

Cátia Vanessa Soares Parreira

A dor no período pós-cirúrgico abdominal em doentes geriátricos

Intervenções Autónomas de Enfermagem no controlo da dor: uma opção a explorar?

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2012

A dor no período pós-cirúrgico abdominal em doentes geriátricos
Intervenções Autónomas de Enfermagem no controlo da dor: uma opção a explorar?

Cátia Vanessa Soares Parreira

A dor no período pós-cirúrgico abdominal em doentes geriátricos

Intervenções Autónomas de Enfermagem no controlo da dor: uma opção a explorar?

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2012

Cátia Vanessa Soares Parreira

A dor no período pós-cirúrgico abdominal em doentes geriátricos

Intervenções Autónomas de Enfermagem no controlo da dor: uma opção a explorar?

(Cátia Vanessa Soares Parreira)

“Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para obtenção do

grau de Mestre em Enfermagem”

Sumário

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos, em especial o idoso que, devido aos problemas cognitivos e à elevada medicação os torna mais suscetíveis aos efeitos adversos dos medicamentos utilizados para o alívio da dor.

Neste contexto, o objetivo deste estudo é avaliar a dor na pós-cirurgia abdominal em doentes geriátricos; identificar a localização e a intensidade dolorosa utilizando a Escala Numérica; analisar a dor nas dimensões sensorial, afetiva e cognitiva, utilizando o Questionário para Dor de McGill; relacionar o processo algico com a idade, sexo, religião e tipo de abordagem cirúrgica; saber se as intervenções autónomas de enfermagem contribuem para o alívio da dor pós-operatória.

Trata-se de um estudo descritivo correlacional longitudinal, com abordagem quantitativa, desenvolvido entre 14 de fevereiro e 30 de março de 2012 num Hospital no Serviço de Cirurgia Geral. A amostra constou de 30 pacientes submetidos a cirurgias abdominais.

Os dados que serviram de base a este estudo foram recolhidos através da aplicação da Escala Numérica e do Questionário de Dor de McGill.

Os resultados mostraram que 60% eram homens, 50% dos doentes tinham 65 e 69 anos e todos (100%), eram católicos romanos. Na primeira avaliação, 60% apresentaram dor pós-operatória moderada, 30% severa e 10% leve. Os descritores escolhidos com maior frequência foram: fígada (90%); fina, agulhada e pontada (70%); beliscão (60%); sensível (50%); cansativa (60%) e que incomoda (50%). Nas três avaliações seguintes houve diminuição da dor severa e moderada que, aos 180 minutos era de 0% e 3% respetivamente, aumentando a percentagem de pacientes com dor leve (7%). Não

encontramos relação significativa entre a variável dor pós-operatória e o sexo mas, pelo contrário, a intensidade da dor pós-operatória e a idade. O índice de dor total e sensitiva é influenciado pelo sexo. A localização da dor é influenciada pelo tipo de cirurgia, pela idade e pelo sexo. A dor pós-operatória era, principalmente, de intensidade moderada. Mesmo nos doentes a quem não foi administrado fármaco (50%), a dor foi aliviada ao longo das quatro avaliações. Desta forma, podemos inferir que as intervenções autónomas de enfermagem contribuem para o alívio da dor. A informação/atualização permanente dos profissionais de saúde é indispensável para que seja possível evitar ou minimizar a ocorrência de dor.

Abstract

Pain is one of the major causes of human suffering, compromising the life quality of individuals, in particular the elderly, due to cognitive problems and high medication which turns them more susceptible to the adverse effects of the medications used for pain relief.

In this context, the goal of this study is to evaluate pain in post abdominal surgery in geriatric patients; identify the location and the painful intensity using a numeric scale; analyze the sensory dimensions of pain, cognitively, affectively and using the McGill pain Questionnaire; establish the relationship between the painful process and age, sex, religion and type of surgical approach; whether autonomous nursing interventions contribute to the relief of postoperative pain.

It is a descriptive longitudinal co relational study with a quantitative approach, developed from 14th February to 30th march of 2012 in a Hospital in the General Surgery service. The sample consists of 30 patients undergoing abdominal surgery.

The data used in this study were collected through the application of a numeric scale and McGill Pain questionnaire.

The results showed that 60% were men, (50%) of the patients were between 65 and 69 years and all of them (100%) were Catholics. At a first approach, 60% showed moderate postoperative pain, 30% severe pain and 10% mild pain.

The average number of keywords chosen by McGill Pain questionnaire were 14.00 (DP 3.53) and the pain index 24.50 (DP 9.19). The most frequently chosen descriptors were: strike (90%); thin, wire and twinge (70%); pinch (60%); sensitive (50%); tiresome (60%) and that bothers (50%). In the following three evaluations there was a decrease in

severe and moderate pain, which after 180 minutes was 0% and 3% respectively, increasing the percentage of patients with severe and mild pain to (7%). We found no significant relationship between postoperative pain variable with age, sex and location of pain.

The index of total pain and the index of sensory pain are influenced by sex. The location of pain is influenced by the type of surgery. Postoperative pain was, mainly, of moderate intensity. Even in patients who were not given drugs (50%), the pain was relieved over the four evaluations. This way, we can infer that autonomous nursing interventions contribute to pain relief. The permanent information update of health professionals is essential so that you can avoid or minimize the occurrence of pain.

Agradecimentos

Para a realização deste trabalho encontraram-se envolvidos, direta e indiretamente, várias pessoas. A todas elas manifesto a minha profunda gratidão e sincero reconhecimento. Todavia, aos que mais de perto me acompanharam deixo aqui uma particular referência:

- Aos meus pais sem os quais, nunca seria o ser humano que sou, estando sempre presentes, a incentivar e a apoiar nesta minha caminhada como pessoa e profissional de saúde;
- Ao Bruno, por me compreender e apoiar nos piores e nos melhores momentos;
- À família por todo apoio incondicional, por também se terem envolvido em alguns momentos neste processo e pelas horas mais difíceis.
- Ao Doutor José Manuel dos Santos, pelos valiosos ensinamentos transmitidos, pelas sugestões, pela prontidão na revisão do estudo, mas acima de tudo, pela disponibilidade, incentivo e simpatia demonstrados ao longo de todo o período de investigação;
- Aos meus amigos, por acreditarem em mim e me incentivarem a realizar mais esta etapa na minha caminhada pessoal e profissional.
- Evidentemente não poderia esquecer de fazer jus à direção onde foi realizado o estudo por ter possibilitado a concretização deste estudo.

“Obrigada”.

(...) o cuidar requer envolvimento pessoal, social,
moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento
para com o próprio e para com os outros(...)"

WATSON (2002)

Siglas

AINE - Anti-inflamatórios não esteroides

DAINE - Anti-inflamatório não esteroide

DGCG - Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

FAD - Flanco abdominal direito

IASP - *International Association for the Study of Pain*

MPQ - Questionário para a Dor de McGill

NWC - Índice do Número de Palavras Escolhidas

PCA - Analgesia Controlada pelo paciente

PRI - Pain Rating Index

RAR - Ressecção Anterior do Recto

SC - Sutura Cirúrgica

SNA - Sistema Nervoso Autónomo

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Sistema Nervoso Simpático

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TENS - Estimulação Elétrica Transcutânea

Índice

Parte I	22
Introdução	23
Parte II – Desenvolvimento	27
I. Fase Conceptual	28
1. Pertinência e Justificação do estudo.....	28
2. Objetivos de investigação.....	29
3. Revisão da Literatura.....	29
i. Definição dor e classificação da dor.....	30
ii. Dor abdominal.....	36
iii. Fisiopatologia da dor pós-operatória.....	37
iv. Avaliação da dor pós-operatória e instrumentos de avaliação da dor.....	39

v.	Tratamento para dor pós-operatória	45
vi.	Assistência de enfermagem ao doente com dor pós-operatória e o Papel do Enfermeiro	48
vii.	Intervenções Autónomas de Enfermagem no controlo da dor ...	53
II.	Fase Metodológica	56
1.	Tipo de estudo.....	56
2.	População, amostra e processo de amostragem.....	57
3.	Variáveis em estudo.....	58
4.	Instrumentos de colheita de dados.....	59
5.	Tratamento e apresentação de dados.....	61
6.	Princípios éticos.....	63
III.	Fase empírica	65
1.	Apresentação de resultados.....	65
2.	Discussão dos resultados.....	95

Parte III	101
Conclusão.....	102
Referências bibliográficas.....	104
Anexos.....	110
Anexo I – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital para aplicação do Questionário	111
Anexo II – Termo de Consentimento Informado Sujeitos Idosos Hospitalizados	114
Anexo III – Autorização para a realização do Estudo (parecer da Comissão Ética)	117
Anexo IV – Escala Numérica da Dor	119
Anexo V – Questionário de Mc Gill	121
Anexo VI – Instrumento de Recolha de Dados	126
Anexo VII – Circular Normativa nº 9/DGCG de 14 Junho de 2003	133

