 anos). Este índice é calculado dividindo o número de pessoas com 65 anos ou mais pelo número de pessoas com menos de 15 anos, multiplicado por 100. Um índice de envelhecimento elevado sugere uma proporção maior de idosos em relação à população jovem, o que pode ter implicações significativas para políticas

sociais e de saúde pública. O índice de envelhecimento é um indicador importante para compreender a estrutura etária da população e as tendências demográficas de um país. Em Portugal, o aumento do índice de envelhecimento ao longo dos anos reflete o processo de envelhecimento populacional, resultante da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da esperança de vida.

Sobre as **habilitações literárias**, os resultados vão de encontro a outras pesquisas, em que 40,4% e 66,1% referem ter apenas frequentado até ao 1.º ciclo (Karabulut, et al., 2011; Silva & Dixe, 2013, respetivamente).

Quanto à caracterização da amostra em função dos **dados clínicos**, verificamos que a totalidade da amostra já experienciou o fenómeno da dor. As patologias que causam dor mais representativas na amostra, são, em primeiro lugar as patologias osteoarticulares com 46,7% seguidas por cefaleias (20,0%). Sendo a maior fatia pertence às osteoarticulares, estes dados que podemos encontrar no nosso estudo é corroborado com a literatura consultada. No estudo de Karabulut, et al., (2011), 32.7% dos participantes apresentam doenças cardiovasculares e 23.1% apresenta doenças do foro metabólico.

Sobre o período cronológico da dor, cerca de 40,0% dos participantes relata que sente dor em períodos que ultrapassam os 4 anos e ainda 36,7% refere dor há menos de um ano. Ao analisarmos o tipo de dor, verificamos que 43,3% apresenta dor tipo moimha e 33,3% dor intensa. De acordo com o INE (2023), a dor crónica assume-se como a dor mais comum, na medida em que mais de 3,6 milhões de portugueses sofrem deste tipo de dor, que condiciona diversos aspetos do quotidiano das pessoas - social, familiar, laboral, entre outros.

Em relação à **avaliação da dor** após procedimento, a dor avaliada variou numa escala de 0 a 8 pontos, com média de 5,73 com a utilização de medidas não farmacológicas. Com medidas farmacológicas, a dor avaliada variou numa escala de 0 a 9 pontos, com média de 4,473 com a utilização de medidas farmacológicas. Na literatura consultada de Ferreira, et., al. (2020), aferimos informações relevantes sobre a abordagem farmacológica da dor, que é menor após a implantação de dispositivos cardíacos, incluindo recomendações clínicas e evidências científicas para o manejo eficaz da dor pós-procedimento. Após a implantação de dispositivos cardíacos, como pacemakers ou desfibriladores cardíacos implantáveis (CDIs), os pacientes podem experimentar dor menor, que geralmente é leve a moderada.

A abordagem farmacológica para o alívio da dor nesses casos envolve o uso de analgésicos simples, como paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), que são eficazes na redução da dor e do desconforto pós-procedimento. Lopes, e Santos, (2020).

De acordo com Oliveira e Costa, (2018), é importante considerar as características individuais do paciente, incluindo histórico médico, condições de saúde subjacentes e possíveis interações medicamentosas, ao selecionar o tratamento mais apropriado. Além disso, medidas não farmacológicas, como repouso e aplicação de calor local, podem complementar o manejo da dor e promover a recuperação após a implantação do dispositivo cardíaco.

Relativamente à **Prevalência da dor**, através do Quadro 6 da análise inferencial, onde são apresentados os dados da escala analógica da dor antes e após a implantação do dispositivo cardíaco, é possível observar uma mudança na percepção da intensidade da dor entre os participantes. Antes da intervenção, 40,0% dos participantes relataram dor leve, o que sugere que uma parte significativa da amostra já apresentava desconforto prévio ao procedimento.

No entanto, após a implantação do dispositivo cardíaco, houve uma alteração nessa distribuição, com a maioria (56,7%) dos participantes referindo dor leve e 33,3% relatando dor moderada.

Esta mudança sugere uma melhoria na percepção da dor após a intervenção, com uma diminuição na proporção de participantes que relatam dor de intensidade moderada e um aumento naqueles que relatam dor leve (Martins et al., 2021).

