



SOCIEDADE PORTUGUESA DE  
CUIDADOS INTENSIVOS

# Resultados

Plano Nacional de Avaliação da Dor





SOCIEDADE PORTUGUESA DE  
CUIDADOS INTENSIVOS

# Resultados

Plano Nacional de Avaliação da Dor



Relatório elaborado por:

**José António Pinho**

**Helena Carneiro**

**Fernando Alves**

Orientado por:

**Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Madalena Jesus Cunha Nunes**

**Prof. Dr. João Carvalho Duarte**

---

## Índice de Quadros

- Quadro 1 – Instituições vs Profissionais Participantes
- Quadro 2 – Tipologia das UCI´s vs Profissionais participantes
- Quadro 3 – Género dos Profissionais
- Quadro 4 – Estado Civil dos Profissionais
- Quadro 5 – Estatísticas Relativas ao Tempo de Profissão
- Quadro 7 – Tempo de Exercício de Funções na UCI
- Quadro 8 – Tempo a exercer funções na UCI por classes
- Quadro 9 – Opinião dos Enfermeiros sobre as características da BPS e ESCID
- Quadro 10 – Influência das variáveis sociodemográficas
- Quadro 11 – Resultados do teste qui-quadrado para a pergunta “É um instrumento que discrimina a avaliação da dor nos 3 momentos” vs tempo de profissão
- Quadro 12 – Resultados do teste qui-quadrado para a pergunta “A linguagem utilizada é objetiva” vs Estado Civil
- Quadro 13 – Resultados do teste qui-quadrado da opinião dos Enfermeiros sobre as características das escalas vs Escolha entre a BPS e a ESCID
- Quadro 14 – Resultados do teste qui-quadrado entre as Instituições vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID
- Quadro 15 – Resultados do teste qui-quadrado entre as UCI´s vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID
- Quadro 16 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Género vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID
- Quadro 17 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Estado Civil vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID
- Quadro 18 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Tempo de Profissão (classes) vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID
- Quadro 19 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Tempo de Exercício de Funções na UCI (classes) vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID
- Quadro 20 – Resultados do teste qui-quadrado entre o género vs Estado Civil dos Profissionais que escolheram a BPS
- Quadro 21 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Género vs Tempo de Profissão (classes) dos Profissionais que escolheram a BPS
- Quadro 22 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Género vs Tempo de Experiência na UCI (classes) dos Profissionais que escolheram a BPS

Quadro 23 – Resultados do teste qui-quadrado entre o gênero vs Estado Civil dos Profissionais que escolheram a ESCID

Quadro 24 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Gênero vs Tempo de Profissão (classes) dos Profissionais que escolheram a ESCID

Quadro 25 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Gênero vs Tempo de Experiência na UCI (classes) dos Profissionais que escolheram a ESCID

Quadro 26 – Escolha dos Enfermeiros entre BPS e ESCID

## **Índice de Figuras**

Figura 1 – Escolha dos Enfermeiros entre BPS e ESCID

---

## Índice

1 – INTRODUÇÃO	6
2 – MATERIAL E MÉTODOS	13
2.1 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	13
2.2 – PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR	13
2.3 – VARIÁVEIS	14
2.4 – INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DA INFORMAÇÃO	14
3 – RESULTADOS	17
3.1 – INSTITUIÇÕES E UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PARTICIPANTES	17
3.2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	18
3.3 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DAS ESCALAS BPS, ESCID, AMBAS OU NENHUMA PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO	20
3.4 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS VS OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A BPS E ESCID	22
3.5 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DAS ESCALAS VS ESCOLHA ENTRE AS ESCALAS BPS E ESCID	24
3.6 - INSTITUIÇÕES E UCI'S VS ESCOLHA DOS ENFERMEIROS ENTRE A BPS E A ESCID	28
3.7 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS VS ESCOLHA DOS ENFERMEIROS ENTRE A BPS E A ESCID	31
3.7.1 – Variáveis sociodemográficas e Profissionais vs Escolha dos Enfermeiros da BPS	33
3.7.2 – Variáveis sociodemográficas e Profissionais vs Escolha dos Enfermeiros da ESCID	35
3.8 – ESCOLHA DOS ENFERMEIROS ENTRE BPS E ESCID	38
4 – CONCLUSÕES	40
5 – FINANCIAMENTO	41
6 – CONFLITO DE INTERESSES	41
7 - BIBLIOGRAFIA	42

## 1 - INTRODUÇÃO

A dor em doentes críticos é comum<sup>1</sup> e a sua gestão representa um desafio universal<sup>2</sup>. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor do doente crítico<sup>3</sup> embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes doentes<sup>4</sup> perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento numa UCI<sup>5-8</sup>.

Um estudo multicêntrico<sup>9</sup> mostra que 50 a 65% dos doentes internados sentiram dor e 15% destes referiram uma intensidade moderada a severa durante mais de 50% do seu internamento hospitalar, evidência corroborada por outros estudos.<sup>10-14</sup>

Embora as recomendações de sociedades científicas<sup>15,16</sup>, a adequada avaliação da dor em UCI não é consensual e a aplicação de instrumentos validados não é frequente<sup>5,17</sup>, sendo de realçar a tendência para a subvalorização da intensidade da dor dos doentes críticos<sup>22-24</sup>.

A dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais, no entanto desde a recomendação da Direção Geral de Saúde emitida numa circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003, que indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde.

Numa primeira fase do Plano Nacional de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (PNAD-SPCI) foi realizado o diagnóstico da situação que procurou conhecer como se avaliava da dor do doente crítico internado nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Portuguesas. Verificou-se que 8% das UCI's não avaliavam a dor do doente crítico nem a resposta à terapêutica analgésica. 67% das UCI's utilizavam a Escala Visual Numérica para avaliar a intensidade da dor relatada pelo doente, embora este instrumento de avaliação da dor seja considerado o "gold standard" para a avaliação da dor e resposta à analgesia. Esta escala é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam, ou seja não é indicada para doentes críticos que estão submetidos a ventilação mecânica e sedados. Desta forma, verificou-se que apenas 25% das UCI's utilizavam instrumentos de avaliação da dor adequadas para esta tipologia de doentes críticos.

A dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos. Baseadas em indicadores comportamentais foram desenvolvidas escalas para detetar e medir a dor em doentes críticos com um bom grau de fiabilidade e validade tal como: a *Behavioural Pain Scale*<sup>8</sup>, que inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória); a *Critical Care Pain Observation Tool*<sup>1,22</sup> que inclui 4 itens comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ventilatória ou vocalização); e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor*<sup>23</sup> que inclui 5 itens comportamentais (musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória, conforto). No entanto o uso destas escalas está limitado a doentes submetidos a sedação profunda, tratamento com bloqueadores neuromusculares, tetraplegia e polineuropatia<sup>24</sup>.

Em Portugal 4 UCI's usavam a *Behavioral Pain Scale* (BPS), 2 UCI's aplicavam a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* (ESCID) e nenhuma aplicava a *Critical Care Pain Observation Tool*.

O diagnóstico da situação mostrou que existia uma ausência de uniformização de ferramentas avaliação da intensidade da dor do doente internado nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas.

Esforços devem ser feitos para melhorar a avaliação e o tratamento da dor em doentes críticos e representa uma oportunidade de melhoria na qualidade de cuidados<sup>25</sup>.

O Grupo de Avaliação da Dor (GAD) da SPCI propôs como objetivo designar uma escala comportamental para avaliar a dor do doente adulto, submetido a ventilação mecânica, sedado e que não comunica de forma verbal e motora para isso elaborou o PNAD de forma a promover o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde na área da avaliação da dor.

O PNAD pretendeu incluir todas as UCI's Portuguesas na sua implementação sendo por isso considerado pela Ordem dos Enfermeiros como um projeto pioneiro a nível mundial pois pretendia que todos os enfermeiros portugueses participassem na avaliação das propriedades das duas escalas comportamentais de avaliação da dor do doente crítico propostas (BPS e ESCID) e decidissem qual o instrumento a adotar pelas UCI's Portuguesas.

Na primeira fase da implementação do PNAD foi constituída uma rede de nacional, sendo designado um enfermeiro de referência em cada UCI que tinha como objetivo implementar o PNAD na sua equipa de trabalho.

O GAD-SPCI elaborou uma formação fundamental para os 1346 enfermeiros que participaram no PNAD que foi ministrada pelos enfermeiros de referência às equipas de enfermagem das 61 UCI's que participaram com o objetivo de sensibilizar e dotar de conhecimentos na área da avaliação da dor.

### **Percurso do Grupo de Avaliação da Dor**

Reunidas 17 Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas no Hospital São Teotónio de Viseu, decidiram constituir um grupo de trabalho, designado com Grupo de Avaliação da Dor (GAD), com o objetivo, da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), indicar uma escala comportamental, para avaliar a dor em doentes sedados, que não comunicam de forma verbal ou motora e ventilados.

Tornaram-se também objetivos do GAD promover o desenvolvimento de competências na área da avaliação da dor em doentes críticos, avaliar as propriedades, como instrumento de medida, de duas escalas de avaliação da dor em doentes críticos, que não comunicam e submetidos à ventilação mecânica e conhecer a opinião dos enfermeiros participantes no Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD), sobre a aplicabilidade das escalas propostas, apresentando-se os resultados no presente relatório.

Na primeira fase do PNAD foi realizado, a nível nacional, o diagnóstico da situação a partir de um questionário aplicado, durante o mês de Setembro de 2010, aos Enfermeiros Chefes ou seu substituto, no qual se tornou possível conhecer como se avaliava a dor no doente crítico em 24 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e conclui-se que:

1. Existia ausência de uniformização de ferramentas de avaliação da intensidade da Dor do doente internado nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesa;
2. **8%** das UCI's não utilizavam um instrumento de mensuração para avaliar a dor;
3. **67%** das UCI's tinham instituída a Escala Visual Numérica(EVN);



4. **92%** das UCI's tinham instituído escalas de autoavaliação, sendo elas: a Escala Visual Numérica, a Escala Qualitativa da Dor, a Escala de Faces da Dor, a Escala Comportamental, a Escala Visual Analógica e a Escala Observacional;
5. **41%** das UCI's tinham adotado escalas de avaliação comportamental e referenciaram a FLACC, a Escala de Avaliação Não Verbal, Escala Observacional, a BPS e a ESCID;
6. **25%** das UCI's utilizavam em simultâneo escalas de autoavaliação e escalas comportamentais;
7. Das escalas comportamentais indicadas pelas UCI's apenas **25%** utilizam escalas de avaliação comportamental adequadas a adultos, sedados e ventilados;
8. Das escalas adequadas aos doentes críticos, adultos, sedados, que não comunicavam de forma verbal e motora, somente **19%** aplicavam a BPS e **6%** aplicavam a ESCID, sendo que a CPOT não era aplicada nas UCI's.