Índice de figuras

Figura nº 1- Tipos de dor.....	35
--------------------------------	----

Índice de gráficos

Gráfico nº 1- Distribuição dos pacientes segundo a idade.....	66
Gráfico nº 2- Distribuição dos pacientes segundo o sexo.....	67
Gráfico nº 3- Distribuição dos pacientes segundo a religião.....	67
Gráfico nº 4 - Distribuição dos pacientes segundo a localização da dor.....	69
Gráfico nº 5 - Distribuição dos pacientes segundo o tipo de cirurgia.....	70
Gráfico nº 6 - Número de dados com e sem necessidade de fármaco por momento de avaliação.....	70
Gráfico nº 7 - Distribuição da intensidade da dor segundo sexo (Escala Numérica)	74

Índice de tabelas

Tabela nº 1 - Análise descritiva da amostra segundo a idade.....	65
Tabela nº 2 - Distribuição da intensidade da dor nos pacientes aos 0 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 180 minutos.....	68
Tabela nº 3 - Distribuição da média dos números de descritores escolhidos no Questionário de Dor de McGill.....	71
Tabela nº 4 - Distribuição da média do índice de dor medido com o Questionário de Dor de McGill.....	72
Tabela nº 5 - Frequência (superior a 30%) dos descritores referidos pela amostra nos grupos sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea do Questionário da Dor de McGill.....	73
Tabela nº 6 - Distribuição da intensidade da dor segundo sexo (Escala Numérica)	75
Tabela nº 7- Distribuição da intensidade da dor na primeira avaliação, quanto à abordagem cirúrgica (Escala Numérica).....	76
Tabela nº 8 - Distribuição da intensidade da dor na segunda avaliação, quanto à abordagem cirúrgica (Escala Numérica).....	77
Tabela nº 9 - Distribuição da intensidade da dor na terceira avaliação, quanto à abordagem cirúrgica (Escala Numérica).....	78

Tabela nº 10 - Distribuição da intensidade da dor na quarta avaliação, quanto à abordagem cirúrgica (Escala Numérica).....	79
Tabela nº 11 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal, segundo a intensidade da dor (Escala Numérica) e a administração de fármaco.....	80
Tabela nº 12 - Frequência do descritor “sensitiva” em função do sexo.....	81
Tabela nº 13 - Frequência do descritor “afetiva” em função do sexo.....	82
Tabela nº 14 - Frequência do descritor “avaliativo” em função do sexo.....	83
Tabela nº 15 – Distribuição do índice de descritores do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo o sexo	84
Tabela nº 16 - Distribuição da intensidade da dor segundo o sexo.....	84
Tabela nº 17 - Distribuição do índice de dor do grupo sensorial afetivo, avaliativa, miscelânea e total segundo o sexo.....	85
Tabela nº 18 - Distribuição da localização da dor segundo o sexo.....	85
Tabela nº 19 - Frequência dos descritores sensitivos escolhidos em função da idade.....	86
Tabela nº 20 - Frequência dos descritores afetivos escolhidos em função da idade.....	87

Tabela nº 21 - Frequência dos descritores avaliativos escolhidos em função da idade	88
Tabela nº 22 - Distribuição da intensidade da dor segundo a idade.....	88
Tabela nº 23 - Distribuição da localização da dor segundo a idade.....	89
Tabela nº 24 - Frequência dos descritores sensitivos escolhidos em função do tipo de cirurgia.....	90
Tabela nº 25 - Frequência dos descritores afetivos escolhidos em função do tipo de cirurgia.....	90
Tabela nº 26 - Frequência dos descritores avaliativos escolhidos em função do tipo de cirurgia.....	91
Tabela nº 27 - Distribuição da intensidade da dor segundo o tipo de cirurgia.....	92
Tabela nº 28 - Relação entre a localização da dor e o tipo de cirurgia.....	92
Tabela nº 29 - Distribuição do índice de descritores do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo o tipo de cirurgia	93
Tabela nº 30 – Distribuição da intensidade da dor segundo o tipo de cirurgia	94
Tabela nº 31 - Distribuição do índice de dor do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo o tipo de cirurgia	94

Tabela nº 32 – Relação entre a localização da dor e o tipo de cirurgia 95

PARTE I

Introdução

A dor é tão antiga como a própria humanidade e desde sempre o Homem tem procurado compreendê-la e tentado encontrar formas de a atenuar ou eliminar.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) é uma associação multidisciplinar internacional, fundada em 1973, e tem como objetivo promover a pesquisa sobre a dor para poder melhorar os cuidados prestados aos doentes com dor. Em Portugal, em 1991, foi fundada a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor com sede no Instituto de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto.

Considerando que a dor é responsável pelo sofrimento humano, pelo comprometimento da qualidade de vida e com repercussões psicossociais e económicas, em 2001 foi implementado o Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

Muitas vezes a dor é um sinal de alerta, informando da ocorrência de uma lesão ou de algum comportamento exagerado, podendo também ter uma função de diagnóstico. Está assim relacionada com a proteção do organismo, exibindo os limites que não podem ser transgredidos. O seu tratamento é feito com base na sua etiologia, fisiopatologia e nas suas repercussões, com o recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas (Conian e Diamond, 2001). É um fenómeno frequente no pós-operatório provocando sofrimento e riscos desnecessários ao doente, sendo responsável por alterações fisiológicas e emocionais que, se não forem controladas podem predispor os doentes a complicações e assim atrasar a sua recuperação, prolongando o internamento. Por razões éticas e humanitárias deve-se aliviar a dor e o sofrimento para que diminua a ansiedade e a perturbação do sono pois a libertação de catecolaminas pode ter efeitos prejudiciais no pós-operatório (Hacpille, 2000; Pimenta *et al.*, 2001).

Através do controlo algico, a equipa de saúde tem como objetivo minimizar os estímulos dolorosos para evitar sofrimento e complicações pós-operatórias. Os doentes podem apresentar maior risco de complicações pulmonares e trombose venosa devido à imobilidade e ausência de respiração profunda, além da agitação psicomotora, ansiedade ou depressão, alterações do sono e do apetite (Bassanezi e Filho, 2006).

A fim de minimizar as dificuldades que, por vezes, os profissionais de saúde encontram na identificação da presença de dor, deve haver um registo sistemático das avaliações, utilizando-se escalas específicas para a caracterização e mensuração do quadro algico (Pimenta *et al.*, 2001).

A intervenção cirúrgica é geradora de vários tipos de respostas biológicas nos órgãos e sistemas cuja magnitude depende do controle da dor pós-operatória. Apesar da dor pós-operatória ser vivenciada, diariamente, por milhares de pessoas em todo o mundo, ela é aliviada apenas em menos de 30% a 50% dos casos (Andrade, Barbosa e Barichello, 2010).

Segundo Teixeira (2001), a dor pode ocorrer devido ao excesso de estímulos nociceptivos ou devido à hipoatividade do sistema supressor de dor provocada por lesão no sistema somatossensorial em qualquer ponto ao longo do seu percurso até ao sistema nervoso central (dores com origem em lesões periféricas e as dores com origem em lesões no SNC como dor talâmica, acidente vascular cerebral, secundária a tumores, etc).

De referir que, atender às necessidades de um doente idoso pode ser especialmente desafiador pois, os idosos muitas vezes apresentam outro tipo de doenças e mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento. Os problemas cognitivos e a sobrecarga de medicação podem fazer com que estes doentes sejam mais suscetíveis aos efeitos adversos dos medicamentos utilizados para o alívio da dor.

É pois imprescindível que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que são os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente durante mais tempo, compreendam a base da dor e suas consequências fisiológicas e psicológicas (Brunner e Suddarth, 2005).

Os instrumentos frequentemente utilizados para avaliar a dor são classificados como unidimensionais (escalas numéricas, verbais e visuais analógicas) e multidimensionais (Questionário McGill de avaliação da dor, Inventário Multidimensional de Dor, Instrumento de Avaliação Inicial da Dor, entre outros). Enquanto os primeiros avaliam apenas uma dimensão da dor, os segundos avaliam duas ou mais (sensorial, afetiva e avaliativa). O Questionário da dor de McGill utiliza descritores para dor e palavras do quotidiano clínico para descrever o episódio sentido naquele momento (Pereira e Sousa, 1998).

Com este trabalho, pretendeu-se conhecer as características da dor no doente idoso no período pós-cirúrgico abdominal; pretendeu-se ainda, secundariamente, perceber se com o recurso a técnicas não farmacológicas poder-se-á contribuir para o alívio da dor, diminuindo o recurso aos fármacos.

Após autorização do Hospital (Anexo III), optou-se por um estudo descritivo correlacional, longitudinal e com uma abordagem quantitativa, tendo-se utilizado a Escala Numérica da Dor (Anexo IV) e o Questionário da Dor de McGill (Anexo V) como instrumentos de recolha de dados.