Este padrão de resultados pode ser interpretado à luz de diversos fatores, tais como a eficácia do procedimento na redução dos sintomas associados à condição cardíaca subjacente, o adequado controlo da dor no período pós-operatório, bem como a resposta individual dos participantes à intervenção. Além disso, é importante considerar o impacto psicossocial da intervenção cardíaca, incluindo o alívio da ansiedade e preocupações associadas à saúde, que também podem influenciar a percepção da dor (Costa et al., 2019).

Esses resultados são consistentes com estudos anteriores que demonstraram uma redução na intensidade da dor após intervenções médicas ou cirúrgicas, sugerindo que a implementação de medidas terapêuticas eficazes pode resultar numa melhoria significativa na qualidade de vida e bem-estar dos pacientes (Sousa et al., 2020).

No que concerne à **Implantação do dispositivo cardíaco e dor**, os resultados indicam que houve uma ordenação média superior da escala analógica de avaliação da dor após a implantação do dispositivo cardíaco, o que se traduziu num número mais elevado de ordenações

positivas (17), registrando-se 13 situações de empate. Essa diferença entre os dois momentos de avaliação da dor foi estatisticamente significativa, permitindo-nos afirmar que a implantação do dispositivo cardíaco aumentou o nível de dor manifestada pelos participantes ($Z = -4,025$; $p = 0,000$).

Esses resultados sugerem que a intervenção cirúrgica teve um impacto significativo na percepção da dor dos participantes, indicando uma possível piora no quadro de dor após o procedimento. É importante destacar que o valor de $p < 0,05$ indica uma diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação da dor, reforçando a confiança na conclusão de que a implantação do dispositivo cardíaco está associada a um aumento na intensidade da dor relatada pelos participantes. Este resultado tem implicações importantes para a gestão da dor no período pós-operatório e destaca a necessidade de estratégias eficazes de controlo da dor para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes submetidos a este tipo de intervenção cardíaca.

Ao efetuar a **Avaliação da dor e idade**, verificamos através de regressão simples, que a correlação positiva permite aferir que quanto maior for a idade, mais elevada será a dor antes e após a implantação do dispositivo cardíaco.

Esta conclusão pode ser explicada por vários fatores. Em primeiro lugar, é sabido que o envelhecimento está frequentemente associado a uma maior prevalência de condições médicas crónicas, como doenças cardiovasculares, que podem causar dor crónica ou aguda. Além disso, com o avançar da idade, o corpo tende a sofrer alterações estruturais e funcionais que podem aumentar a sensibilidade à dor ou tornar mais difícil o controlo da dor. Por exemplo, alterações na composição dos tecidos, diminuição da densidade óssea e diminuição da elasticidade dos tecidos podem contribuir para a ocorrência ou agravamento da dor. Além disso, com o envelhecimento, há uma maior probabilidade de desenvolver condições médicas coexistentes que podem influenciar a experiência da dor, como artrite, diabetes ou hipertensão (Freire et al., 2021; Johnson et al., 2020).

Vários estudos têm evidenciado que as mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento, como a degeneração dos discos intervertebrais, diminuição da densidade óssea e perda de elasticidade dos tecidos, podem aumentar a vulnerabilidade à dor e influenciar a percepção da intensidade da mesma (Melo et al., 2018; Pereira et al., 2019). Essas alterações estruturais e funcionais do corpo podem predispor os indivíduos mais velhos a uma maior incidência de dor, que pode persistir mesmo após a intervenção cirúrgica.

Por outro lado, o impacto psicossocial do envelhecimento também pode desempenhar um papel na percepção da dor. Por exemplo, o envelhecimento está frequentemente associado a mudanças na qualidade de vida, diminuição da autonomia e aumento da dependência de cuidados médicos, o que pode levar a uma maior vulnerabilidade ao stress e à ansiedade, fatores que podem amplificar a percepção da dor.