Claramente percebeu-se que existia uma desinformação por parte dos profissionais de saúde quanto aos instrumentos de avaliação da intensidade da dor para esta população de doentes, desta forma o GAD decidiu desenvolver uma formação uniformizada para todos os enfermeiros das UCI's Portuguesas com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências na área da avaliação da dor em doentes críticos.

Para que a formação abrange-se o máximo de profissionais foi implementada uma plataforma de formação, durante o mês de Fevereiro de 2011, e criada a figura do enfermeiro de referência em cada UCI que participava no PNAD com o objetivo de conduzir todo o processo de formação e implementação. Desta forma contribuíram para este estudo 107 enfermeiros de referência que formaram 1346 enfermeiros das 61 UCI's Portuguesas.

Durante os meses de Março e Abril de 2011 foi realizado o estudo de opinião em que foi proposto aos enfermeiros que avaliassem as características, como instrumento de medida, de duas escalas de avaliação da dor em doentes sedados, que não comunicavam de forma verbal e motora e submetidos à ventilação mecânica.

Os instrumentos para avaliar a intensidade da dor seleccionados para este estudo foram a BPS e a ESCID porque eram as duas escalas, para esta população de doentes, que estavam a ser aplicadas em Portugal, ficando a CPOT excluída por esse motivo.

No XIV Congresso de Medicina Intensiva realizado em Lagos estiveram presentes os autores das duas escalas em estudo para que todos os enfermeiros que participaram no PNAD tivessem a oportunidade de esclarecer questões sobre as escalas que foram surgindo durante o processo de implementação.

Foi realizada uma monitorização da implementação do PNAD através de um questionário aplicado aos enfermeiros de referência ao qual responderam 156 enfermeiros a 15 perguntas propostas pelo GAD.

Apresenta-se de seguida os resultados desta monitorização:

1. Verificou-se uma taxa de adesão ao PNAD de 96% dos enfermeiros que trabalham nas UCI's que participaram no estudo;
2. Enfermeiros de referência indicaram que as principais dificuldades sentidas na formação do grupo foram: o tempo para formar a equipa na totalidade (47%), a interpretação das escalas (15%) e o conhecimento reduzido sobre a temática (10%), refere-se ainda que 28 % não sentiu qualquer dificuldade;
3. As principais dificuldades sentidas indicadas pelo grupo foram: interpretação das escalas (40%), os critérios de inclusão e exclusão definidos (26%), falta de conhecimentos sobre a temática (7%), os enfermeiros de referência indicaram que o que teve na base das dificuldades sentidas foram: a falta de tempo (49%), a conjuntura organizacional (24%), a falta de motivação (19%) e a falta de reconhecimento/ envolvimento das chefias (2%);
4. Quanto aos principais pontos fortes na implementação, os enfermeiros de referência indicaram: a sensibilização/motivação para a avaliação da dor (59%), as potencialidades do PNAD (17%), a implementação de um instrumento para a avaliação da dor (15%) e o facto de a formação ser uniformizada (9%);

5. O apoio que os enfermeiros de referência indicaram que concederam foi: ao nível de esclarecimento de dúvidas (62%), na formação à equipa e individualmente (26%) e na motivação da equipa (8%);
  6. Relativamente ao nível do envolvimento do grupo 49% dos enfermeiros de referência consideraram que foi elevado, 32% consideraram que foi bom, 11% indicaram que foi insuficiente e 8% entenderam que foi razoável;
  7. Quando questionados sobre a evolução do processo, 68 % consideraram que não houve interferências, 9% indicaram que existiram resistências da estrutura organizacional, 8 % entenderam que existiram dificuldades na sistematização dos registos da intensidade da dor, e, 6% apontaram a falta de tempo como um fator pernicioso para a implementação do PNAD;
  8. Quanto às expectativas iniciais, 85% consideraram que foram atingidas, enquanto 11% entenderam o contrário;
  9. Os principais desvios positivos apontados pelos enfermeiros de referência foram: a sensibilização para a problemática da dor (36%), a integração no PNAD (32%), o envolvimento da equipa no PNAD (21%) e os ganhos na objetividade da avaliação da dor;
  10. Por outro lado os principais desvios negativos do PNAD foram: os critérios de inclusão e exclusão serem restritos (21%), a falha na sistematização dos registos (15%), a falta de motivação da equipa (13%), o instrumento de registo ser confuso (4%) e 32% consideraram que não houve qualquer desvio negativo;
  11. Quando questionados sobre quais as oportunidades de melhoria na prática clínica que proporcionaria o PNAD, os enfermeiros de referência indicaram: a avaliação sistemática da dor (30%), a possibilidade de implementação de uma das escalas (21%), a uniformização da avaliação da dor (13%), intervenção no alívio da dor (2%);
  12. Por último, 72% dos enfermeiros de referência entenderam que se registou mudança na preocupação com a perceção da avaliação da dor.
- Durante o mês de Maio foi disponibilizada uma plataforma *online* ([www.gad-spci.blogspot.com](http://www.gad-spci.blogspot.com)) em que todos os enfermeiros que participaram no PNAD puderam indicar a sua opinião sobre os dois instrumentos de avaliação da dor

implementados pelo GAD, e esses resultados encontram-se no capítulo seguinte.

Os resultados do estudo tiveram o apoio científico de dois consultores externos, Professora Doutora Madalena Cunha e Professor Doutor João Duarte que acompanham todo o processo até à validação das escalas estudadas que está a ser realizada pelo GAD-SPCI e será concluída durante 2012 e apresentada à comunidade científica.

## **2 - MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo observacional de natureza descritiva e coorte transversal com finalidade de avaliar a opinião dos enfermeiros sobre as características de duas escalas comportamentais (BPS e ESCID), enquanto instrumentos de medida, validadas para doentes submetidos a ventilação mecânica, sedados e que não comunicam de forma verbal e motora. A colheita de informação decorreu, no período de Março e Abril de 2011 em 61 UCI's Portuguesas representando uma taxa de adesão de 91,5% do total da UCI's existentes em Portugal continental e ilhas.

### **2.1 - POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA**

Os enfermeiros a exercer a sua atividade profissional em unidades de cuidados intensivos nas diversas instituições hospitalares do país, constituíram a população alvo do estudo. Como critérios de inclusão definiu-se que seriam todos aqueles que exerciam de forma autónoma a sua atividade profissional, ou seja, seriam excluídos enfermeiros que se encontravam em processo de integração no serviço. Dos 1346 profissionais de enfermagem referenciados que trabalham nas unidades de cuidados intensivos do país mencionados na Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos aceitaram participar no estudo 1026 enfermeiros.

### **2.2 - PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR**

Para este estudo foram convidados todos os enfermeiros que trabalhavam em unidades de cuidados intensivos, com competências reconhecidas pelo serviço onde desempenhavam funções da sua autonomia para a prática de cuidados ao doente crítico.

A avaliação da dor foi realizada em todos os turnos (noite, manhã e tarde), por um avaliador, através das escalas indicadas, coincidindo com a aplicação de procedimentos documentados como dolorosos, habituais na prática clínica, sendo eles: mobilização, aspiração de secreções endotraqueais e posicionamento.

O enfermeiro avaliador obteve formação uniformizada do PNAD que se realizou no mês anterior ao início do estudo. Esta formação contemplava temas tais

como: especificidade da avaliação da dor ao doente crítico, procedimentos de avaliação de dor, a importância da autoavaliação, causas potenciais de dor, observação comportamental da dor, instrumentos de avaliação de dor, contributo da observação da família, a importância da avaliação da dor para a eficaz titulação analgésica e a reavaliação.

A avaliação da dor foi efetuada em três momentos: no primeiro momento ou período de repouso, antes de iniciar o procedimento doloroso (5-10 minutos); no segundo momento, durante a aplicação do procedimento doloroso ou imediatamente após o procedimento doloroso, no caso da aspiração de secreções endotraqueais; no terceiro momento ou período de recuperação, depois de finalizado o procedimento doloroso (15 minutos).

Para a avaliação da dor em doentes que comunicavam de forma verbal ou motora utilizaram-se as escalas: Escala Visual Analógica (EVA) ou a Escala Visual Numérica (EVN). A avaliação da dor a doentes que não comunicam de forma verbal e motora utilizaram-se em simultâneo as escalas: BPS e a ESCID. A caracterização dos participantes em estudo teve por base as variáveis demográficas e profissionais, tais como: idade, género, estado civil, tempo de exercício profissional e tempo de experiência na UCI.