Este documento apresenta-se dividido em 3 partes: i) a fase conceptual, constituída pela definição do tema, pelo problema da investigação, dos objetivos do trabalho e de um resumo de toda a bibliografia consultada, ii) a fase metodológica, onde se expressam todas as opções metodológicas tomadas e a sua justificação e iii) a fase empírica, onde são apresentados e discutidos os resultados obtidos.

O instrumento de recolha de dados (anexo VI) foi aplicado a 30 doentes submetidos a cirurgia abdominal, com idade igual ou superior a 65 anos, num serviço de Cirurgia Geral, entre 14 de fevereiro e 30 de março de 2012. O processo de amostragem foi não probabilístico e acidental.

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a dor pós-operatória e o sexo mas, ela é influenciada pela idade. Concluiu-se que a dor pós-operatória é, principalmente, de intensidade moderada e que a sua localização é influenciada pelo tipo de cirurgia. O índice de dor relativo aos grupos sensitivo, afetivo, avaliativo, é influenciado pelo sexo e pela idade e, o tipo de cirurgia não influencia o grupo afetivo.

No que se refere à questão da utilização de medidas não farmacológicas de controlo da dor, controlou-se o ambiente (nível do ruído e da luz), os posicionamentos e evitou-se a manipulação do doente de modo a proporcionar-lhe conforto. Foi dada atenção ao fator emocional, decorrente do sofrimento, através da explicação do motivo da dor, orientação quanto às medidas tomadas para o seu alívio, valorização e partilha da dor. A dor foi aliviada mesmo nos doentes a quem não foram administrados fármacos.

A informação/atualização permanente dos profissionais de saúde é indispensável para que seja possível evitar ou minimizar a ocorrência de dor. E a utilização de técnicas não farmacológicas de controlo da dor é uma área que não pode ser subestimada, já que se a continuação dos estudos vier a comprovar a sua eficácia ela terá inequívocos benefícios para os doentes, uma vez que terão os seus organismos menos sujeitos aos efeitos secundários dos medicamentos, tornando-se o tratamento, inclusivamente (*the last but not the least*) menos oneroso.

PARTE II

I - Fase Conceptual

Qualquer investigação pressupõe a existência de uma “inquietação” que leva o investigador a utilizar a metodologia que considera mais adequada para obter resposta às questões de investigação formuladas. As decisões metodológicas que orientam a investigação devem assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados (Fortin, 1999).

1. Pertinência e Justificação do estudo

A dor pós-operatória é um problema grave pois, para além do sofrimento, está geralmente associada a muitos efeitos adversos.

Os métodos não farmacológicos podem ser usados em conjunto com os métodos farmacológicos para o alívio da dor. Esta combinação, associada à educação do doente no período pós-operatório, pode baixar os custos e reduzir as complicações associadas à utilização de fármacos.

Tem-se assistido a uma crescente aceitação por parte da comunidade científica dos métodos não farmacológicos. O conhecimento e compreensão dos mecanismos de ação neural e biológicos responsáveis pelo processamento da informação nociceptiva, dos procedimentos farmacológicos e de meios alternativos e complementares em relação aos fármacos, permitem a sua utilização, de um modo eficaz, que possibilitam a adoção de medidas de prevenção para o alívio ou eliminação da dor pós-operatória.

Justifica-se, assim, o investimento na investigação nesta área e, de modo particular, o investimento a fazer por parte dos enfermeiros, que são os profissionais que, pelas características da sua prática, mais possibilidade terão de aplicação dessas técnicas.

2. Objetivos de investigação

Citando Fortin (1999, p.40), “o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”.

Deste modo, pretendeu-se com este trabalho:

- ✘ saber qual a localização anatómica em que mais frequentemente é sentida a dor pós-cirurgia abdominal;
- ✘ saber qual a intensidade da dor sentida pós-cirurgia abdominal;
- ✘ saber qual o tipo de dor mais frequentemente sentida pós-cirurgia abdominal, de entre as dimensões sensorial, afetiva e avaliativa;
- ✘ saber se a idade influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor;
- ✘ saber se o sexo influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor;
- ✘ saber se o tipo de cirurgia influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor;
- ✘ saber se a utilização de técnicas não farmacológicas permite diminuir a necessidade de utilização de técnicas farmacológicas no pós cirurgia abdominal.

3. Revisão da Literatura

A revisão da literatura resulta de um processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema, isto é, a contextualização do trabalho. Permite ainda aumentar e objetivar o conhecimento sobre o tema em estudo.

A atividade de rever a literatura existente implica um processo de transformação, uma passagem da informação ao conhecimento. “A informação está nos livros e artigos (...). O conhecimento está nas pessoas” (Cardoso, Alarcão e Celorico, 2010, p. 22).

i. Definição e classificação da Dor

A dor tem sido, ao longo dos tempos, uma das grandes preocupações da humanidade. É um fenómeno complexo, multidimensional (biofisiológico, bioquímico, psicossocial, comportamental e moral) e de difícil explicação. A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (Hacpille, 2000), podendo resultar de uma estimulação nociva intensa ou pode surgir espontaneamente, sem qualquer causa aparente (Melzack e Wall, 1987).

Afeta todas as pessoas, qualquer que seja a sua condição e, considerando todo o sofrimento que dela advém, é indispensável que todos tenham acesso ao seu controlo ou eliminação.

Até meados do século XX, a dor era considerada um sintoma de doença ou lesão. Com o passar do tempo a dor deixou de ser vista apenas como um sintoma, tratada por várias especialidades médicas e passou a ser encarada como uma entidade própria sendo, atualmente, um dos domínios em franca progressão da Ciência e da Medicina. (Melzack e Wall, 1987).

“Dor” nem sempre é sinónimo de doença grave, pois há doenças graves que não são dolorosas, como por exemplo o cancro. Por outro lado, o local em que a dor é sentida, nem sempre é o local que se encontra afetado (Hacpille, 2000).

Para o autor supracitado, a dor pode ser encarada como: i) uma sensação, pois é descodificada a partir do sistema sensorial que permite o reconhecimento da topografia, duração, intensidade e qualidade da mensagem, ii) uma emoção, pois não deixa o indivíduo indiferente, sendo algo penoso, iii) uma experiência, pois a própria palavra cria ansiedade nos indivíduos e leva à sua associação com experiências anteriores dolorosas, contribuindo assim para potenciar a dor e iv) um comportamento, pois desencadeia um conjunto de manifestações decorrentes de um estímulo negativo como queixas, gemidos, gritos, mímicas, posturas antiálgicas, etc. e que constituem uma forma de comunicação.

Segundo o IASP, *cit. in* Hacpille (2000, p. 63), “ A dor é um vivido, uma experiência sensorial e emocional ligada a uma lesão presente ou potencial ou simplesmente descrita em termos de uma tal lesão”.

A dor está, frequentemente, associada a grande número de doenças conhecidas, sendo frequentemente responsável pelo aparecimento de sequelas psíquicas e somáticas. O conhecimento e controlo da dor podem ajudar a humanizar o atendimento e a melhorar os resultados das abordagens terapêuticas, como por exemplo na cirurgia (Skøtt, 2003).

A resposta à dor sentida é estritamente individual e encontra-se associada aos fatores socioculturais e familiares, dependendo também da sua origem, da sensibilidade do indivíduo e de experiências anteriores vivenciadas por si ou descritas por outros (Schwob, 1997).

Uma intervenção cirúrgica provoca alterações emocionais e fisiológicas que, se não forem controladas, são responsáveis pelo prolongamento do internamento (Pimenta *et al.*, 2001). Podem então surgir complicações e estímulos dolorosos, sendo necessário

promover um controlo da dor (Chaves e Pimenta, 2003). Esses estímulos estão, muitas vezes, relacionados com o aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória.

No estudo realizado por Pimenta *et al.* (2001), 90% dos doentes referiram ter dores 24 horas após a cirurgia abdominal e, após 5 dias, este valor passou para 44%. Entre os que se submeteram a cirurgia abdominal, a avaliação da dor era moderada em cerca de 47% e intensa em quase 16% dos doentes.

A dor pós-operatória pode ter influência na recuperação e, sendo uma experiência subjetiva de difícil quantificação, é necessário uma avaliação cuidadosa de modo a que seja possível adequar o tratamento analgésico às necessidades de cada doente (Flores, 2002), tendo em conta os fatores clínicos, os fatores relacionados com o doente e os fatores locais (Charlton, 1997; Kalkman, 2003). Pode também ser responsável por alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, gastrointestinais e urinárias que podem dificultar a mobilidade do doente, cansaço bem como falta de motivação para colaborar no tratamento (Pimenta *et al.*, 2001). Por isso, a dor constitui um importante indicador que permite avaliar os danos físicos e psicológicos dos doentes (Borges *et al.*, 2006), sendo o seu alívio muito importante no tratamento de doentes submetidos a cirurgia (Charlton, 1997).