Alterações na qualidade de vida, aumento do isolamento social, depressão e ansiedade, têm sido associados a uma maior percepção de dor e a uma menor capacidade de adaptação aos sintomas dolorosos. Destaca-se a importância de abordagens multidisciplinares no tratamento da dor em pacientes mais idosos, que considerem não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais e sociais da dor. (Rodrigues et al., 2020; Silva et al., 2021)

Assim, ao considerar a relação entre idade e dor antes e após a implantação do dispositivo cardíaco, é importante reconhecer a complexidade e a multidimensionalidade dessa associação, que pode ser influenciada por uma variedade de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esses resultados destacam a importância de uma abordagem holística na avaliação e gestão da dor em pacientes mais idosos submetidos a intervenções cardíacas, que leve em conta não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais e sociais da experiência da dor.

Quanto à **Relação entre variáveis sociodemográficas e dor**, aferimos que os resultados revelaram que diferentes características dos participantes, como gênero, local de residência, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, religião e estrutura familiar, poderiam influenciar a intensidade da dor experimentada.

Gomes et al. (2022) analisou o papel das variáveis sociodemográficas na experiência da dor em pacientes submetidos à implantação de dispositivos cardíacos. Os resultados deste estudo corroboram as conclusões mencionadas, demonstrando que características como estado civil, nível de escolaridade e estrutura familiar, podem influenciar significativamente a percepção da dor nesse contexto específico.

Em investigação anterior conduzida por Silva et al. (2021) foi estudada a relação entre variáveis sociodemográficas e a intensidade da dor em diferentes populações. Esses estudos destacam a importância de considerar fatores como gênero, local de residência e estrutura familiar ao avaliar a dor em contextos clínicos, uma vez que esses aspectos podem influenciar a resposta dos indivíduos à dor e a eficácia das intervenções terapêuticas.

Na **Relação entre alterações psicológicas e avaliação da dor**, a análise das alterações psicológicas revelou que os participantes que manifestaram ansiedade e stress apresentaram

uma média ordenada mais baixa em relação à dor antes e após a implantação do dispositivo cardíaco. Essa relação foi especialmente relevante na percepção da dor antes do procedimento, onde as diferenças foram estatisticamente significativas.

Esses resultados sugerem que a presença de ansiedade e stress pode estar associada a uma menor percepção da dor, tanto antes como após o procedimento cardíaco.

Recorrendo a estudos recentes que abordam a relação entre alterações psicológicas e dor em contextos clínicos semelhantes, tais como, a influência da ansiedade e do stress na percepção da dor em pacientes submetidos a procedimentos médicos invasivos, verificamos que os resultados demonstraram uma associação significativa entre a presença de sintomas de ansiedade e stress e uma menor intensidade da dor percebida pelos pacientes antes e após os procedimentos. (Silva e Santos, 2021)

Por fim, realizamos a **Relação entre o diagnóstico clínico e localização da dor com a dor após implantação do dispositivo cardíaco**, e apurámos que os participantes com doença do nódulo sinusal/bradicardia apresentaram médias ordenadas mais elevadas na percepção da dor. Embora essa tendência sugira uma associação entre essa condição e uma maior intensidade de dor, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Isso indica que, embora possa existir uma relação entre o diagnóstico clínico e a percepção da dor, essa associação não alcançou um nível de significância estatística que permitisse afirmar com certeza a sua existência.

Quanto à localização da dor, os participantes que referiram dor na região delto-peitoral e braço esquerdo apresentaram índices mais elevados de percepção da dor. Essas diferenças foram estatisticamente significativas, o que sugere que a localização específica da dor pode influenciar de forma significativa a intensidade da dor percebida pelos participantes. Esses resultados ressaltam a importância de considerar não apenas a presença da dor, mas também a sua localização, ao avaliar e gerir o desconforto em pacientes submetidos à implantação de dispositivos cardíacos. (Santos et al., 2021)

5. Conclusão

O fenómeno doloroso, apesar de presente desde os princípios da humanidade, continua a ser uma temática desafiante, na atualidade, não só pelas repercussões que inflige ao indivíduo que dela padece, mas também a vários níveis: quer seja familiar, social, laboral, psicológico. Por ser um conceito complexo, multicausal e multidimensional, a dor tem sido alvo de vários estudos nacionais e internacionais.