### **2.3 - VARIÁVEIS**

A caracterização sociodemográfica dos participantes teve por base as variáveis demográficas e profissionais, tais como:

- Idade
- Género
- Estado civil
- Tempo de exercício profissional
- Tempo de experiência na UCI

### **2.4 - INSTRUMENTO DE MENSURAÇÃO DA INFORMAÇÃO**

O instrumento de colheita de dados revestiu a forma de questionário disponível on-line (<http://gad-spci.blogspot.com/p/questionario-de-avaliacao-da-dor.html>), preenchido pelos profissionais que aceitaram participar no estudo e que acederam ao mesmo. O questionário integrou 21 perguntas e foram

apresentadas quatro respostas possíveis: ESCID, BPS, Ambas e Nenhuma. O enfermeiro poderia seleccionar apenas uma das quatro respostas apresentadas. A operacionalização das variáveis nominais em estudo foi efectuada através de um questionário colocado on line para facilitar o acesso e adesão dos participantes assim como o acesso aos dados. O questionário era constituído numa primeira fase foram efectuadas 20 perguntas e numa segunda fase apenas por uma pergunta na tentativa de melhor clarificação da escolha de cada um dos participantes

	ESCID	BPS	Ambas	Nenhuma
1. É uma ferramenta útil	●	●	●	●
2. É uma ferramenta fidedigna.	●	●	●	●
3. É uma ferramenta simples.	●	●	●	●
4. É um instrumento que mensura a dor de forma objectiva.	●	●	●	●
5. É um instrumento que discrimina a avaliação da dor nos 3 momentos.	●	●	●	●
6. É uma ferramenta que garante uma mensuração objectiva e independente da formação/experiência/categoria do enfermeiro.	●	●	●	●
7. É uma escala que está em consonância com o plano de actividades desenvolvido na unidade.	●	●	●	●
8. A linguagem utilizada é objectiva.	●	●	●	●
9. A linguagem utilizada é adequada ao doente crítico.	●	●	●	●
10. É uma ferramenta que avalia adequadamente a dor no doente crítico.	●	●	●	●
11. É uma ferramenta que promove interacção com o doente crítico.	●	●	●	●
12. A utilização desta ferramenta implica a existência de relação com o doente crítico.	●	●	●	●
13. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para os doentes.	●	●	●	●
14. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para os enfermeiros.	●	●	●	●
15. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para a unidade/instituição.	●	●	●	●
16. A utilização desta ferramenta permite produzir um indicador do estado clínico do doente.	●	●	●	●
17. A utilização desta ferramenta constitui-se como um indicador de	●	●	●	●

qualidade dos cuidados de enfermagem.	ESCID	BPS	Ambas	Nenhuma
18. A utilização deste instrumento na avaliação da dor no doente crítico, permite a investigação sobre a dor.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19. A utilização desta ferramenta permite caracterizar mais dimensões do comportamento do doente crítico.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20. A utilização desta ferramenta permite uma linguagem universal entre os profissionais.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

21. Opto por esta escala para avaliar a dor ao doente crítico:

- ESCID
- BPS



### 3 - RESULTADOS

Os resultados dos dados serão apresentados sob a forma de quadros facilitando uma visualização alargada e completa, complementada pela análise efetuada pelos investigadores.

#### 3.1 - INSTITUIÇÕES E UCÍ S PARTICIPANTES

Participaram no estudo 1026 enfermeiros de 37 Instituições de todo o país, salientando-se o Hospital de S. José do qual são oriundos 113 enfermeiros correspondendo a 11% da amostra, seguido pelo Hospital S. João com 63 profissionais com 6,3 % da amostra.

Quadro 1 – Instituições vs Profissionais Participantes

<b>Instituições Participantes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ULSCB, EPE - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	21	2,0
ULSAM, EPE - Unidade Local de Saúde do Alto Minho	7	0,7
Hospital Sousa Martins (Guarda)	19	1,9
CHLOriental, EPE - Hospital Santa Cruz	59	5,8
Hospital dos SAMS (Olivais)	16	1,6
HFF, EPE - Hospital Prof. Dr Fernando Fonseca	56	5,5
ULSM, EPE - Hospital Pedro Hispano	13	1,3
HLA, EPE - Hospital Litoral Alentejano	20	1,9
HLSBA - Hospital José Joaquim Fernandes (Beja)	11	1,1
IPOLFG	28	2,7
IPO Porto	16	1,6
Hospital Infante D. Pedro (Aveiro)	15	1,5
HUC, EPE	49	4,8
CHLOcidental, EPE - Hospital S.Francisco Xavier	30	2,9
Hospital Dr. José de Almeida-HPP Cascais	28	2,7
CHLCentral – Hospital de São José	113	11,0
CHLCentral – Hospital de Santa Marta	5	0,5
CHLCentral – Hospital Santo António dos Capuchos	19	1,9
Hospital de São João, EPE	63	6,1
Hospital de Braga	3	0,3
CHLOcidental, EPE - Hospital Egas Moniz	25	2,4
Hospital Distrital de Santarém, EPE	21	2,0
Hospital Garcia da Orta	19	1,9
Hospital Distrital de Faro, EPE	24	2,3
Hospital do Espírito Santo (Évora)	21	2,0
Hospital Dr Nélio Mendonça (Madeira)	17	1,7
CHVNGaia/Espinho, EPE	50	4,9
CHTS, EPE - Hospital Padre Américo (Penafiel)	16	1,6
CHP, EPE - Hospital Geral Sto António	45	4,4
CHMT, EPE - Centro Hospitalar Médio Tejo	18	1,8
CHLNorte, EPE - Hospital Pulido Valente	19	1,9
CHEDV, EPE - Hospital S. Sebastião	11	1,1
CHC, EPE - Centro Hospitalar de Coimbra	26	2,5
CHBA; EPE - Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	31	3,0
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto	17	1,7
Centro Hospitalar Leiria-Pombal	22	2,1
Centro Hospitalar de Setúbal-Hospital de São Bernardo	20	1,9
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	16	1,6
C.H. Tondela-Viseu	17	1,7
<b>Total</b>	<b>1026</b>	<b>100,0</b>

As várias unidades de cuidados intensivos participantes, apesar de apresentarem designações diversas, foram agrupadas para a análise estatística de acordo com a especificidade das patologias tratadas e a natureza dos cuidados prestados. As UCIP's destacam-se com 460 Enfermeiros correspondendo a 44,8% da amostra.

Quadro 2 – Tipologia das UCI's vs Profissionais participantes

<b>Tipologia das Unidades Participantes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Unidade de Urgência Médica	37	3,6
UCPA	4	0,4
UCIP-CCT	39	3,8
UCIP	460	44,8
UCII	28	2,7
UCICRE	17	1,7
UCIC	70	6,8
UCI/UCIP	2	0,2
UCI	107	10,4
SMI-INT-UCIP	19	1,9
SMI	77	7,5
SCI 1	26	2,5
SCI	16	1,6
Queimados	5	0,5
Neurocirurgia	42	4,1
Doenças Infecciosas	12	1,2
Cirúrgica	14	1,4
UCICT	51	5,0
<b>Total</b>	<b>1026</b>	<b>100,0</b>

### 3.2 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Os enfermeiros são maioritariamente do género feminino representando 71,2% amostra com 731 indivíduos. Os participantes solteiros representam a maioria da amostra com 47,8% (490 indivíduos).

Quadro 3 – Género dos Profissionais

<b>Género</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	295	28,8
Feminino	731	71,2
<b>Total</b>	<b>1026</b>	<b>100,0</b>

Os participantes solteiros representam a maioria da amostra com 47,8% (490 indivíduos).

Quadro 4 – Estado Civil dos Profissionais

<b>Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Solteiro/a	490	47,8
Casado/a	474	46,2
Divorciado/a	48	4,7
União de Facto	9	0,9
Não responde	5	0,5
<b>Total</b>	<b>1026</b>	<b>100,0</b>

O tempo de serviço na profissão dos Enfermeiros participantes no estudo é em média de 10,75 com um mínimo de 1 e um máximo de 34 anos (dp= 6,62)

Quadro 5 – Estatísticas Relativas ao Tempo de Profissão

Tempo de Profissão		
n	Validos	1021
	Missing	5
	Média	10,758
	dp	6,6224
	Mínimo	1,0
	Máximo	34,0

O Tempo de Profissão, em classes, revela que a mais representativa se situa entre os 10 e os 15 anos com 282 indivíduos correspondendo a 27,5% da amostra.

Quadro 6 – Tempo na Profissão por classes

Tempo na Profissão em função das classes		n	%
Validos	≤5	261	25,4
	6-9	240	23,4
	10-15	282	27,5
	≥16	238	23,2
	Total	1021	99,5
Missing	System	5	0,5
Total		1026	100,0

O tempo de experiência em cuidados intensivos é em média de cerca de 7,36 anos oscilando entre o mínimo de 1 ano e o máximo de 34 anos (dp=5 anos)

Quadro 7 – Tempo de Exercício de Funções na UCI

Tempo a exercer funções na UCI		
n	Validos	1020
	Missing	6
	Média	7,308
	dp	5,4450
	Mínimo	1,0
	Máximo	34,0

A classe mais representativa do tempo de exercício profissional é dos 6 aos 10 anos com 299 indivíduos correspondendo a 29,1% da amostra.

Quadro 8 – Tempo a exercer funções na UCI por classes

Tempo a exercer funções na UCI por classes		n	%
Validos	≤2	220	21,4
	3 – 5	256	25,0
	6 – 10	299	29,1
	≥11	245	23,9
	Total	1020	99,4
Missing	System	6	0,6
Total		1026	100,0

### **3.3 - OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DAS ESCALAS BPS,ESCID, AMBAS OU NENHUMA PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO**

Na análise global, verifica-se que a resposta – AMBAS – apresentou sempre os valores mais elevados em todas as perguntas, com valores acima de 50% exceto nas perguntas 3 e 4, ou seja, os Enfermeiros consideram que ambas as escalas, BPS e ESCID, são uma ferramenta útil; fidedigna; simples; objetiva; discriminatória na avaliação da dor nos 3 momentos; garantia de mensuração objetiva e independente da formação/experiência/categoria do enfermeiro; consonante com o plano de atividades desenvolvido na unidade; com linguagem objetiva e adequada ao doente crítico; avalia adequadamente a dor no doente crítico; promove interação com o doente crítico; a sua utilização implica a existência de relação com o doente crítico; com benefícios reais para o doente, para o enfermeiro e instituição; capaz de produzir um indicador do estado clínico do doente e da qualidade dos cuidados de enfermagem; é um instrumento que permite a investigação sobre a dor, caracterizar mais dimensões do comportamento do doente crítico e uma linguagem universal entre os profissionais.

Com o intuito de uma análise mais detalhada, procurou-se quais seriam as segundas escolhas. A BPS surge então como segunda escolha na mensuração da dor nas respostas às perguntas 1,2,3,9 e 20, ou seja, que esta escala é útil, fidedigna, simples e que apresenta uma linguagem adequada ao doente crítico e universal entre os profissionais. Assume valores acima dos 20% nas perguntas 7 e 8, sendo então uma escala com linguagem objetiva e que está em consonância com o plano de atividades desenvolvido na unidade.

Ainda como segunda escolha a ESCID destaca-se nas respostas nas perguntas 10 e 18, será uma ferramenta que avalia adequadamente a dor permitindo ainda a investigação sobre a dor. Assume também valores acima dos 20% nas perguntas 5 e 19, ou seja, é um instrumento que discrimina a avaliação da dor nos 3 momentos e a sua utilização permite caracterizar mais dimensões do comportamento do doente crítico.