Segundo este autor, o local da cirurgia está relacionado com o grau de dor pós-operatória, sendo as operações do abdómen e do tórax superior mais dolorosas do que as do abdómen inferior e as operações periféricas nos membros as menos dolorosas. Para isso, contribuem as alterações que podem ocorrer ao nível pulmonar, o aumento do tónus muscular abdominal e diminuição da função do diafragma. Consequentemente, o doente tem dificuldade em tossir e em eliminar as secreções o que pode levar à atelectasia pulmonar e pneumonia. A alteração da motilidade intestinal e urinária pode provocar náuseas, vômitos e retenção urinária necessitando, o doente, de um internamento mais prolongado.

O grau de ansiedade e o medo da cirurgia podem ser responsáveis por elevados níveis de dor pós-operatória. Antes da cirurgia, é necessário que o doente seja informado sobre

os procedimentos e de que as novas técnicas de alívio da dor impedirão o seu aparecimento após a intervenção (Charlton, 1997; Coniam e Diamond, 2001).

A avaliação do doente no pré-operatório permite planear o tratamento da dor pós-operatório. Este planeamento deve ser individualizado, tendo em conta fatores como: o tipo de cirurgia, a gravidade de dor pós-operatória esperada, as co-morbilidades, o risco/benefício das técnicas a utilizar, as preferências do doente, a anamnese ou a experiência que o doente teve anteriormente com a dor. Deve também ser revista a medicação e promovida a redução da ansiedade e da dor (American Society of Anesthesiologists, 2004).

Se a dor não diminui de intensidade ou não é eliminada e, pelo contrário, vai aumentando e se torna persistente, o profissional de saúde deve promover os procedimentos necessários que lhe permitam classificar a dor, localizá-la e saber a sua natureza e extensão.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor de 2001 classifica a dor de acordo com a sua temporalidade e fisiopatologia permitindo adequar o plano terapêutico ao tipo de dor.

Classificação Temporal da Dor

A duração dos sintomas é determinante na classificação temporal da dor, que pode ser dividida em dor aguda, dor crónica e dor recidivante.

A dor aguda, de carácter fisiológico e geralmente de curta duração, constitui um alerta de que algo no organismo não está bem. Tem origem num estímulo nociceptivo periférico e/ou reação inflamatória, existindo uma relação causa-efeito bem determinada. Atuando sobre a causa, a dor pode ser controlada ou aliviada, como a cura da lesão, imobilização ou em resposta aos medicamentos. Os sintomas desaparecem em menos de seis meses e não costumam ser recorrentes. É uma dor que gera ansiedade. A dor pós-operatória é considerada uma dor aguda.

A dor crónica, de carácter patológico, não apresenta uma relação causa-efeito bem definida, prolonga-se no tempo, é insidiosa e progressivamente incapacitante. Está relacionada com a alteração dos mecanismos centrais de nocicepção. Pode manifestar-se com várias características e originar estádios patológicos diversos. A sua duração é superior a seis meses e envolve intervenções prescritas a longo prazo. A dor recorrente ocorre em episódios de curta duração mas, o facto de se repetir ao longo do tempo confere-lhe uma característica crónica. Este tipo de dor também não se encontra associada a uma etiologia específica (Khouzam, 2000).

A dor recidivante é uma dor que ocorre durante períodos curtos, que se repetem com frequência. Pode surgir durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico como é o caso da enxaqueca (Júnior, Carvalho e Bierhals, 2008).

Classificação Fisiopatológica da Dor

Considerando os mecanismos responsáveis pela dor, esta é classificada pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) em nociceptiva, neuropática e psicogénica.

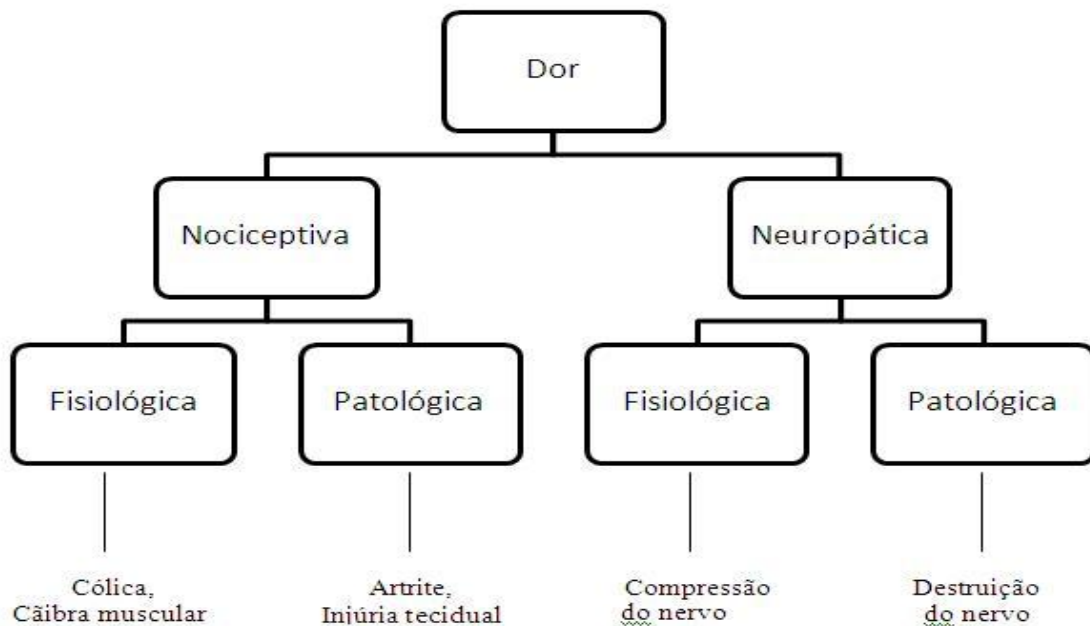
A dor nociceptiva ocorre devido a uma lesão do tecido circundante (não sendo afetado o SNC); a **dor neuropática** acontece sem a existência de lesão do tecido; e a **dor psicogénica** é de origem psicossocial.

Em termos fisiopatológicos, a dor pode ser descrita como associada à nocicepção, neuropatia e influenciada pelo SNS. Tanto a dor nociceptiva como a neuropática são dores persistentes e utilizam a mesma via de transmissão. Mas, enquanto que a dor nociceptiva é de fácil identificação (como por exemplo trauma, cancro, isquemia), a dor neuropática pode ocorrer sem que haja algo que a identifique (Galluzzi, 2007).

A **dor nociceptiva** (lesão de tecidos ósseos, musculares ou de ligamentos) ocorre devido a uma estimulação persistente dos nociceptores, havendo uma ativação contínua das vias centrais da dor (Galluzzi, 2007; Schestatsky 2008).

Segundo a IASP, a **dor neuropática**, começa por uma lesão ou por disfunção do sistema nervoso, podendo ser provocada por compressão, transecção, infiltração, isquemia, alterações metabólicas ao nível dos corpos celulares dos neurónios ou uma combinação destes fatores (Diabete mellitus, Parkinson) (Galluzzi, 2007).

Figura nº 1- Tipos de dor



Fonte: Schestatsky, 2008 p. 177

A **dor psicogénica** é de origem psicossocial, não havendo lesão tecidual ativa (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001). Estabelece a fronteira entre a dor aguda e dor

crónica, é sentida e referida pelos doentes mas não se encontra qualquer explicação orgânica para o seu aparecimento. Pode tornar-se crónica com implicações na personalidade dos doentes (Metzger, Schwetta e Walter, 2002).

ii. Dor abdominal

Muitos dos problemas abdominais encontram-se associados ao aparecimento de dor. Estas dores abdominais são, na maior parte das vezes, provocadas por situações patológicas passíveis de tratamento através de atos médicos ou cirúrgicos. Assim, Seymour e Schwartz (1976) consideram três tipos de dor abdominal: i) a dor visceral, que tem início no peritónio visceral cujos impulsos vão, através das fibras viscerais aferentes, até à medula. Há um aumento de tensão na parede das vísceras ocas e, embora as contrações possam não ser sentidas devido à inflamação e à isquemia, podem produzir dor. Esta dor é, geralmente, difusa, com um alto limiar e de difícil localização. A dor é acompanhada por rigidez muscular que é maior quando há comprometimento da parede do corpo devido à lesão (ex. a rigidez em tábua encontra-se associada à úlcera péptica perfurada); ii) a dor somática, que tem origem no peritónio parietal, raiz do mesentério e diafragma respiratório. É uma dor mais aguda que a visceral e é bem localizada (próximo do local do estímulo); e iii) a dor referida, que se localiza em áreas mais superficiais do corpo, afastadas das vísceras do doente. Esta dor pode estar relacionada com uma cicatriz cirúrgica, traumatismo ou processos patológicos localizados. A perceção deste tipo de dor está relacionada com experiências dolorosas anteriores.

iii. Fisiopatologia da dor pós-operatória

No pós-operatório, é frequente a existência de dor que, além do sofrimento, pode expor os doentes a determinados riscos (Pimenta *et al.* 2001) pois a dor persistente torna o doente mais vulnerável (Borgdorff, 2008). A transmissão do impulso doloroso (nociceção) é responsável pelo carácter sensorial da dor; já as respostas comportamentais à dor estão relacionadas com o aspeto emocional (Teixeira, 2001).