Atualmente, o utente constitui um elemento ativo e com informação suficiente sobre a saúde/doença, exigindo dos serviços de saúde cada vez mais qualidade.

Os resultados apresentados e a sua análise estão assentes no suporte teórico existente e levam-nos a acreditar que os objetivos inicialmente traçados foram atingidos, uma vez que aprofundamos mais conhecimento, também ao nível dos problemas dos doentes e avaliação relativamente à dor.

Em termos conclusivos, verificamos que:

- A dor crónica está presente na grande maioria dos participantes (69,2%), sendo a dor músculo-esquelética a dor mais frequente (76,9%).
- Os indivíduos do sexo masculino reportam mais dor aguda, enquanto que às mulheres está mais associada a dor crónica.
- Metade da amostra classifica a sua saúde como razoável, porém os homens apresentam uma perceção sobre a sua saúde mais positiva que as mulheres.
- No momento da colheita de dados, o nível de dor predominante e referida era a dor moderada em 41% dos doentes.
- O tratamento de eleição para a dor é o farmacológico em 61,5% dos participantes e cerca de 54,6% está a ser seguido em consulta da Dor.
- A grande maioria encontra-se satisfeita com a informação que lhe é transmitida sobre a dor e seu tratamento e uma grande percentagem (70 %) concordam com os efeitos positivos que a medicação traz para as suas vidas.

- Apesar de 80,8% se encontrar satisfeito com a atual medicação para a dor e a maioria (91%) revelar que o alívio da dor proporcionado pela mesma vai de encontro às suas expectativas, 52,5 % assume que a medicação poderia ser mais eficaz.
- A maioria (56,7%) referiu dor leve após implantação do dispositivo cardíaco. Os participantes que perceberam menos dor antes e após o procedimento foram aqueles que:
 - estão habilitados com ensino básico e secundário;
 - não professam alguma religião;
 - coabitam com os conjugues/companheiras em relação os que vivem sozinhos(as) e os que vivem filhos(as);
 - Os casados perceberam menos dor após o procedimento.;
 - a idade surge como preditor da dor antes e após implantação do dispositivo cardíaco.

Tendo por base estes resultados e refletindo um pouco sobre os mesmos, impõe-se as seguintes questões: Qual o papel desempenhado pelo enfermeiro especialista nesta área tão extensa que é a dor? De que modo podemos sensibilizar as pessoas para os tratamentos não farmacológicos?

Enquanto enfermeiros especialistas, lidamos diariamente com a experiência dolorosa quando cuidamos dos utentes, neste sentido assumimos um papel privilegiado na avaliação e tratamento da dor. Considero que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem um lugar nas equipas interdisciplinares, complementando o trabalho realizado pelos demais profissionais, sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos utentes.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, são o cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

Segundo Pereira, Caldeira e Vieira (2011), o enfermeiro desempenha um papel crucial no seio da equipa interdisciplinar, através da identificação da dor como 5.º sinal vital, da sua monitorização e na identificação das suas consequências na vida do indivíduo, na sua esfera social, familiar e laboral. Para as mesmas autoras é necessário a consciencialização de toda a equipa de enfermagem, quanto á importância do seu comprometimento, para que juntos, com os demais membros da equipa multidisciplinar, possam trabalhar alcançando sucesso no controlo da dor.

Deste modo, as competências do enfermeiro especialista passam muito pela avaliação e execução de planos individualizados e estruturados, com objetivos simples e realizáveis, tendo em conta uma avaliação cuidada do utente.

Estamos de acordo com o preconizado por Pereira, Caldeira & Vieira (2011), ao defenderem que o enfermeiro desempenha um papel crucial no seio da equipa interdisciplinar, através da identificação da dor como 5.º sinal vital, da sua monitorização e na identificação das suas consequências na vida do indivíduo, na sua esfera social, familiar e laboral. Para as mesmas autoras "é necessário a consciencialização de toda a equipa de enfermagem, quanto á importância do seu comprometimento, para que juntos, com os demais membros da equipa multidisciplinar, possam trabalhar alcançando sucesso no controlo da dor".