Análise dos resultados permite inferir, mesmo sendo a segunda escolha, existir ainda um número significativo de Enfermeiros que não reconhece as escalas; BPS e ESCID, como instrumentos ideais para avaliação da dor no doente crítico, nomeadamente nas perguntas 12,13,14,15,16 e 17, depreendendo-se que a utilização de um destes instrumentos de avaliação da dor não implica relação com o doente crítico, que não trazem benefícios para o doente, nem para o enfermeiro, nem para a unidade/instituição, que não produzem indicador do estado clínico do doente nem

indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Assumem também valores acima dos 20% nas perguntas 4,6 e 11, ou seja, não reconhecem estas duas escalas como instrumentos que mensuram a dor de forma objetiva e independente da formação/experiência/categoria do enfermeiro, e, não sendo ferramentas que promovam a interação com o doente crítico.

Quadro 9 – Opinião dos Enfermeiros sobre as características da BPS e ESCID

1. É uma ferramenta útil							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
775	75,5	1635	13,2	100	9,7	16	1,6
2. É uma ferramenta fidedigna							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
566	55,2	164	16,0	133	13,0	163	15,9
3. É uma ferramenta simples							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
459	44,7	417	40,6	98	9,6	52	5,1
4. É um instrumento que mensura a dor de forma objetiva							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
400	39,0	216	21,1	187	18,2	223	21,7
5. É um instrumento que descrimina a avaliação da dor nos 3 momentos							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
602	58,7	126	12,3	215	21,0	83	8,1
6. É uma ferramenta que garante uma mensuração objetiva e independente da formação/experiência/categoria do enfermeiro							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
559	54,5	142	13,8	107	10,4	218	21,2
7. É uma escala que está em consonância com o plano de atividades desenvolvido na unidade							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
603	58,8	206	20,1	108	10,5	109	10,6
8. A linguagem utilizada é objetiva							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
668	65,1	218	21,2	105	10,2	35	3,4
9. A linguagem utilizada é adequada ao doente crítico							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
654	63,7	169	16,5	134	13,1	69	6,7
10. É uma ferramenta que avalia adequadamente a dor no doente crítico							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
484	47,2	170	16,6	197	19,2	175	17,1

11. É uma ferramenta que promove interação com o doente crítico							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
560	54,6	102	9,9	140	13,6	224	21,8
12. A utilização desta ferramenta implica a existência de relação com o doente crítico							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
641	62,5	80	7,8	114	11,1	191	18,6
13. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para os doentes							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
786	76,6	76	7,4	75	7,3	89	8,7
14. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para os enfermeiros							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
721	70,3	100	9,7	69	6,7	136	13,3
15. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para a unidade/instituição							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
743	72,4	97	9,5	68	6,6	118	11,5
16. A utilização desta ferramenta permite produzir um indicador do estado clínico do doente							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
667	65,0	91	8,9	115	11,2	153	14,9
17. A utilização desta ferramenta constitui-se como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
755	73,6	75	7,3	85	8,3	111	10,8
18. A utilização deste instrumento na avaliação da dor no doente crítico, permite a investigação sobre a dor							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
783	76,3	77	7,5	107	10,4	59	5,8
19. A utilização desta ferramenta permite caracterizar mais dimensões do comportamento do doente crítico							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
558	54,4	116	11,3	234	22,8	118	11,5
20. A utilização desta ferramenta permite uma linguagem universal entre os profissionais							
Ambas		BPS		ESCID		NENHUMA	
n	%	n	%	n	%	n	%
768	74,9	125	12,2	91	8,9	42	4,1

### 3.4 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS VS OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A BPS E ESCID

O estudo da influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na opinião dos enfermeiros, através do teste qui-quadrado, permitiu apurar que é estatisticamente relevante quando os enfermeiros são questionados se uma das características das escalas será a discriminação da avaliação da dor nos 3 momentos vs o tempo de

profissão com  $p = 0,04$ , e, se a linguagem é objectiva vs o estado civil com  $p = 0,009$ , para um  $p$  value  $< 0,05$ . Infere-se que o tempo de profissão influencia na escolha como instrumento que discrimina a avaliação da dor nos 3 momentos, e, que o estado civil influencia na escolha do instrumento quanto á objectividade da linguagem do instrumento de avaliação da dor.

Quadro 10 – Influência das variáveis sociodemográficas

	Género	Estado Civil	Tempo de Profissão	Tempo de UCI
1. É uma ferramenta útil	0,43	0,66	0,45	0,26
2. É uma ferramenta fidedigna	0,51	0,75	0,6	0,55
3. É uma ferramenta simples	0,21	0,07	0,33	0,17
4. É um instrumento que mensura a dor de forma objetiva	0,23	0,29	0,92	0,53
5. É um instrumento que discrimina a avaliação da dor nos 3 momentos	0,78	0,41	<b>0,04</b>	0,41
6. É uma ferramenta que garante uma mensuração objetiva e independente da formação/experiência/categoria do enfermeiro	0,06	0,48	0,95	0,72
7. É uma escala que está em consonância com o plano de atividades desenvolvido na unidade	0,74	0,21	0,57	0,91
8. A linguagem utilizada é objetiva	0,17	<b>0,009</b>	0,29	0,71
9. A linguagem utilizada é adequada ao doente crítico	0,08	0,88	0,8	0,40
10. É uma ferramenta que avalia adequadamente a dor no doente crítico	0,56	0,51	0,82	0,48
11. É uma ferramenta que promove interação com o doente crítico	0,64	0,34	0,63	0,43
12. A utilização desta ferramenta implica a existência de relação com o doente crítico	0,36	0,68	0,84	0,66
13. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para os doentes	0,25	0,16	0,8	0,69
14. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para os enfermeiros	0,83	0,68	0,72	0,23
15. A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para a unidade/instituição	0,49	0,53	0,8	0,72
16. A utilização desta ferramenta permite produzir um indicador do estado clínico do doente	0,36	0,58	0,82	0,42
17. A utilização desta ferramenta constitui-se como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem	0,71	0,84	0,75	0,62
18. A utilização deste instrumento na avaliação da dor no doente crítico, permite a investigação sobre a dor	0,1	0,94	0,54	0,2
19. A utilização desta ferramenta permite caracterizar mais dimensões do comportamento do doente crítico	0,47	0,35	0,5	0,06
20. A utilização desta ferramenta permite uma linguagem universal entre os profissionais	0,47	0,35	0,5	0,06

Numa análise mais detalhada, utilizando o teste qui-quadrado, verificamos que são os indivíduos com 6-9 anos de profissão que apresentam significância estatística, escolhendo a opção AMBAS as escalas como instrumento que descrevem a avaliação da dor nos 3 momentos.

Quadro 11 – Resultados do teste qui-quadrado para a pergunta “É um instrumento que descreve a avaliação da dor nos 3 momentos” vs tempo de profissão

	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>P 5</b>														
≤5	146	14,3	-1,2	38	3,7	1,3	54	5,3	0,0	23	2,3	0,5	261	<b>0,04</b>
6-9	160	15,7	<b>2,8</b>	19	1,9	-2,3	49	4,8	-0,2	12	1,2	-2,0	240	
10-15	173	16,9	1,0	35	3,4	0,1	51	5,0	-1,3	23	2,3	0,1	282	
≥16	123	12,0	-2,6	33	3,2	0,9	58	5,7	1,6	24	2,4	1,3	238	
<b>Total</b>	602	59,0		125	12,2		212	20,8		82	8,0		1021	

Mantendo o mesmo método de análise verificamos que a significância existe, como um  $p=0,009$ , no estado civil SOLTEIRO que referem que nenhuma das escalas apresentam uma linguagem objetiva, enquanto os enfermeiros CASADOS escolhem a BPS a escala que apresenta linguagem objetiva.

Quadro 12 – Resultados do teste qui-quadrado para a pergunta “A linguagem utilizada é objetiva” vs Estado Civil

	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>P 8</b>														
UF	7	0,7	0,8	1	0,1	-0,7	0	0,0	-1,0	1	0,1	1,3	9	<b>0.009</b>
SOL	318	31,1	-0,2	91	8,9	-2,0	56	5,5	1,2	25	2,4	<b>3,0</b>	490	
DIV	35	3,4	1,2	10	1,0	-,1	1	0,1	-1,9	2	0,2	0,3	48	
CAS	305	29,9	-0,5	115	11,3	<b>2,2</b>	48	4,7	-0,2	6	0,6	-3,4	474	
<b>Total</b>	665	65,1		217	21,3		105	10,3		34	3,3		1021	

### 3.5 - OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DAS ESCALAS VS ESCOLHA ENTRE AS ESCALAS BPS E ESCID

A significância estatística está presente de uma forma transversal, com  $p$  a assumir valor de 0.00 em todas as análises, para um  $p$  value  $<0,05$ , verificando-se que a escolha da BPS e da ESCID nas perguntas globais torna a ser preferida quando é pedida uma escolha mais objectiva. Assume-se que os indivíduos que escolheram uma escala nas primeiras 20 perguntas onde tinham 4 hipóteses de escolha, tornaram a optar pela mesma quando lhes foi pedida a escolha de apenas uma delas, e, estatisticamente significativa. Por isso tem relevância porque depende-se que as escolhas foram pensadas e assumidas de uma forma contínua ao longo das respostas



dados no questionário. É facilmente verificável no seguinte quadro assumindo como exemplo a análise aos resultados da primeira pergunta, das 135 pessoas que escolheram a BPS quando questionados qual a ferramenta útil (pergunta nº 1), 133 tornaram a escolher a BPS quando tiveram que escolher apenas uma delas; o mesmo acontecendo as que escolheram a ESCID, dos 100 indivíduos que inicialmente escolheram 96 fizeram a mesma escolha. O valor mais significativo da escolha da BPS é quando é definida como sendo uma ferramenta simples com 337 indivíduos correspondendo a 32,8% da amostra, enquanto a escolha da ESCID será na escolha enquanto uma ferramenta que avalia adequadamente a dor no doente crítico com 183 indivíduos correspondendo a 17,8% da amostra.