A dor fisiológica é encarada pelo doente como algo negativo, uma vez que provoca sofrimento, alterações orgânicas e alteração do sono e do humor. No entanto, a dor também pode ser encarada sob o ponto de vista positivo pois constitui um sinal de alerta de que houve algum dano no organismo e o indivíduo reage imobilizando-se, o que facilita a cicatrização. Esta imobilização também pode ter consequências negativas como o tromboembolismo, nomeadamente em relação à dor pós-operatória (www.anaesthesia-az.com).

A dor pós-operatória é uma dor aguda e está relacionada com a intervenção cirúrgica, o tipo de incisão, o grau de lesão tecidual, manipulação de estruturas e órgãos, a duração e o grau de retração intraoperatória (Conian e Diamond, 2001; Way e Domerty, 2004). É uma dor previsível pois tem uma causa identificável e etiologia bem definida. A resposta normal é uma inflamação cujos produtos são detetados pelas terminações nociceptivas e transmitida ao SNC, surgindo a dor (Conian e Diamond, 2001).

As cirurgias que apresentam maior intensidade da dor são a cirurgia torácica, a cirurgia abdominal superior, a cirurgia abdominal inferior, a cirurgia ortopédica e, por último, (apresentando menos intensidade de dor) as cirurgias periféricas (Bassanezi; Filho, 2006). Os fatores de risco são a gravidade no pré e pós-operatório, os danos causados nos nervos durante a cirurgia e a vulnerabilidade psicológica do doente (Borgdorff, 2008).

A compreensão da fisiologia e os efeitos patológicos deste tipo de dor é essencial para que os enfermeiros possam proporcionar uma assistência de qualidade, individualizada, tendo em vista a recuperação mais rápida e com menos sofrimento, do doente (Brunner e Suddarth, 2005).

Quanto à fisiopatologia da dor, podem ser considerados dois mecanismos: dor nociceptiva que ocorre devido a uma lesão tecidual contínua, não sendo afetado o SNC e dor neuropática quando é provocada por danos nas fibras nervosas dos nervos periféricos ou no SNC) (www.anaesthesia-az.com).

A existência de dor aguda deve-se à estimulação nociceptiva ao nível da pele, músculos, articulações, intestinos, pleura, meninges, etc., ou pode ser produzida por uma lesão, como por exemplo a incisão cirúrgica, responsável por um conjunto de respostas sensitivas, cognitivas e emocionais, e pela existência de grande ansiedade (Teixeira, 2001).

Os estímulos recebidos pelos recetores nociceptivos geram um potencial de ação que é transmitido através das fibras nociceptivas aferentes primárias, das fibras mielínicas finas A δ , e das fibras amielínicas C, até ao corno dorsal da medula espinal. Aqui, ocorrem sinapses entre estas fibras e os neurónios secundários do corno dorsal que projetam os seus axónios, sendo os estímulos transmitidos até aos centros encefálicos superiores. Através dos neurónios terciários, a informação chega ao córtex cerebral onde ocorre o processamento, isto é, a consciência da dor (Borgdorff, 2008; Teixeira, 2001).

Se a modulação da dor ocorrer no córtex parietal, há uma perceção e localização precisa da dor; se ocorrer no hipotálamo, ocorrem suores, náuseas, tremores, ... se ocorrer no sistema límbico, surge o sofrimento (Teixeira, 2001).

As respostas fisiopatológicas associadas ao aumento da intensidade da dor podem provocar um aumento da sensibilidade periférica devido à libertação de serotonina,

bradicinina e prostaglandina que provocam uma sensibilização dos nociceptores que se encontram perto da lesão (Hacpille, 2000). Estas substâncias são responsáveis pela hiperalgesia termomecânica primária e pela vasodilatação que é observada em lesões traumáticas, inflamatórias e isquémicas (Teixeira, 2001).

O aumento da atividade do SNA, em consequência da dor, leva ao aumento da síntese de catecolaminas e hormonas que provocam alterações cardiocirculatórias (taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstrição periférica, aumento do débito cardíaco, do consumo de oxigénio e da pressão arterial), taquipneia, retenção hídrica, aumento do catabolismo com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune. A estimulação do SNS provoca a diminuição do tónus intestinal, o esvaziamento gástrico torna-se mais lento, podendo ocorrer náuseas e vômitos e, pode também ocorrer retenção urinária devido ao aumento do tónus vesical (Bonica, 1990; Whedon e Ferrell, 1992 *cit. in* Pimenta *et al*, 2001).

A transmissão nociceptiva espinal é facilitada pelo medo e a apreensão (respostas corticais) que fazem baixar o limiar da perceção da dor, mantendo a experiência de dor (Way e Domerty, 2004).

iv. Avaliação da dor pós-operatória e instrumentos de avaliação da dor

A avaliação da dor tem como objetivo determinar a sua intensidade, duração e o impacto que ela tem a nível psicoafectivo do indivíduo. Daí a importância dos instrumentos de avaliação da dor para a compreensão do quadro algico ao qual se segue a implementação da terapêutica adequada e, finalmente, a avaliação da sua eficácia (Pimenta e Teixeira, 1996).

Atualmente, a dor ainda é considerada um importante problema no período pós-operatório, apesar do avanço das drogas analgésicas, das formas de as administrar e das técnicas não-farmacológicas para o seu alívio (Andrade, Barbosa e Barichello, 2010).

Perante o avanço da tecnologia das ciências da saúde, nomeadamente o aparecimento da anestesia, foi possível a realização de cirurgias e, com isso, a ocorrência de fatores geradores de algias e desconforto no pós-operatório (Custódio *et al.*, 2008).

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação da dor permitem conhecer e comparar os quadros dolorosos entre populações diferentes e determinar o grau de resposta às diversas terapias. Permitem ainda o desenvolvimento de uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa (Pimenta e Teixeira, 1996).

A avaliação da dor tem como objetivo identificar a existência de queixas, estabelecer a etiologia do sinal e caracterizar a experiência dolorosa em todos os seus aspetos. Importa também referir outros objetivos da avaliação dolorosa que são aferir as repercussões no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, identificar fatores que possam contribuir para manter ou fazer aumentar a queixa, escolher as alternativas de tratamento e verificar a eficácia das terapêuticas utilizadas. Para isso, é necessário a utilização de um instrumento específico (Pimenta *et al.*, 2001).

Assim, utilização dos instrumentos de avaliação da dor permitem, através da comunicação com o doente, avaliar a eficácia das técnicas analgésicas que foram utilizadas (Pereira e Sousa, 1998; Andrade, Barbosa e Barichello, 2010).

Pimenta *et al.*, (2001) referem que os profissionais têm alguma dificuldade em identificar a presença de dor e também alguma negligência no seu tratamento o que compromete o seu alívio. Por isso, as avaliações devem ser realizadas e registadas de modo sistemático, com recurso a escalas específicas para a caracterização e avaliação do quadro algico.

A medida da dor pode ser feita através de autoavaliação (registos feitos pelo próprio doente), indicadores observáveis da dor (geralmente feitas por um médico ou algum familiar próximo que regista o comportamento ou desempenho físico observável associado à experiência de dor) e indicadores fisiológicos da dor (alterações nos batimentos cardíacos, respiração, transpiração, tensão muscular e outras) (Sousa e Silva, 2005).

Na avaliação da intensidade da dor, são utilizadas escalas numéricas, escalas de descritores verbais, escalas de representação gráfica não numérica e escalas de analogia visual. A utilização de instrumentos na avaliação da dor tem como objetivo facilitar a comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde de modo a que estes possam conhecer a sua incidência, duração, intensidade da dor sentida e o alívio obtido após a aplicação de diferentes técnicas analgésicas. Esses instrumentos podem ser unidimensionais se pretendem medir a dor considerando apenas uma dimensão, ou multidimensionais se considerarem duas ou mais dimensões (Pereira e Sousa, 1998).

Instrumentos unidimensionais

As escalas unidimensionais são de autoavaliação, isto é, o doente é que descreve a sua dor (Hacpille, 2000). A esta categoria pertencem as escalas numéricas, as escalas verbais e as escalas analógicas-visuais. Nestas escalas, o número de categorias utilizadas varia de acordo com o problema a ser investigado.

Nas escalas numéricas o número de categorias pode variar entre 0 e 100 (até 101 pontos). No entanto, as escalas mais utilizadas são aquelas em que o número de categorias varia entre 0 e 5 (6 pontos) ou entre 0 e 10 (11 pontos) ou ainda entre 0 e 20 (21 pontos). Os doentes avaliam a sua dor numa escala em que o *score* 0 representa «nenhuma dor» e o *score* 5 ou 10 ou 20 (conforma o número de categorias da escala) representa «dor máxima imaginável» (Sousa e Silva, 2005).