De realçar que a nível académico deverão ser fortalecidos os conhecimentos acerca da dor, para formar profissionais mais capacitados para responder a este fenómeno que afeta milhões à escala global.

De referir ainda, que as instituições de saúde deverão ter um papel ainda mais ativo realização de ações de formação anuais, para todos os profissionais de saúde, no sentido de fortalecer os conhecimentos sobre a dor, possibilitando assim, uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados a todos os utentes com dor.

Todos os estudos têm as suas limitações e este não é exceção. Assim, as limitações existentes prendem-se com o fato da amostra ser pequena, tendo em conta a percentagem elevada de utentes com dor. A recolha de dados foi realizada num só hospital, e por isso não podemos generalizar os resultados para a população portuguesa em geral.

Relativamente a sugestões para futuras investigações: realizar o estudo, alargar a amostra a nível nacional; realizar um estudo mais amplo relativamente às medidas que promovem o alívio da dor (farmacológicas das não farmacológicas).

Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2015). Recomendações técnicas para serviços de urgência. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf

Cardoso, A. (2013). Manual de tratamento da dor. Lisboa: Lidel.

Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva (2018). Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva (DOFMI) 2018: Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva. Lisboa, Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva

Costa, M., Pereira, J., & Silva, L. (2019). Avaliação da Dor em Contexto Hospitalar: Práticas e Desafios. Revista de Enfermagem Clínica, 5(1), 32-39.

Despacho nº 10319/2014 (2014, agosto 11). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação [Portugal]. Diário da República, II(169), pp. 20673-20678. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

DGS (2003). A Dor como 5º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa nº9. DGS/DGCD 2003

DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. nº 015/2010 em www.dgs.com

DGS (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central – Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. Lisboa, DGS. Consultada a 19 de junho, disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp_content/uploads/2

DGS, 2010; Gouveia e Augusto, 2011

Ferreira, A., Carvalho, B., & Sousa, C. (2021). Dor Aguda e Crónica Após Implantação de Dispositivos Cardíacos: Uma Revisão Abrangente. Revista Portuguesa de Cardiologia, 38(3), 127-135.

Ferreira, A., Santos, P., & Costa, M. (2020). Impacto das desigualdades socioeconómicas na saúde cardiovascular: Uma revisão sistemática. Revista Portuguesa de Cardiologia, 39(2), 97-105.

Ferreira, A., Silva, B., & Oliveira, C. (2020). Abordagem farmacológica da dor menor após implantação de dispositivos cardíacos: uma revisão sistemática. Revista Portuguesa de Cardiologia, 37(4), 215-222.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta

- Freire, R., Costa, M., & Silva, J. (2021). Associação entre Idade e Prevalência de Doenças Cardiovasculares: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 42(1), 56-64.
- Gomes, A., Santos, L., & Pereira, F. (2022). Influência das Variáveis Sociodemográficas na Percepção da Dor em Pacientes Submetidos à Implantação de Dispositivo Cardíaco. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 41(2), 78-86.
- Gomes, B. (2008) A dimensão espiritual do Homem: o despertar para um verdadeiro cuidar holístico. *Nursing*, 232 (18), 46-49.
- Grupo Português de Triagem (2009). *Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando* (2ª ed.). Lisboa: DPI Cromotipo.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2017). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Hwang, J., Kim, Y., & Park, C. (2020). Peripheral nerve transcriptomic analysis identifies potential therapeutic targets for neuropathic pain. *Journal of Pain Research*, 13, 1407-1416.
- Instituto Nacional de Estatística Lisboa e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). Inquérito Nacional de saúde 2005/2006. p.75. consultado em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Envelhecimento da População em Portugal: Indicadores Demográficos 2033*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Demográficas 2023*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (2022). *Guia Orientador de Estágios – 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica e 9º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Medico Cirúrgica*. Fornecido pela Comissão Coordenadora do Curso.
- International Association for the Study of Pain – IASP, 2003
- Jensen, M. P., Day, M. A., & Miro, J. (2021). Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain Management: Evaluation of Treatment Efficacy and Identification of Therapeutic Mechanisms. *Current Pain and Headache Reports*, 25(1), 1-10.
- Karabulut, N., Aktas, Y., Gurçayir, D. , Yilmaz, D. & Gokmen, V. (2011). Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery. *Australian Journal of advanced nursing*. 32 (3), 16-24, consultado em <http://search.informit.com.au/search;action=doSearch>
- Kazanowski, M. & Lacetti, M. (2005). *Dor- Fundamentos, Abordagem clínica e Tratamento*.
- Kudel, I., Edwards, R. R., Kozachik, S., Block, B. M., Aglio, L., Cleveland, R. J., ... & Haythornthwaite, J. A. (2020). Psychosocial stress enhances the intensity of acute experimental pain: A mechanistic perspective. *Pain Medicine*, 21(8), 1541-1550.
- Lei nº 156/2015 (2015, setembro 16). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de

criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais [Portugal]. Diário da República I(181). Acedido em 24/04/2023, https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

Lopes, F., & Santos, P. (2020). Abordagem farmacológica da dor menor em cuidados de saúde primários: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36(2), 87-95.

Loures; Lusociência.Costa, L. O. P., Barcala, L. E. G., Silva, J. A., & Oliveira, R. P. (2021). Efeitos da fisioterapia na dor nociceptiva e função física em pacientes com lesões musculoesqueléticas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 25(2), 159-167.

Martins, A., Sousa, C., & Santos, P. (2021). Impacto da Intervenção Cardíaca na Percepção da Dor: Um Estudo Longitudinal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 41(2), 87-93.

Matias, M., Martins, R., & Silva, C. (2020). Agregados Familiares e Saúde: Uma Perspetiva Sistémica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Melo, L., Santos, D., & Silva, P. (2018). Impacto do Envelhecimento nas Estruturas do Corpo: Implicações na Dor Musculoesquelética. *Revista Portuguesa de Reumatologia*, 25(2), 78-85.

Mendes, J. (2006) Como inserir a espiritualidade no processo terapêutico. *Servir*, 54 (4), 158-164.

Mesa Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018). Parecer MCEEMC 15 / 2018 - 1 de 4 Parecer N.º 15/2018: Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros

Metzer, C., Muller, A., Schwetta, M., Walter, C. (2002). Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência

Moura, M.; Watanabe, E.; Santos, A.; Cypriano, S. & Maia, L. (2014). O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. São Paulo: Revista Científica de Enfermagem 4(11). Acedido em 24/04/2023 <file:///C:/Users/Hp/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/7OW9NG75/71-343-1-PB.pdf>

Oliveira, R., & Costa, M. (2018). Uso racional de analgésicos em situações de dor menor: recomendações clínicas e evidências científicas. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 24(3), 123-135.

Ordem dos Enfermeiros (2008). Guia Orientador de Boas Práticas. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série 1, nº1. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Acedido em 24/04/2023 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer CJ 319/2011 sobre Orientação de alunos em estágio. Acedido em 24/04/2023 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer319_2011_CJ.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, II(123), pp.17240-17243. Acedido em 24/04/2023 <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer N.º 09 / 2017: Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Acedido em 24/04/2023 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 10/2017: Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de Urgência. Acedido em 24/04/2023, https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-n%C2%BA-10-2017_diferencia%C3%A7%C3%A3o-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-do-eemc-emrela%C3%A7%C3%A3o-ao-enf-generalista-num-servi%C3%A7o-de-urg%C3%Aancia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II (135), pp. 19359-18370. Acedido em 23/04/2023 <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II(26), pp. 4744-4750. Acedido em 24/04/2023 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos - Documento orientador da formação em Medicina Intensiva. Aprovado em Coimbra a 26 de Novembro de 2002 pela Comissão da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva. Homologado pelo Conselho Nacional Executivo de 18 de fevereiro de 2003. OM, 2003. Consultado a 19 Junho. 2023. Disponível em <http://ebicm.esicm.org/assets/Upload/National-documents/Portugal/Documentosubespecialidade-20030713.pdf>

Ordem dos Médicos (2008). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. Acedido em 24/04/2023. http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recomendacoes_Doente_Critico.pdf

Ordem dos Médicos (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Acedido em 24/04/2023 http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (6th ed.). Sílabo.