Quadro 13 – Resultados do teste qui-quadrado da opinião dos Enfermeiros sobre as características das escalas vs Escolha entre a BPS e a ESCID

	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 1</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	403	39,3%	-1,7	133	13,0%	<b>11,3</b>	4	0,4%	-10,4	9	0,9%	0,2	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	372	36,3%	1,7	2	0,2%	-11,3	96	9,4%	<b>10,4</b>	7	0,7%	-0,2	477	
<b>Total</b>	775	75,5%		135	13,2%		100	9,7%		16	1,6%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 2</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	290	28,3%	-1,6	158	15,4%	<b>12,0</b>	9	0,9%	-11,6	92	9,0%	0,8	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	276	26,9%	1,6	6	0,6%	-12,0	124	12,1%	<b>11,6</b>	71	6,9%	-0,8	477	
<b>Total</b>	566	55,2%		164	16,0%		133	13,0%		163	15,9%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 3</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	178	17,3%	-8,5	337	32,8%	<b>14,5</b>	9	0,9%	-9,3	25	2,4%	-0,8	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	281	27,4%	8,5	80	7,8%	-14,5	89	8,7%	<b>9,3</b>	27	2,6%	0,8	477	
<b>Total</b>	459	44,7%		417	40,6%		98	9,6%		52	5,1%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 4</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	199	19,4%	-1,9	204	19,9%	<b>13,6</b>	21	2,0%	-12,8	125	12,2%	0,9	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	201	19,6%	1,9	12	1,2%	-13,6	166	16,2%	<b>12,8</b>	98	9,6%	-0,9	477	
<b>Total</b>	400	39,0%		216	21,1%		187	18,2%		223	21,7%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 5</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	314	30,6%	-1,0	113	11,0%	<b>8,7</b>	74	7,2%	-6,3	48	4,7%	0,8	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	288	28,1%	1,0	13	1,3%	-8,7	141	13,7%	<b>6,3</b>	35	3,4%	-0,8	477	
<b>Total</b>	602	58,7%		126	12,3%		215	21,0%		83	8,1%		1026	

	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 6</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	293	28,6%	-0,8	124	12,1%	<b>8,7</b>	9	0,9%	-9,9	123	12,0%	1,0	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	266	25,9%	0,8	18	1,8%	-8,7	98	9,6%	<b>9,9</b>	95	9,3%	-1,0	477	
<b>Total</b>	559	54,5%		142	13,8%		107	10,4%		218	21,2%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 7</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	302	29,4%	-2,6	186	18,1%	<b>11,8</b>	3	0,3%	-11,2	58	5,7%	-0,1	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	301	29,3%	2,6	20	1,9%	-11,8	105	10,2%	<b>11,2</b>	51	5,0%	0,1	477	
<b>Total</b>	603	58,8%		206	20,1%		108	10,5%		109	10,6%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 8</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	317	30,9%	-5,3	209	20,4%	<b>14,1</b>	5	0,5%	-10,6	18	1,8%	-0,3	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	351	34,2%	5,3	9	0,9%	-14,1	100	9,7%	<b>10,6</b>	17	1,7%	0,3	477	
<b>Total</b>	668	65,1%		218	21,2%		105	10,2%		35	3,4%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 9</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	348	33,9%	-0,3	162	15,8%	<b>12,1</b>	6	0,6%	-12,2	33	3,2%	-1,0	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	306	29,8%	0,3	7	0,7%	-12,1	128	12,5%	<b>12,2</b>	36	3,5%	1,0	477	
<b>Total</b>	654	63,7%		169	16,5%		134	13,1%		69	6,7%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 10</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	271	26,4%	1,5	165	16,1%	<b>12,5</b>	14	1,4%	-14,5	99	9,6%	0,9	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	213	20,8%	-1,5	5	0,5%	-12,5	183	17,8%	<b>14,5</b>	76	7,4%	-0,9	477	
<b>Total</b>	484	47,2%		170	16,6%		197	19,2%		175	17,1%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 11</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	309	30,1%	1,2	94	9,2%	<b>8,2</b>	31	3,0%	-8,0	115	11,2%	-0,7	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	251	24,5%	-1,2	8	0,8%	-8,2	109	10,6%	<b>8,0</b>	109	10,6%	0,7	477	
<b>Total</b>	560	54,6%		102	9,9%		140	13,6%		224	21,8%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 12</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	340	33,1%	-0,4	75	7,3%	<b>7,5</b>	29	2,8%	-6,4	105	10,2%	0,4	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	301	29,3%	0,4	5	0,5%	-7,5	85	8,3%	<b>6,4</b>	86	8,4%	-0,4	477	
<b>Total</b>	641	62,5%		80	7,8%		114	11,1%		191	18,6%		1026	

	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 13</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	423	41,2%	0,4	76	7,4%	<b>8,4</b>	2	0,2%	-9,2	48	4,7%	0,1	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	363	35,4%	-0,4	0	0,0%	-8,4	73	7,1%	<b>9,2</b>	41	4,0%	-0,1	477	
<b>Total</b>	786	76,6%		76	7,4%		75	7,3%		89	8,7%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 14</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	376	36,6%	-1,3	98	9,6%	<b>9,4</b>	0	0,0%	-9,2	75	7,3%	0,4	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	345	33,6%	1,3	2	0,2%	-9,4	69	6,7%	<b>9,2</b>	61	5,9%	-0,4	477	
<b>Total</b>	721	70,3%		100	9,7%		69	6,7%		136	13,3%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 15</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	388	37,8%	-1,3	96	9,4%	<b>9,4</b>	0	0,0%	-9,2	65	6,3%	0,4	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	355	34,6%	1,3	1	0,1%	-9,4	68	6,6%	<b>9,2</b>	53	5,2%	-0,4	477	
<b>Total</b>	743	72,4%		97	9,5%		68	6,6%		118	11,5%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 16</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	372	36,3%	2,0	89	8,7%	<b>8,9</b>	6	0,6%	-11,0	82	8,0%	0,0	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	295	28,8%	-2,0	2	0,2%	-8,9	109	10,6%	<b>11,0</b>	71	6,9%	0,0	477	
<b>Total</b>	667	65,0%		91	8,9%		115	11,2%		153	14,9%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 17</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	408	39,8%	0,6	73	7,1%	<b>7,9</b>	4	0,4%	-9,4	64	6,2%	0,9	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	347	33,8%	-0,6	2	0,2%	-7,9	81	7,9%	<b>9,4</b>	47	4,6%	-0,9	477	
<b>Total</b>	755	73,6%		75	7,3%		85	8,3%		111	10,8%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 18</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	433	42,2%	2,1	74	7,2%	<b>7,8</b>	14	1,4%	-8,9	28	2,7%	-1,0	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	350	34,1%	-2,1	3	0,3%	-7,8	93	9,1%	<b>8,9</b>	31	3,0%	1,0	477	
<b>Total</b>	783	76,3%		77	7,5%		107	10,4%		59	5,8%		1026	
	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
<b>P 19</b>	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>BPS</b>	321	31,3%	2,8	107	10,4%	<b>8,9</b>	57	5,6%	-10,2	64	6,2%	0,2	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	237	23,1%	-2,8	9	0,9%	-8,9	177	17,3%	<b>10,2</b>	54	5,3%	-0,2	477	
<b>Total</b>	558	54,4%		116	11,3%		234	22,8%		118	11,5%		1026	

	AMBAS			BPS			ESCID			NENHUMA			Total	X <sup>2</sup>
	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<b>P 20</b>														
<b>BPS</b>	403	39,3	-1,1	120	11,7	<b>10,2</b>	4	0,4	-9,8	22	2,1	-0,1	549	<b>0,00</b>
<b>ESCID</b>	365	35,6	1,1	5	0,5	-10,2	87	8,5	<b>9,8</b>	20	1,9	0,1	477	
<b>Total</b>	768	74,9		125	12,2		91	8,9		42	4,1		1026	

### 3.6 - INSTITUIÇÕES E UCI'S VS ESCOLHA DOS ENFERMEIROS ENTRE A BPS E A ESCID

Ao analisarmos as Instituições pela escolha dos enfermeiros em apenas uma das escalas, se verifica relevância estatística com um  $p=0,00$  para um  $p$  value  $<0,05$ , assumindo a **BPS** relevância na ULSCB, EPE; HUC, EPE; Hospital do Espírito Santo (Évora); CHVNGaia/Espinho, EPE; CHP, EPE - Hospital Geral Sto. António; CHC, EPE - Centro Hospitalar de Coimbra; e, CHBA; EPE - Centro Hospitalar Barlavento Algarvio. Nestas instituições a escolha recai sobre a BPS como escala escolhida para a avaliação da dor. Por sua vez, a **ESCID** é escolhida no HLA, EPE - Hospital Litoral Alentejano; IPOLFG; Hospital Dr. José de Almeida-HPP Cascais; Hospital de São João, EPE; Hospital Garcia da Orta; Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto; Centro Hospitalar de Setúbal-Hospital de São Bernardo; e, C.H. Tondela-Viseu. É importante referir que algumas das instituições já usavam a escala que apresentou significância como instrumento de avaliação, por isso, é esperado que a escolha tenha recaído sobre a que utilizam diariamente. REFERIR A INSTITUIÇÃO QUE NÃO UTILIZAVA NENHUMA

Quadro 14 – Resultados do teste qui-quadrado entre as Instituições vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID

	Value	p
Chi-Square	182,849 <sup>a</sup>	<b>0,000</b>
N of Valid Cases	1026	

	BPS			ESCID			Total
	n	%	RA	n	%	RA	
1.ULSCB, EPE - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	17	1,7	2,5	4	0,4	-2,5	21
2.ULSAM, EPE - Unidade Local de Saúde do Alto Minho	3	0,3	-,6	4	0,4	0,6	7
3.Hospital Sousa Martins (Guarda)	8	0,8	-1,0	11	1,1	1,0	19
4.CHLOriental, EPE - Hospital Santa Cruz	34	3,3	,7	25	2,4	-,7	59
5.Hospital do SAMS (Olivais)	6	0,6	-1,3	10	1,0	1,3	16
6.HFF, EPE - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	32	3,1	0,6	24	2,3	-0,6	56
7.ULSM, EPE - Hospital Pedro Hispano	9	0,9	1,1	4	0,4	-1,1	13
8.HLA, EPE - Hospital Litoral Alentejano	2	0,2	-3,9	18	1,8	3,9	20
9.HLSBA - Hospital José Joaquim Fernandes (Beja)	9	0,9	1,9	2	0,2	-1,9	11
10.IPOLFG	8	0,8	-2,7	20	1,9	2,7	28
11.IPO Porto	7	0,7	-0,8	9	0,9	0,8	16
12.Hospital Infante D. Pedro (Aveiro)	8	0,8	0,0	7	0,7	,0	15
13.HUC, EPE	40	3,9	4,0	9	0,9	-4,0	49
14.CHLOcidental, EPE – Hospital S. Francisco Xavier	11	1,1	-1,9	19	1,9	1,9	30
15.Hospital Santo António dos Capuchos	14	1,4	1,8	5	0,5	-1,8	19
16.Hospital Dr. José de Almeida-HPP Cascais	7	0,7	-3,1	21	2,0	3,1	28
17.Hospital de São José	70	6,8	1,9	43	4,2	-1,9	113
18.Hospital de São João, EPE	23	2,2	-2,8	40	3,9	2,8	63
19.Hospital de Santa Marta	4	0,4	1,2	1	0,1	-1,2	5
20.Hospital de Braga	3	0,3	1,6	0	0,0	-1,6	3
21.CHLOcidental, EPE - Hospital Egas Moniz	12	1,2	-0,6	13	1,3	0,6	25
22.Hospital Distrital de Santarém, EPE	12	1,2	,3	9	0,9	-0,3	21
23.Hospital Garcia da Orta	1	0,1	-4,3	18	1,8	4,3	19
24.Hospital Distrital de Faro, EPE	11	1,1	-0,8	13	1,3	0,8	24
25.Hospital do Espírito Santo (Évora)	16	1,6	2,1	5	0,5	-2,1	21
26.Hospital Dr. Nélio Mendonça (Madeira)	7	0,7	-1,0	10	1,0	1,0	17
27.CHVNGaia/Espinho, EPE	34	3,3	2,1	16	1,6	-2,1	50
28.CHTS, EPE - Hospital Padre Américo (Penafiel)	10	1,0	0,7	6	0,6	-0,7	16
29.CHP, EPE - Hospital Geral Sto. António	32	3,1	2,4	13	1,3	-2,4	45
30.CHMT, EPE - Centro Hospitalar Médio Tejo	7	0,7	-1,3	11	1,1	1,3	18
31.CHLNorte, EPE - Hospital Pulido Valente	12	1,2	0,9	7	0,7	-0,9	19
32.CHEDV, EPE - Hospital S. Sebastião	6	0,6	0,1	5	0,5	-0,1	11
33.CHC, EPE - Centro Hospitalar de Coimbra	24	2,3	4,0	2	0,2	-4,0	26
34.CHBA; EPE - Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	25	2,4	3,1	6	0,6	-3,1	31
35.Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	2	0,2	-3,5	15	1,5	3,5	17
36.Centro Hospitalar Leiria-Pombal	11	1,1	-0,3	11	1,1	0,3	22
37.Centro Hospitalar de Setúbal-Hospital de São Bernardo	6	0,6	-2,1	14	1,4	2,1	20
38.Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	6	0,6	-1,3	10	1,0	1,3	16
39.C.H. Tondela-Viseu	0	0,0	-4,5	17	1,7	4,5	17
<b>TOTAL</b>	<b>549</b>	<b>53,5%</b>		<b>477</b>	<b>46,5%</b>		<b>1026</b>

Ao analisarmos as UCI's pela escolha dos enfermeiros em apenas uma das escalas verifica-se relevância estatística com um  $p=0,00$  para um  $p$  value  $<0,05$ , assumindo a BPS relevância na SMI, Unidade de Queimados e Unidade de Neurocirurgia. A ESCID assume relevância na UCI I, UCI e na UCICT.

Se verificarmos a distribuição das UCI's pelas instituições com a escolha da BPS, temos a SMI no ULSM, EPE - Hospital Pedro Hispano e no Hospital Infante D. Pedro (Aveiro) que não apresenta relevância estatística quanto á escolha de uma das escalas mas nos HUC, EPE já temos significância, ou seja os 40 indivíduos de um total de 57 que trabalham em SMI foram preponderantes no resultado. No Hospital S. José, num total de enfermeiros da instituição, os 5 que participaram no estudo e que exercem na Unidade de Queimados todos escolheram a BPS, quanto á unidade de Neurocirurgia da mesmo hospital, 30 profissionais desta instituição escolheram a BPS, é importante mencionar que nesta instituição não existiu significância quanto á escolha de apenas uma das escalas.

Quanto á escolha da ESCID, na UCI I, serviço do IPOLFG, instituição que já era estatisticamente significativa na sua escolha torna a apresentar a mesma relevância. A UCI é designada nas instituições que não apresentaram significância na escolha de uma das escalas como o HLSBA - Hospital José Joaquim Fernandes (Beja), Hospital Distrital de Santarém, EPE, CHMT, EPE - Centro Hospitalar Médio Tejo, e, Centro Hospitalar Leiria-Pombal; já nos Hospital Dr. José de Almeida-HPP Cascais e Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro estas instituições escolheram com relevância este instrumento de avaliação, ou seja, num total de 69 enfermeiros que trabalham nestas instituições e tinham escolhido a ESCID, 61 deles desempenham funções na UCI. Quanto á UCICT serviço do Hospital S. João, EPE, instituição que já era estatisticamente significativa na sua escolha torna também a apresentar a mesma relevância, dos 40 enfermeiros que assinalaram este instrumento como sendo da sua preferência 36 desempenham funções na UCICT.

Quadro 15 – Resultados do teste qui-quadrado entre as UCI's vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID

	Value	p
Chi-Square	63,340 <sup>a</sup>	<b>0,000</b>
N of Valid Cases	1026	

	BPS			ESCID			Total
	n	%	RA	n	%	RA	
Unidade de Urgência Médica	14	1,4	-1,9	23	2,2%	1,9	37
UCPA	4	0,4	1,9	0	0,0%	-1,9	4
UCIP-CCT	18	1,8	-0,9	21	2,0%	0,9	39
UCIP	254	24,8	1,1	205	20,0%	-1,1	459
UCII	8	0,8	-2,7	20	1,9%	<b>2,7</b>	28
UCICRE	13	1,3	1,9	4	0,4%	-1,9	17
UCIC	37	3,6	-,1	33	3,2%	,1	70
UCI/UCIP	0	0,0	-1,5	2	0,2%	1,5	2
UCI	47	4,6	-2,2	61	5,9%	<b>2,2</b>	108
SMI-INT-UCIP	12	1,2	0,9	7	0,7%	-0,9	19
SMI	57	5,6	<b>3,8</b>	20	1,9%	-3,8	77
SCI 1	14	1,4	0,0	12	1,2%	0,0	26
SCI	7	0,7	-0,8	9	0,9%	0,8	16
Queimados	5	0,5	<b>2,1</b>	0	0,0%	-2,1	5
Neurocirurgia	30	2,9	<b>2,4</b>	12	1,2%	-2,4	42
Doenças Infecciosas	8	0,8	0,9	4	0,4%	-0,9	12
Cirúrgica	6	0,6	-0,8	8	0,8%	0,8	14
UCICT	15	1,5	-3,5	36	3,5%	<b>3,5</b>	51
<b>TOTAL</b>	<b>549</b>	<b>53,5%</b>		<b>477</b>	<b>46,5%</b>		<b>1026</b>

### 3.7 - Variáveis sociodemográficas e Profissionais vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID

Ao utilizarmos o qui-quadrado para análise da escolha dos enfermeiros em apenas uma das escalas em função do género verifica-se que não existe relevância estatística com  $p=0,906$ . No entanto é verificável que os enfermeiros do género feminino preferem a ESCID com um total de 731 correspondendo a 71,2% da amostra.

Quadro 16 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Género vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID

	Value	df	p
Chi-Square	0,014 <sup>a</sup>	1	0,906
N of Valid Cases	1026		

		Opto por esta escala para avaliar a dor ao doente crítico						Total			
		BPS			ESCID			n		%	
		n	%	RA	n	%	RA				
Género	Masculino	157	15,3	-0,1	138	13,5	0,1	295	28,8		
	Feminino	392	38,2	0,1	339	33,0	-0,1	731	71,2		
Total		549	53,5		477	46,5		1026	100,0		

Ao analisarmos a escolha pelo Estado Civil, verifica-se que também não existe relevância estatística com o valor de  $p=0,416$  para um  $p$  value  $<0,05$ . No entanto

verifica-se que os Solteiros e Casados escolheram a BPS, com 256 (25,1%) e 265 (26%) da amostra respectivamente, enquanto que os Divorciados e em União de Facto preferem a ESCID mas com uma amostra em menor número, como 5(0,5%) e 26 (2,5%) indivíduos respectivamente.

Quadro 17 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Estado Civil vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID

	Value	df	p
Chi-Square	2,843 <sup>a</sup>	3	0,416
N of Valid Cases	1021		

		Opto por esta escala para avaliar a dor ao doente crítico						Total	
		BPS			ESCID				
		n	%	RA	n	%	RA	n	%
Estado Civil	União de Facto	4	0,4	-0,6	5	0,5	0,6	9	0,9
	Solteiro/a	256	25,1	-0,8	234	22,9	0,8	490	48,0
	Divorciado/a	22	2,2	-1,1	26	2,5	1,1	48	4,7
	Casado/a	265	26,0	1,4	209	20,5	-1,4	474	46,4
Total		547	53,6		474	46,4		1021	100,0

No quadro seguinte é analisado o tempo de profissão quando dividido em classes com a escolha por apenas um dos instrumentos de avaliação da dor e verifica-se que os indivíduos com 6-9 anos, 10-15 anos e  $\geq 16$  escolheram a BPS enquanto a ESCID foi escolhida pelos indivíduos com  $\leq 5$  escolheriam a ESCID, contudo não se verifica significância estatística assumindo p um valor de 0,117.

Quadro 18 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Tempo de Profissão (classes) vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID

	Value	df	p
Chi-Square	5,887 <sup>a</sup>	3	0,117
N of Valid Cases	1021		

		Opto por esta escala para avaliar a dor ao doente crítico						Total	
		BPS			ESCID				
		n	%	RA	n	%	RA	n	%
Percentile Group of tempo profissão	$\leq 5$	126	12,3	-1,9	135	13,2	1,9	261	25,6
	6-9	125	12,2	-,4	115	11,3	0,4	240	23,5
	10-15	165	16,2	2,1	117	11,5	-2,1	282	27,6
	$\geq 16$	128	12,5	0,2	110	10,8	-0,2	238	23,3
Total		544	53,3		477	46,7		1021	100,0

Se for o tempo de exercício de funções na unidade de cuidados intensivos com a escolha de apenas uma das escalas a análise do quadro seguinte mostra-nos que, o valor de p continua a não assumir relevância estatística com um valor de 0,38. Mas



podemos referir que a BPS é escolhida por profissionais entre os 3-5, os 6-10 e com  $\geq 11$  anos de experiência, com 134 (13,1%), 165 (16,2%) e 139(13,6%) respectivamente, ou seja as classes que têm mais tempo de experiência. Porque a ESCID só é escolhida nos indivíduos com  $\leq 2$  anos de experiência profissional com 107 (10,5%) dos enfermeiros.