As escalas verbais utilizam adjetivos, utilizando uma linguagem que é facilmente compreendida pelo doente, como leve, moderada, forte, severa, contém geralmente 5 ou 6 pontos. Estas escalas expressam a dor de forma qualitativa. É uma escala ordinal, pois os descritores de cada categoria estão ordenados de forma crescente.

As escalas analógicas visuais são as mais utilizadas para avaliar a dor pós-operatória. São constituídas por uma linha com 10 centímetros sendo o *score* zero «sem dor» e o *score* 10 «dor máxima imaginável». Os doentes assinalarão, com um traço, o ponto que considerem corresponder a intensidade da sua dor (Pereira e Sousa, 1998; Hapille, 2000; Gagliese *et al.*, 2005).

Embora os instrumentos unidimensionais sejam mais simples, também apresentam o inconveniente de tornarem mais simples a experiência dolorosa do doente (Pereira e Sousa, 1998).

Escalas multidimensionais

As escalas multidimensionais são pouco utilizadas, mas permitem obter informações acerca da experiência e dos efeitos da dor no dia-a-dia do doente. São escalas autoaplicadas, mas pode haver a ajuda de um profissional. Neste tipo de escalas, a descrição reporta-se não só aos aspetos sensoriais da dor mas também à sua repercussão (Hapille, 2000).

Estes instrumentos surgiram na década de 70 quando Melzack e Wall (1965) trouxeram uma nova conceção sobre os mecanismos envolvidos na dor. Assim, passaram a ser considerados os fatores sensoriais, emocionais e culturais na interpretação e resposta da dor para facilitar aos doentes a comunicação da sua dor. Foram então elaborados e categorizados «descritores da dor», daí a necessidade de se criarem novos instrumentos de avaliação da dor (Pereira e Sousa, 1998).

Deste modo, em 1975, Melzack publicou o Questionário para a Dor de McGill (MPQ) que se tornou na escala multidimensional mais usada e testada em contextos clínicos e de pesquisa (Pereira e Sousa, 1998; Sousa e Silva, 2005). É muito usada em adultos e idosos (Gagliese *et al.*, 2005).

O Questionário para a Dor de McGill é considerado um dos melhores instrumentos para a avaliação das dimensões sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa da dor (Pimenta e Teixeira, 1996). Segundo estes autores, que o adaptaram e validaram para a língua portuguesa, através deste questionário, que utiliza palavras (descritores) para descrever a perceção da dor, é possível obter-se medidas quantitativas da dor e estabelecer a relação entre as características sensoriais, afetivas e avaliativas da dor.

Esta escala possui 78 palavras que descrevem a dor e são escolhidas pelos doentes para caracterizarem a sua dor. Os descritores encontram-se distribuídos em 20 subgrupos de adjetivos, correspondendo cada um a um aspeto da dor. Por sua vez, estes 20 subgrupos de adjetivos encontram-se agrupados em 4 grupos ou categorias: a **sensorial**, com 10 subgrupos e 42 palavras, representa respostas sensoriais/físicas à experiência dolorosa (tensão, calor, pressão, entre outros), determinadas pela atividade das fibras nervosas da coluna vertebral que conduzem o estímulo nociceptivo; a **afetiva** (com 5 subgrupos e 14 palavras), cujos descritores são respostas de carácter emocional (medo, cansaço, punição, respostas neurovegetativas, etc.), devido às atividades do sistema límbico; a **avaliativa** (com 1 subgrupo e 5 palavras), que está relacionada com a avaliação da experiência vivida pelo doente e que é influenciada por experiências dolorosas anteriores (autoconhecimento e autoavaliação); e a mista, ou **miscelânea** (com 4 subgrupos e 17 palavras), que é uma mistura dos três componentes anteriormente referidos e se trata de um grupo criado porque alguns doentes sentiram falta de outras palavras para relatar a sua experiência dolorosa, não se referindo a nenhuma propriedade específica (Melzack e Torgerson, 1971; Melzack, 1983; Pimenta e Teixeira, 1996).

Os doentes assinalam apenas uma palavra em cada grupo, ou seja, a que mais se adequa ao que sentem no momento do seu preenchimento (Pimenta e Teixeira 1996, Pereira e Sousa, 1998; Hacpille, 2000; Gagliese *et al.*, 2005; Sousa e Silva, 2005).

Dentro de cada subgrupo, os descritores estão colocados de modo a haver uma ordem crescente de intensidade (o valor um é atribuído à palavra que implica menor dor), possuindo dois ou seis descritores, no máximo, que são diferentes em magnitude/intensidade (Pimenta e Teixeira 1996).

A partir do MPQ obtém-se o Índice de Avaliação da Dor (PRI), somando os valores atribuídos aos descritores escolhidos e o Índice do Número de Palavras Escolhidas (NWC) somando o número de palavras que o doente escolheu para qualificar a dor. O Índice da Intensidade de Dor Atual obtém-se através de uma escala verbal de 5 pontos, em que 1 corresponde a dor leve, 2 corresponde a dor desconfortável, 3 a dor perturbadora, 4 a dor horrível e 5 corresponde a dor extrema (Pereira e Sousa, 1998).

Kremer *et al.* (1982) *cit. in* Melzack (1983), calculou o score de cada dimensão somando o valor da intensidade de cada dimensão e dividiu-o pela pontuação total de cada dimensão. Obteve valores que variam entre 0 e 1, sendo o valor 0 indicador de que o doente não escolheu nenhuma palavra e o valor 1 indica que o doente selecionou o descritor mais elevado para descrever a dor.

O score obtido a partir da soma dos valores atribuídos permitirá quantificar a dor. A determinação da intensidade da dor, do tipo de dor e a sua duração são importantes para o diagnóstico e contribuem para a decisão da terapia a utilizar e avaliar a efetividade das diversas terapias (Melzack, 2005).

Hacpille (2000) aponta um inconveniente na aplicação do MPQ que é o facto de ser necessária compreensão e aptidão verbal dos doentes. Por vezes estes podem encontrar-se muito debilitados, ou apresentar as suas funções cognitivas alteradas ou ainda possuírem baixo nível sociocultural, não sendo possível a aplicação deste questionário.

v. Tratamento para a dor pós-operatória

O tratamento da dor aguda pós-operatória tem como objetivo eliminar ou reduzir o desconforto pós-operatório, facilitar o processo de recuperação, evitar ou tratar os efeitos colaterais resultantes da terapia e tornar o tratamento economicamente compensador (Charlton, 1997; Oliveira, 2009).

Os estímulos dolorosos causam sofrimento e complicações no pós-operatório e estão relacionados com o aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória (Chaves e Pimenta, 2003), influenciando a recuperação do doente. São também responsáveis pelo prolongamento do internamento e por readmissões antecipadas (Borgdorff, 2008). É necessário adequar o tratamento analgésico às necessidades de cada indivíduo (Flores, 2002; Bassanezi e Filho, 2006).

A dor decorrente de uma cirurgia deve ser aliviada totalmente, caso contrário, pode levar a complicações no pós-operatório (Borgdorff, 2008). Durante muito tempo utilizaram-se opiáceos por via intramuscular para tratamento da dor no pós-operatório. A reação a estas drogas varia de acordo com o doente, sendo difícil prever o seu tempo de ação que, por vezes é inferior ao previsto pelos médicos e enfermeiros. Por outro lado, estes também recebem o aparecimento de depressão respiratória, vômitos, sedação e dependência. Por isso, é necessário que haja formação de todo o pessoal de saúde envolvido e que seja feito o registo dos níveis da dor e das rotinas do doente (Charlton, 1997).

No pré-operatório, o doente deve ser informado sobre a intensidade da dor esperada e sobre os métodos de analgesia (Borgdorff, 2008). Vários fatores podem influenciar a intensidade da dor pós-operatória como o objetivo pretendido com a cirurgia, a expectativa do doente, a visibilidade do resultado, o medo da anestesia e experiências cirúrgicas anteriores, suas ou de familiares/conhecidos (Charlton, 1997). Além destes

fatores de cariz emocional, há também fatores fisiológicos como a idade, o tipo de doença que esteve na origem da intervenção cirúrgica, a co-morbidade, o estado nutricional, o tipo de cirurgia, a presença de disfunção orgânica e a instabilidade hemodinâmica pré-operatória e intraoperatória (Pimenta *et al.*, 2001).

Na fase intraoperatória, a escolha da técnica anestésica deve ter em conta o nível de dor pós-operatório esperado (Borgdorff, 2008).

Segundo o mesmo autor, após a cirurgia pretende-se que o nível da dor atinja um *score* menor ou igual a 4. Se a dor for leve ou moderada, pode ser usada uma combinação de paracetamol e AINE, desde que o doente não seja alérgico ao paracetamol nem haja qualquer contraindicação para a utilização de AINEs. Os efeitos secundários são raros, desde que sejam utilizadas as dosagens adequadas. A codeína e o tramadol podem também ser utilizados (desde que não existam contraindicações) mas provocam prisão de ventre e náuseas.

Se a analgesia for insuficiente, pode ser administrado morfina por intramuscular (1-2 mg/kg).