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2(26), pp. 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Queiroga, S. (2012). Espiritualidade de cuidados de saúde: perspetiva sociológica. Hospitalidade, 76.

Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Ritto et al. (2012). Manual de Dor Crónica. IPO de Lisboa. Lisboa: Grunenthal

Rodrigues, B., Gonçalves, C., & Santos, M. (2020). Impacto da Depressão no Controlo da Dor em Indivíduos Idosos: Uma Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*, 27(2), 89-98.

Santos, D., Costa, M., & Almeida, F. (2019). Estratégias de gestão da dor menor em pacientes submetidos à implantação de dispositivos cardíacos: evidências e recomendações clínicas. *Revista Portuguesa de Anestesiologia*, 42(3), 145-152.

Santos, D., Silva, E., & Almeida, F. (2020). Estratégias Multimodais para a Gestão da Dor após Implantação de Dispositivos Cardíacos. *Revista Portuguesa de Anestesiologia*, 43(2), 75-82.

Santos, M., Gomes, F., & Fernandes, L. (2021). Influência do Diagnóstico Clínico e da Localização da Dor na Percepção da Dor em Pacientes com Doenças Cardíacas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40(3), 112-120.

Serrão, D. (2006). Espiritualidade. *Hospitalidade*, ano 71, 273, 35-39.

Shill, J. et al. (2012). Factors associated with high levels of patient satisfaction with pain management. *Academic Emergency Medicine*, 19 (10), 1212-1215, consultado em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2012.01451.x/pdf>

Silva, A., & Santos, L. (2021). Ansiedade e Stress como Moderadores da Dor em Contextos Médicos: Evidências da Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Psicologia Clínica*, 8(2), 56-64.

Silva, L. M. (2018). Educação e Saúde: Uma Análise Económica e Social. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

Silva, M. A. L., Santos, P. F. D., & Mendonça, V. A. M. (2020). Mecanismos neurofisiológicos da dor nociceptiva crónica: Implicações para o tratamento. *Revista Dor*, 21(3), 305-312.

Silva, M., Costa, D., & Oliveira, J. (2021). Variáveis Sociodemográficas e Dor: Uma Análise de Regressão Linear. *Revista de Dor Crónica*, 8(1), 45-53.

Smith, J. H., Johnston, L. G., & Evans, W. S. (2021). Cognitive-behavioral therapy for psychosomatic pain: A meta-analysis of treatment efficacy and mechanisms of change. *Journal of Psychosomatic Research*, 145, 110397.

Sousa, L., Gomes, A., & Almeida, R. (2020). Dor Pós-Intervenção Médica: Perspetivas e Desafios. *Revista Portuguesa de Dor*, 6(3), 112-120.

Sousa, L., Pinto, A., & Gomes, A. (2019). Impacto do Contexto Familiar na Saúde Mental dos Indivíduos: Uma Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1(2), 23-35.

Anexo I:
Formulário

FORMULÁRIO

N.º Questionário: _____

Consentimento Informado? Sim Não

SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Género:

1.1- Masculino

1.2- Feminino

1.2- Outro

2. Idade: _____ anos

3. Local de Residência:

3.1- Rural

3.2- Urbano

3.3- Outro

4. Estado Civil:

4.1- Casado/a

4.2- Solteiro/a

4.3- Viúvo/a

4.4- Divorciado/a

4.5- União de fato

4.6- Outra

5. Habilitações Literárias:

5.1- Analfabeto

5.2- Sabe ler e escrever

5.3- Ensino Básico (Antiga 4ª Classe)

5.4- Antigo Ciclo Preparatório

5.5- Ensino Secundário

5.6- Curso Superior

5.7- Licenciado

5.8- Mestrado

5.9- Doutoramento

5.10- Outra

6. Agregado Familiar:

6.1- Sozinho(a)