Quadro 19 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Tempo de Exercício de Funções na UCI (classes) vs Escolha dos Enfermeiros entre a BPS e a ESCID

	Value	df	p
Chi-Square	3,598 <sup>a</sup>	3	0,38
N of Valid Cases	1020		

		Opto por esta escala para avaliar a dor ao doente crítico						Total	
		BPS			ESCID				
		n	%	RA	n	%	RA	n	%
Percentile Group of tempo funções UCI	$\leq 2$	107	10,5	-1,6	113	11,1	1,6	220	21,6
	3-5	134	13,1	-0,4	122	12,0	0,4	256	25,1
	6-10	165	16,2	0,7	134	13,1	-0,7	299	29,3
	$\geq 11$	139	13,6	1,2	106	10,4	-1,2	245	24,0
Total		545	53,4		475	46,6		1020	100,0

### 3.7.1 - Variáveis sociodemográficas e Profissionais vs Escolha dos Enfermeiros da BPS

Nos quadros seguintes analisamos as respostas dos 549 indivíduos que escolheram a BPS, nomeadamente o género com as outras variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional. Da análise efectuada do género dos profissionais com o seu estado civil verifica-se não existe significância estatística com  $p = 0,135$ , numa amostra de 547 indivíduos, no entanto a qui-quadrado assumir valor diferenciado nos indivíduos casados do género masculino, ou seja, são indivíduos homens e casados que escolhem mais esta escala.

Quadro 20 – Resultados do teste qui-quadrado entre o género vs Estado Civil dos Profissionais que escolheram a BPS

BPS	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	n	%	n	%	n	%
Género * Estado Civil	547	99,6	2	0,4	549	100,0

	Value	df	p
Chi-Square	5,554 <sup>a</sup>	3	0,135
N of Valid Cases	547		

		Género						Total	
		Masculino			Feminino				
		n	%	RA	n	%	RA	n	%
Estado Civil	União de Facto	0	0,0%	-1,3	4	0,7%	1,3	4	0,7%
	Solteiro/a	64	11,7%	-1,8	192	35,1%	1,8	256	46,8%
	Divorciado/a	6	1,1%	-0,2	16	2,9%	0,2	22	4,0%
	Casado/a	87	15,9%	<b>2,1</b>	178	32,5%	-2,1	265	48,4%
Total		157	28,7%		390	71,3%		547	100,0%

Se analisarmos os 544 enfermeiros de ambos os géneros com o tempo de profissão, dividido em classes, podemos afirmar que não há significância estatística,  $p=0,174$ , mas os indivíduos do género masculino com um tempo de profissão de 10-15 anos apresentam valor diferenciado na análise de qui-quadrado, 57 (10,5%) dos homens com tempo de experiência profissional entre os 10-15 anos diferenciam-se em relação aos restantes nos que escolheram a BPS.

Quadro 21 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Género vs Tempo de Profissão (classes) dos Profissionais que escolheram a BPS

BPS	Cases					
	Válidos		Missing		Total	
	n	%	n	%	n	%
Género * Percentile Group of tempo_profissao	544	99,1%	5	0,9%	549	100,0%

	Value	df	p
Chi-Square	4,970 <sup>a</sup>	3	0,174
N of Valid Cases	544		

		Género						Total	
		Masculino			Feminino				
		n	%	RA	n	%	RA	n	%
Percentile Group of Tempo profissão	≤5	37	6,8	0,2	89	16,4	-0,2	126	23,2
	6-9	31	5,7	-1,1	94	17,3	1,1	125	23,0
	10-15	57	10,5	<b>2,0</b>	108	19,9	-2,0	165	30,3
	≥16	31	5,7	-1,3	97	17,8	1,3	128	23,5
Total		156	28,7		388	71,3		544	100,0

Dos 545 profissionais de ambos os géneros separados em classes pelo seu tempo de experiência profissional na UCI, verificamos que  $p$  torna a não assumir valor estatisticamente relevante,  $p=0,42$ . O maior número da amostra situa-se nos indivíduos de género feminino com tempo de experiência na UCI de 6-10 anos com 110 mulheres correspondendo a 20,2% da amostra.

Quadro 22 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Género vs Tempo de Experiência na UCI (classes) dos Profissionais que escolheram a BPS

BPS	Cases					
	Válidos		Missing		Total	
	n	%	n	%	n	%
Género * Percentile Group of tempo_funções_UCI	545	99,3	4	0,7	549	100,0

	Value	df	p
Chi-Square	2,819 <sup>a</sup>	3	0,420
N of Valid Cases	545		

		Género						Total	
		Masculino			Feminino				
		n	%	RA	n	%	RA	n	%
Percentile Group of Tempo Funções UCI	≤2	30	5,5	-0,1	77	14,1	0,1	107	19,6
	3-5	36	6,6	-0,5	98	18,0	0,5	134	24,6
	6-10	55	10,1	1,6	110	20,2	-1,6	165	30,3
	≥11	35	6,4	-1,0	104	19,1	1,0	139	25,5
Total		156	28,6		389	71,4		545	100,0

### 3.7.2 - Variáveis sociodemográficas e Profissionais vs Escolha dos Enfermeiros da ESCID

Nos quadros seguintes analisamos as respostas dos 477 indivíduos que escolheram a ESCID, nomeadamente o género com as outras variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional. Da análise efectuada do género com o estado civil, dos 474 profissionais, existe significância estatística com p a assumir o valor de 0,001, nomeadamente são os indivíduos casados do género masculino e as mulheres solteiras que assumem valores de diferenciação, ou seja, 79 (16,7%) homens casados e 186 (39,2%) de mulheres solteiras que se diferenciam nos que escolheram este instrumento de avaliação da dor.

Quadro 23 – Resultados do teste qui-quadrado entre o género vs Estado Civil dos Profissionais que escolheram a ESCID

ESCID	Cases					
	Válidos		Missing		Total	
	n	%	n	%	n	%
Género * Estado Civil	474	99,4	3	0,6	477	100,0

	Value	df	p
Chi-Square	16,476 <sup>a</sup>	3	<b>0,001</b>
N of Valid Cases	474		

		Género						Total	
		Masculino			Feminino				
		n	%	RA	n	%	RA	n	%
Estado Civil	União de Facto	2	0,4	,6	3	0,6	-,6	5	1,1
	Solteiro/a	48	10,1	-3,9	186	39,2	<b>3,9</b>	234	49,4
	Divorciado/a	7	1,5	-0,2	19	4,0	0,2	26	5,5
	Casado/a	79	16,7	<b>3,9</b>	130	27,4	-3,9	209	44,1
	Total	136	28,7		338	71,3		474	100,0

Se for pelo tempo de profissão, dividido em classes, podemos afirmar que não há significância estatística,  $p=0,3$ , contudo o maior número da amostra situa-se nas mulheres com  $\leq 5$  apresentando 102 (21,4%) profissionais para uma amostra de 477 indivíduos.

Quadro 24 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Género vs Tempo de Profissão (classes) dos Profissionais que escolheram a ESCID

ESCID	Cases					
	Válidos		Missing		Total	
	n	%	n	%	n	%
Género * Percentile Group of tempo_profissao	477	100,0	0	0,0	477	100,0

	Value	df	p
Chi-Square	3,668 <sup>a</sup>	3	0,300
N of Valid Cases	477		

		Género						Total	
		Masculino			Feminino				
		n	%	RA	n	%	RA	n	%
Percentile Group of tempo_profissao	$\leq 5$	33	6,9	-1,4	102	21,4	1,4	135	28,3
	6-9	32	6,7	-0,3	83	17,4	0,3	115	24,1
	10-15	34	7,1	,0	83	17,4	,0	117	24,5
	$\geq 16$	39	8,2	1,7	71	14,9	-1,7	110	23,1
	Total	138	28,9		339	71,1		477	100,0

Analisando com o tempo de experiência na UCI, dividido em classes, verificamos que  $p$  torna a não assumir valor estatisticamente relevante,  $p=0,225$ , mas o maior número da amostra situa-se nos indivíduos de género feminino com tempo de experiência na UCI de 3-5 anos com 94 (19,8%) profissionais num total de 474 indivíduos da amostra.

Quadro 25 – Resultados do teste qui-quadrado entre o Género vs Tempo de Experiência na UCI (classes) dos Profissionais que escolheram a ESCID

ESCID	Cases					
	Válidos		Missing		Total	
	n	%	n	%	n	%
Género * Percentile Group of tempo_funções_UCI	475	99,6	2	0,4	477	100,0

	Value	df	p
Chi-Square	4,360 <sup>a</sup>	3	0,225
N of Valid Cases	475		

		Género						Total	
		Masculino			Feminino			n	%
		n	%	RA	n	%	RA		
Percentile Group of Tempo Funções UCI	≤2	30	6,3	-0,6	83	17,5	0,6	113	23,8
	3-5	28	5,9	-1,7	94	19,8	1,7	122	25,7
	6-10	45	9,5	1,4	89	18,7	-1,4	134	28,2
	≥11	34	7,2	0,8	72	15,2	-0,8	106	22,3
Total		137	28,8		338	71,2		475	100,0

Em síntese, da análise global às características das escalas de avaliação de dor, BPS e ESCID, verificou-se que a resposta – AMBAS – apresentou sempre os valores mais elevados em todas as perguntas, com valores acima de 50% exceto nas perguntas 3 e 4. A BPS surge como segunda escolha na mensuração da dor nas respostas às perguntas 1,2,3,9 e 20, assumindo valores acima dos 20% nas respostas às perguntas 7 e 8. Ainda como segunda escolha a ESCID destaca-se nas respostas nas perguntas 10 e 18, assumindo também valores acima dos 20% nas perguntas 5 e 19. A análise dos resultados permite inferir, mesmo sendo a segunda escolha, existir ainda um número significativo de Enfermeiros que não reconhece as escalas, BPS e ESCID, como instrumentos ideais para avaliação da dor no doente crítico, nomeadamente nas perguntas 12,13,14,15,16 e 17.