A anestesia e o uso de opioides no pós-operatório podem causar náuseas e vômitos devendo, neste caso, ser administrado dexametasona e dehydrobenzperidol ou um Antagonista 5HT no início da cirurgia.

A avaliação dos níveis de dor pós-operatória e a aplicação de um programa multimodal e o conhecimento das técnicas e dos efeitos secundários das drogas, são essenciais para o controlo da dor pós-operatória (Borgdorff, 2008).

Segundo Braz e Castiglia (2000), *cit. in* Junior, Carvalho e Bierhals (2008), para que o tratamento da dor aguda seja realizado de forma eficiente e segura, é necessário que se faça um planeamento pré-operatório, o conhecimento dos fatores de risco e grau de manipulação cirúrgica no intraoperatório, avaliação dos níveis de dor e analgesia no

pós-operatório, conhecimento da farmacologia e indicações dos analgésicos, e tratar dos efeitos secundários que possam ser detetados durante o tratamento. A abordagem do tratamento da dor deverá, sempre que possível combinar fármacos, para melhorar a eficácia terapêutica e diminuir a incidência de efeitos adversos. A escolha dos fármacos (AINEs, paracetamol, dipirona, morfina, anestésicos locais) dependerá das condições clínicas dos doentes e da intensidade da dor.

A escolha de técnicas de alívio da dor depende do local da cirurgia, da disponibilidade de drogas e da familiaridade com diferentes métodos de analgesia. Normalmente, é o médico anestesista que elabora um plano tendo em conta o tipo de cirurgia, a dor pós-operatória esperada, a existência de doença respiratória ou cardíaca e alergias, a relação riscos/benefícios das técnicas disponíveis e as preferências e/ou experiências anteriores do doente em relação à dor (Braz e Castiglia, 2000, *cit in* Junior, Carvalho e Bierhals, 2008).

De acordo com Way e Domerty (2004), o controlo da dor pode ser feito utilizando i) opioides parenterais, administrados por via intramuscular e que podem atuar diretamente sobre os recetores de opioides ou através da estimulação do sistema descendente do tronco cerebral (a morfina é o opioide mais utilizado no tratamento da dor pós-operatória; se o tratamento for temporário, não provoca dependência mas, apresenta alguns efeitos colaterais como depressão respiratória (que é uma situação rara já que a dor é um estimulante da respiração), náuseas, vômitos e turvação da consciência); ii) analgésicos parenterais não opioides como o Ketorolac trometamina que é um anti-inflamatório não esteroide (DAINE) e é um analgésico forte (a sua vantagem em relação à morfina é o facto de não provocar depressão respiratória mas, pode provocar ulcerações gastrointestinais, alterações na coagulação e diminuição da função renal); iii) outras drogas como adjuvantes a um opioide, para reduzir a dor pós-operatória, como por exemplo a Hidroxizina que tem propriedades antieméticas e um efeito calmante; iv) analgésicos orais como a aspirina que, pelo facto de interferir nos efeitos dos anticoagulantes e ao nível das plaquetas, prolonga o sangramento, devendo, por isso, ser evitadas no pós-operatório; v) analgesia controlada pelo doente (PCA); vi) analgesia epidural contínua, sendo os opioides administrados diretamente no espaço

epidural (a morfina tópica interage com os recetores dos opioides, afetando as vias nociceptivas, produzindo uma analgesia segmentar; é uma analgesia cujos efeitos são mais duradouros e mais intensos, sendo reduzidos os efeitos colaterais ao nível da depressão respiratória, distúrbios motores ou sensoriais); e vii) bloqueio intercostal, que é usado após as cirurgias torácicas e abdominais, provocando uma diminuição dos espasmos musculares decorrentes da dor cutânea, diminui a dor e contribui para a normalização da função respiratória.

Para Pimenta *et al.* (2001), além dos fármacos acima referidos, o controlo da dor no pós-operatório pode também ser feito com recurso a intervenções não farmacológicas como: intervenções cognitivas-comportamentais (técnicas educativas de relaxamento, distração e imaginação dirigida); uso de agentes físicos (posicionamentos, massagens, aplicação de calor ou frio e electroanalgesia através da Estimulação Elétrica Transcutânea - TENS) e controlo do ambiente físico (luminosidade, ruído).

vi. Assistência de enfermagem ao doente com dor pós-operatória e o Papel do Enfermeiro

O enfermeiro é a pessoa que está mais próxima e mais contacta com o doente, tendo assim um papel primordial no controlo da dor. É a ele que cabe a “tarefa” de avaliar a dor, promover o seu controlo e ensino bem como fazer o registo de todas as intervenções efetuadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008), dos resultados do tratamento e comunicar as informações sobre a dor do doente (Rigoti e Ferreira, 2005).

É à equipa de enfermagem que compete realizar os cuidados aos doentes no pós-operatório. Por isso, os conhecimentos acerca dos procedimentos e dos cuidados a ter com o doente bem como a sua avaliação, são essenciais para a prestação de cuidados de forma eficiente (Smeltzer e Bare, 2002). O papel do enfermeiro, como membro da equipa multiprofissional, é indispensável para assegurar a qualidade da assistência,

nomeadamente no controlo da dor pós-operatória (Andrade, Barbosa e Barichello, 2010),

É frequente, os doentes no pós-operatório queixarem-se da dor e, tanto os doentes como a equipa de enfermagem, consideram que ela é a principal causa do stresse no pós-operatório (Smeltzer e Bare, 2002).

“O estado da dor do doente tem de ser analisado no seu contexto global como pessoa” (Élhant *et al.*, 1983, p. 528). Por isso, estes autores indicam os procedimentos que o enfermeiro deve utilizar para controlar a dor que são: o ensino, as técnicas de relaxamento, estabelecimento de uma relação de confiança, terapia coletiva, técnicas de modificação do comportamento, controlo de estímulos e utilização de medicamentos.

Também Santos, Garbin e Carvalho (2009), pretenderam saber qual o conhecimento da equipa de enfermagem acerca das principais complicações do pós-operatório, do desconforto por elas provocado e do atendimento da equipa, durante a permanência do doente no recobro. Verificaram, no seu estudo, que os desconfortos e as complicações mais frequentes no pós-operatório imediato são a dor, as náuseas e os vómitos e a hipotermia. Em relação à dor, as intervenções da equipa de enfermagem consistiam em localizar a dor, avaliar sua intensidade, comunicar ao médico, medicar de acordo com a prescrição, proporcionar conforto e registar a intensidade da dor. Quanto às náuseas e vómitos, a atuação passa por lateralizar a cabeça e manter o doente aquecido para evitar a hipotermia.

Além destas ações de enfermagem, Élhant *et al.*, (1983) referem ainda a importância de criação de condições favoráveis à higiene física, planeamento das atividades de modo a que o doente tenha tempo para descansar, proporcionar alguma distração para que o doente desvie a sua atenção da dor, a criação de um ambiente calmo, tendo em conta a ventilação, temperatura, iluminação e a limitação do número de visitas.

A redução da ansiedade pode ser feita através da comunicação do enfermeiro com o doente, quer de forma verbal quer pelo toque. O cumprimento da prescrição clínica e a avaliação do efeito dos medicamentos contribuem para evitar que a dor se transforme numa experiência frustrante.

Em caso algum o sofrimento do doente deverá ser agravado só porque “o enfermeiro tem a opinião pessoal de que a queixa não é fundamentada (...) ou por qualquer outra espécie possível de conflito moral ou não (...)” (Élhant *et al.*, 1983, p. 532).

A importância da dor para o organismo reside apenas no facto de constituir um sinal de alerta, sendo responsável pelo sofrimento do doente e pela diminuição da sua qualidade de vida. Tendo em conta estes fatores negativos, é importante que a dor seja abordada de forma multidisciplinar. Para que a sua avaliação e controlo seja eficaz, é necessário uma ação organizada e planeada pelos profissionais de saúde com a participação do doente e do seu cuidador informal.

Como já foi abordado, a dor é um conceito com carácter subjetivo e, por isso, o enfermeiro durante o cuidado prestado ao doente e no contacto com a família deve ter sempre presente que as perceções sobre a saúde ou doença são influenciadas pelas crenças e valores do indivíduo, pelos fatores culturais e pelas experiências anteriores, que influenciam as reações apresentadas em relação aos cuidados de saúde (Potter e Perry, 2006). O profissional de saúde, durante a prestação de cuidados, não deve deixar que os seus valores e comportamentos sejam projetados no doente nem fazer juízos de valor em função das queixas nem subvalorizar a dor (Metzger, Schwetta e Walter, 2002).

A informação que é fornecida pelo doente, aquando do internamento, permite ao enfermeiro saber quais as expectativas, conhecimentos e preocupações desse doente em relação à dor. Assim, será possível esclarecê-lo quanto aos vários métodos existentes para o alívio da dor, explicar-lhe que ele deverá verbalizar o seu desconforto e que será feita uma avaliação da dor pelo menos uma vez por turno. É importante também que ele tenha consciência de que é o melhor avaliador da sua dor e a sua informação é

indispensável para que seja feito um controlo eficaz. A sensibilidade e empatia demonstradas pelo enfermeiro são aspetos importantes na abordagem sistemática ao doente com dor (Watt-Watson, 2003).