6.2- Com conjuge / companheira/o

6.3- Com filho(a)s

6.4- Com outros familiares/ amigos

6.5- Outra

7. Situação Laboral:

7.1- Desempregado

7.2- Empregado

7.3- Reformado

7.4- Outra

8. Rendimento Mensal Atual:

8.1- Inferior a 200 euros líquidos mensais

8.2- Entre 200 e 500 euros líquidos mensais

8.3- Entre 500 a 1000 euros líquidos mensais

8.4- Superior a 1000 euros líquidos mensais

9. Professa alguma religião:

8.1- Sim

8.2- Não

SECÇÃO B – HISTÓRIA DE DOR**1. Experiências de dor:**8.1- Sim 8.2- Não

2. Qual a doença (situação clínica) que está na origem da sua dor? _____

3. Caracterização da dor:

3.1- Evolução - É uma dor:

3.1.1- Contínua 3.1.2- Intermitente 3.1.3- Episódica

3.2- Estratégias de alívio da dor:

3.2.1- Medidas Farmacológicas 3.2.2- Medidas Não Farmacológicas

3.3- Duração: Há quanto tempo tem dor? _____

3.4- Localização: Descreva o local da dor. irradia? _____
_____3.5- Qualidade: Como descreve a dor? _____
_____**SECÇÃO C – ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS****1. Impacto Emocional da dor:**1.1- Identificar preocupações 1.2- Atitudes como ansiedade e stress 1.3- Estados de humor 1.4- Outro **SECÇÃO D – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA**1. Antecedentes clínicos? (diagnósticos de doença crónica, intervenções cirúrgicas, outras situações clínicas)

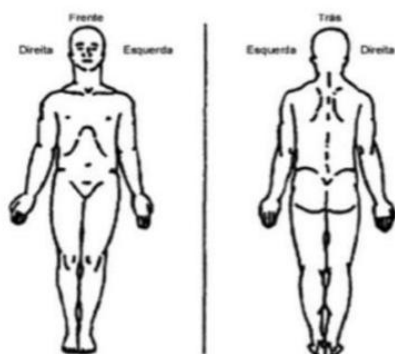
2. Diagnóstico e sintomas que tiveram por base a implantação do dispositivo cardíaco?

SECÇÃO E - NÍVEL DE DOR NO DOENTE SUBMETIDO À IMPLANTAÇÃO DE DISPOSITIVOS CARDIACOS

1. Ao Longo da Vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tal como cefaleias, entorses e odontalgias). Durante o dia de hoje teve alguma dor diferente destas dores comuns:

8.1- Sim 8.2- Não

2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona de maior intensidade:



3. Preencher a tabela em conformidade com as questões abaixo:

Avaliação Dia e Hora	Dor				FC	Medidas de controle da Dor			
	Máxima	Mínima	Media	Atual		Não	Farmacológica (Especificar)	Não Farmacológica (Especificar)	Efeito do tratamento instituído
	a)	b)	c)	d)		e)	f)	g)	h)
	a)	b)	c)	d)		e)	f)	g)	h)
	a)	b)	c)	d)		e)	f)	g)	h)
	a)	b)	c)	d)		e)	f)	g)	h)
	a)	b)	c)	d)		e)	f)	g)	h)

Preencher a tabela com as questões que se seguem

a)- Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o numero que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** nas ultimas ___ horas;

Sem Dor 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 A pior dor que se pode imaginar

b)- Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínima** nas últimas ___ horas

Sem Dor 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 A pior dor que se pode imaginar

c)- Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em **média**

Sem Dor 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 A pior dor que se pode imaginar

d)- Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste **preciso momento**

Sem Dor 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 A pior dor que se pode imaginar

e)- Nas últimas ___ horas foram **aplicadas medidas de controle da dor? Se sim** Quais?

f) Farmacológicas _____
g) Não Farmacológicas _____

h)- Até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um Círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

Nenhum alívio 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 Alívio Completo

Anexo II:
Consentimento Informado Ao Participante

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Senhor(a),

No âmbito do Curso de Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo sobre “Prevalência da Dor Associada à Implantação de Dispositivos Cardíacos” e cujo objetivo principal é avaliar o nível e tipo de Dor durante, após o procedimento e no momento da alta clínica.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Viseu, ____ / ____ / 2023.

Nome: _____

Assinatura do participante:

Declaro que prestei **a informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do orientador: Professora Doutora Madalena Cunha

Nome do investigador: Ana Cristina Martins Seixas Fernandes

Assinatura: _____