O tempo de profissão influencia na escolha como instrumento que discrimina a avaliação da dor nos 3 momentos nomeadamente os indivíduos com 6-9 anos de profissão que apresentando significância estatística, escolhem a opção AMBAS as escalas. O estado civil influencia na escolha do instrumento quanta á objetividade da linguagem do instrumento de avaliação da dor, designadamente os Solteiros que referem que nenhuma das escalas apresentam uma linguagem objetiva, enquanto os enfermeiros Casados escolhem a BPS.

A significância estatística está presente de uma forma transversal quando questionada a opinião dos enfermeiros sobre as características das escalas vs Escolha entre as

escalas BPS e ESCID, verificando-se que a escolha da BPS e da ESCID nas perguntas globais torna a ser preferida quando é pedida uma escolha mais objetiva. Assume-se que os indivíduos que escolheram uma escala nas primeiras 20 perguntas onde tinham 4 hipóteses de escolha, tornaram a optar pela mesma quando lhes foi pedida a escolha de apenas uma delas, e, estatisticamente significativa.

Ao analisarmos as Instituições pela escolha dos enfermeiros em apenas uma das escalas, verifica-se relevância estatística da **BPS** na ULSCB, EPE; HUC, EPE; Hospital do Espírito Santo (Évora); CHVNGaia/Espinho, EPE; CHP, EPE - Hospital Geral Sto. António; CHC, EPE - Centro Hospitalar de Coimbra; e, CHBA; EPE - Centro Hospitalar Barlavento Algarvio. Por sua vez, a **ESCID** é escolhida no HLA, EPE - Hospital Litoral Alentejano; IPOLFG; Hospital Dr. José de Almeida-HPP Cascais; Hospital de São João, EPE; Hospital Garcia da Orta; Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto; Centro Hospitalar de Setúbal-Hospital de São Bernardo; e, C.H. Tondela-Viseu.

Na análise pelas UCI's e na escolha dos enfermeiros em apenas uma das escalas verifica-se relevância estatística da BPS na SMI, Unidade de Queimados e Unidade de Neurocirurgia, enquanto a ESCID assume relevância na UCI I, UCI e na UCICT.

Da análise efetuada do género com o estado civil, 474 dos 477 profissionais que escolheram só a ESCID existe significância estatística nomeadamente são os indivíduos casados do género masculino e as mulheres solteiras que assumem valores de diferenciação, ou seja, 79 (16,7%) homens casados e 186 (39,2%) de mulheres solteiras que se diferenciam na escolha deste instrumento de avaliação da dor.

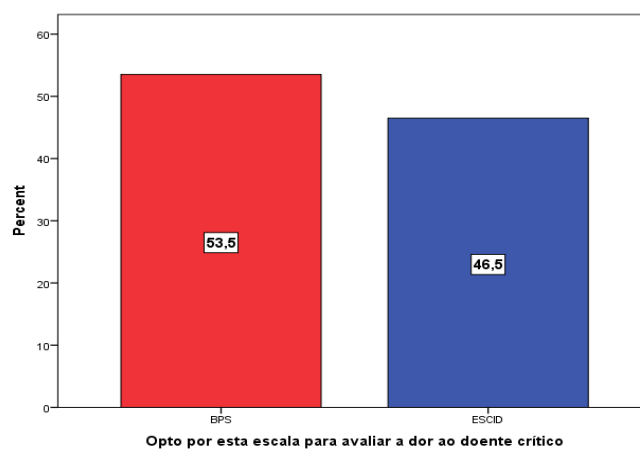
### **3.8 - ESCOLHA DOS ENFERMEIROS ENTRE A BPS E A ESCID**

Após a utilização de ambas as escalas na avaliação da dor no doente crítico, 549 correspondendo a 53,5 % dos enfermeiros escolheram a BPS como a escala preferencial como instrumento a utilizar na avaliação da dor do doente em fase crítica, enquanto apenas 477 dos profissionais correspondendo a 46,5% da amostra. Após a utilização de ambas as escalas, os profissionais quando questionados de forma direta e objetiva sobre a escolha de uma delas para utilização na avaliação da dor nos doentes críticos, adultos, sedados e que não comunicam de forma verbal motora, a escolha maioritária foi pela BPS.

Quadro 26 – Escolha dos Enfermeiros entre BPS e ESCID

	n	%
BPS	549	53,5
ESCID	477	46,5
Total	1026	100,0

Figura 1 – Escolha dos Enfermeiros entre BPS e ESCID



## 4 - Conclusões

A sensibilização nacional, conseguida, para a importância da avaliação da dor do doente crítico, como o primeiro passo fundamental para eficaz gestão da dor, evidencia-se como a principal conclusão do Plano Nacional de Avaliação da Dor

A formação proporcionada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos aos 1346 enfermeiros permitiu dotá-los de competências científicas, técnicas e relacionais nesta área e desta forma uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde. Fica assegurado ao doente crítico o direito à sua gestão da dor, cumprindo-se um dever profissional e garantindo a efetiva humanização dos cuidados a estes doentes.

Ao implicar os profissionais, que participaram no PNAD, a escolha pela BPS, como escala de avaliação da dor do doente crítico, permite responsabiliza-los, pois parte da base a decisão da escolha. É importante referir que a estatística revelou significância quando a análise efetuada incidiu na relação das 20 perguntas “globais” com a pergunta 21 direcionada a fazer uma opção só por uma das escalas, ou seja, assume-se uma coerência nas respostas dadas no instrumento de colheita de dados. É de realçar que esta é uma primeira fase de um projeto que tem como principal objetivo fomentar a avaliação e registo de um sinal vital que é a DOR, e, como a preocupação é sempre a criação de boas práticas surgiu a necessidade de aplicar um instrumento aceite por todos.

As recomendações que agora se apresentam constituem uma compilação atualizada de normas, artigos e do estudo realizado a nível nacional.

Após a apresentação dos resultados, o Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados intensivos recomenda:

1. O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia;
2. O uso da EVN é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam;
3. A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS);
4. A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique;
5. A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
6. A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos);



7. A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais);
8. A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;
9. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;
10. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto;
11. Após a avaliação da dor, deve efectuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

É relevante e pertinente que se mantenha a plataforma de apoio do Grupo de Avaliação da Dor durante o processo de implementação do procedimento da avaliação da dor nas UCIs, pelo que se mantém disponível para qualquer esclarecimento ou apoio o email **gad.spci@gmail.com**.

Desconhecendo a existência de um instrumento validado para a população portuguesa, a segunda fase deste projeto é a validação das escalas BPS e ESCID com o estudo psicométrico das mesmas. Finalmente após todo o trabalho de análise dos dados colhidos os resultados dos 3 estudos, serão apresentados a toda a comunidade, quer da consulta de opinião quer da validação psicométrica das escalas de avaliação da dor.

## **5 - Financiamento**

Este estudo não foi financiado. Todo o apoio logístico esteve a cargo da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

## **6 - Conflito de interesse**

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

---

## 7 - Bibliografia

- 1- Aïssaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. – Validation of a Behavioural Pain Scale in Critically ill, sedated and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg.*2005;101:1470—6.
- 2-Ahlers SJ, van der Veen AM, van Dijk M, Tibboel D, Knibbe CA. – The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesth Analg.* 2010;110:127—33.
- 3-Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. – Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med.* 2002;30:119—41.
- 4-Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MA. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Crit Care.* 2008;12 Suppl 3:S2.
- 5-Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule C, Auriant I, Leguillou JL, et al. - Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology.* 2007;106:687—95.
- 6-Puntillo K, Morris A, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White Ch, Wild L. – Pain behaviours observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Crit Care Med.* 2004;32:421—7.
- 7- Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J,Thompson CL, et al. – Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *Am J Crit Care.* 2001;10:238—51.
- 8-Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med.* 2001;29:2258—63.
- 9- Desbiens NA, Wu AW, Broste SK, Wenger NS, Connors Jr AF, Lynn J, et al. - Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of treatment. *Crit Care Med.* 1996;24:1953—61.
- 10- Walder B, Tramer MR. – Analgesia and sedation in critically patients. *Swiss Med Wkly.* 2004;134:333—46.
- 11-Stanik-Hutt JA, Soeken KL, Belcher AE, Fontaine DK, Gift AG. – Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *Am J Crit Care.* 2001;10:252—9.

- 
- 12-Puntillo KA, Wild LR, Morris AB, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C. -Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *Am J Crit Care.* 2002;11:415—29.
  - 13-Chanques G, Sebbane M, Barbotte E, Viel E, Eledjam JJ, Jaber S. – A prospective study of pain at rest: Incidence and characteristics of an unrecognized symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients. *Anesthesiology.* 2007;107:858—60.
  - 14-Puntillo K. – Pain assessment and management in the critically ill: wizardry or science? *Am J Crit Care.* 2003;12:310—6.
  - 15-Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. – Monitorización del dolor. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva.* 2006;30:379—85.
  - 16-Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. – Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med.* 2002;30:119—41.
  - 17-Gélinas C, Fortier M, Viens C, Fillion L, Puntillo K. Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *Am J Crit Care.* 2004;13:126—35.
  - 18-Freire AX, Afessa B, Cawley P, Phelps S, Bridges L. – Characteristics associated with analgesia ordering in the intensive care unit and relationships with outcome. *Crit Care Med.* 2002;30:2468—72.
  - 19-Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MA. – Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Crit Care.* 2008;12 Suppl 3:S2.
  - 20-Puntillo K, Neighbor M, O’Neil N, Nixon R. – Accuracy of emergency nurses in assessment of patients’ pain. *Pain Manag Nurs.* 2003;4:171—5.
  - 21-Gélinas C, Fillion L, Puntillo K, Viens Ch, Fortier M. – Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *Am J Crit Care.* 2006;15:420—7.
  - 22-Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA. – Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for nonverbal adults. *J Adv Nurs.* 2009;65:203—16.
  - 23-Latorre M, Solis M, Ruiz TF. – Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor paravalorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. Elsevier. 2011;22:3-12.
  - 24-Cade CH. – Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nurs Crit Care.* 2008;13:288—97.
  - 25-Erdek MA, Pronovost PJ. – Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *Int J Qual Health Care.* 2004;16:59—64.