Tendo em conta os fatores negativos provocados pela dor, em 14 de Junho de 2003, a Direção Geral de Saúde fez publicar a Circular Normativa N.º 9/DGCG que estabeleceu a Dor como 5º Sinal Vital (Anexo VII). Foi então determinado que é obrigatório fazer a avaliação da dor de forma sistemática bem como o registo da sua intensidade mediante a utilização de escalas de avaliação (a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa ou Escala de Faces).

A aplicação destas escalas deve obedecer a certas regras como: i) serem aplicadas a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a três anos; ii) no mesmo doente deverá ser sempre utilizada a mesma escala; iii) pode ser utilizada qualquer uma das escalas propostas para avaliação da intensidade da dor; iv) acreditar na intensidade da dor referida pelo doente; v) efetuar o registo da intensidade da dor no momento da sua colheita; vi) ensinar previamente o doente a utilizar a escala, assegurando-se que ele compreendeu, corretamente, o significado e sua utilização; e vii) a forma mais adequada de avaliar a dor é questionar o doente, ouvir as suas queixas e avaliar a sua resposta de acordo com as medidas instituídas.

Relativamente aos instrumentos de avaliação da dor, estes devem ser escolhidos tendo em conta a idade do doente, a sua situação clínica, o tipo de dor, as propriedades psicométricas, a experiência de utilização, entre outros. O enfermeiro deve assegurar-se de que o doente, o cuidador principal ou a família compreenderam a escala e, se o doente não consegue comunicar verbalmente ou possui incapacidade cognitiva, a avaliação da dor deve basear-se em indicadores fisiológicos e comportamentais (escalas de heteroavaliação). No mesmo doente, deve-se utilizar sempre a mesma escala em todas as avaliações, exceto em situações clínicas que o justifiquem. Os resultados da avaliação da dor devem ser comunicados à equipa multidisciplinar mesmo que o doente seja transferido para outras áreas de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Watt-Watson (2003) refere alguns sinais a que os profissionais de saúde devem estar atentos para avaliar a dor como sinais fisiológicos (sinais vitais, cor e grau de humidade da pele), sinais comportamentais (expressão facial, comportamento motor, reação afetiva e verbal), e também a fatores subjetivos como a localização, intensidade, qualidade, início, duração, frequência, causa e fatores de agravamento/alívio.

Para o controlo da dor e, tendo em conta as experiências do doente, deve-se intervir antes que a dor se torne intensa. Para isso, é necessário respeitar as crenças do doente e utilizar medidas que ele acredita serem eficazes, certificar-se de que o doente tem capacidade/vontade em participar em medidas de alívio da dor e selecioná-las de acordo com a intensidade da dor e o comportamento do doente. Se os resultados não forem os esperados, não se deve desistir, pelo contrário, deve-se acreditar que as medidas não farmacológicas também contribuem para o alívio da dor e evitar que elas possam provocar mais ansiedade, reavaliar a situação sempre que necessário e explicar ao doente qual a causa da dor, quando devem ser administrados os analgésicos e quais as intervenções não farmacológicas mais adequadas (McCaffery, 1979) *cit. in* Potter e Perry, 2006).

A eficácia do tratamento da dor não é igual para todos pois a sua perceção varia de indivíduo para indivíduo. Assim, o enfermeiro deve ter conhecimentos que lhe permitam recorrer a várias estratégias no sentido de a controlar (Elkin, Perry e Potter, 2005). Deve ter em atenção a medicação que o doente já tomava habitualmente, administrar e monitorizar a terapêutica prescrita pelo médico e complementá-las com medidas de alívio da dor não farmacológicas de modo que a sua intervenção seja a menos invasiva possível e rápida (Potter e Perry, 2006).

O enfermeiro, como elemento da equipa multidisciplinar, deve atuar como agente de ensino junto da pessoa com dor e seus cuidadores informais, incentivando-os a colaborarem, de forma esclarecida e adequada, no seu controlo. Deste ensino deve fazer parte a preparação para classificar a dor, informar quando voltar a surgir, diversificar a utilização de medidas não farmacológicas para o seu controlo, tentar novas abordagens e administrar analgésicos com a maior eficácia possível (Watt-Watson, 2003).

Tanto o doente como cuidador devem também ser envolvidos em todo este processo e o enfermeiro deve, em articulação com a equipa multidisciplinar, planear intervenções individualizadas de acordo com o conhecimento que tem do doente.

vii. Intervenções autónomas de enfermagem no controlo da dor

A perceção da dor não resulta apenas da do local e extensão da cirurgia mas também de outros fatores como a idade, sexo, cultura, influências do ambiente, fatores psicológicos (ansiedade, depressão, medo) e ambientais. Estes fatores podem explicar a variação da intensidade da dor de um individuo para o outro mesmo quando sujeitos a cirurgias semelhantes (Pimenta *et al.*, 1995, *cit. in* Vila e Mussi, 2001).

Segundo Jimnez (1996), *cit in* Vila e Mussi (2001), há grupos étnicos que associam a dor a uma punição divina e algumas religiões consideram que a dor / sofrimento é sinonimo de crescimento espiritual. Deste modo, verifica-se que os níveis de tolerância à dor variam de acordo com as culturas. A religião teve, desde sempre um papel importante no ser humano pois a fé contribui para que, perante as adversidades e a dor, possa vislumbrar alguma esperança e assim suportar melhor o sofrimento.

Verifica-se que, frequentemente, os doentes nos hospitais se fazem acompanhar por algum objeto religioso o que constitui uma motivação para poderem enfrentar o sofrimento e a vida/morte. A fé é responsável pela força interior que influencia o modo como os doentes enfrentam os problemas emocionais e físicos.

Por isso, na prestação de cuidados ao doente, o profissional de saúde deve ter em conta não só o aspeto físico mas também os aspetos emocional, social/cultural e espiritual.

O objetivo do controlo da dor pós-operatória é bloquear a transmissão, perceção e apreciação dos estímulos nociceptivos, podendo ser utilizada uma abordagem

multimodal com recurso a técnicas farmacológicas e não farmacológicas (Chaves e Pimenta, 2003). Estas técnicas além de não sobrecarregarem o organismo com químicos são menos dispendiosas e de fácil aplicação. Podem ser também ensinadas aos doentes e aos seus cuidadores para uso domiciliário uma vez que o risco de complicações é mínimo (Pimenta *et al.*, 2001).

Os enfermeiros têm aumentado a utilização das terapias complementares para o alívio da dor, associadas às medidas farmacológicas o que contribui para uma maior eficiência no controle dos quadros algicos (Eler e Jaques, 2006).

Algumas medidas não farmacológicas recomendadas no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) são: a reeducação do doente, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento e bio feedback, estimulação elétrica transcutânea, exercício ativo e passivo, entre outras.

No entanto, as técnicas não farmacológicas nem sempre podem substituir os analgésicos; mas podem ser adjuvantes que contribuem para a redução da dosagem da medicação e para a diminuição da dor enquanto a medicação não produz efeito (Watt-Watson, 2003).

A Ordem dos Enfermeiros (2008) recomenda que a utilização de técnicas não farmacológicas não substitua a terapêutica farmacológica mas seja um complemento, tendo em conta as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. Agrupa as intervenções não farmacológicas em físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional.

A associação da técnica de analgesia, das técnicas cognitivas-comportamentais (que promovem o relaxamento muscular) e da musicoterapia podem modificar a interpretação da dor. De entre estas técnicas, podem ser utilizadas técnicas de distração, educação e imaginação dirigida que interferem na apreciação do estímulo doloroso. As terapias físicas não invasivas, como por exemplo, massagem e aplicação de frio ou calor

superficial e a electroanalgesia (estimulação elétrica transcutânea) e acupuntura, provocam ativação do sistema sensitivo discriminativo estimulando assim o sistema supressor de dor. Estes recursos são de baixo custo e devem também ser utilizados pelo enfermeiro no controle da dor (Pimenta *et al* 2001 *cit. in* Chaves 2004).

No estudo realizado por Vila e Mussi (2001) no Centro de Terapia Intensiva num Hospital Geral em São Paulo, com o objetivo de identificar como é que os enfermeiros aliviam a dor de doente no pós-operatório, verificaram que, além da prescrição dos analgésicos realizada pelo médico, também se procurava aliviar a dor através de condutas de interação com o doente e intervenção sobre o ambiente, como por exemplo, promovendo o conforto, tocando e conversando com o doente, minimizando o barulho, não negando a dor mas valorizando-a, ouvindo o doente e dando-lhe toda a atenção, explicando o motivo da dor, desviando a atenção, mudando a posição do doente, oferecendo apoio psicológico (por vezes a verbalização da dor pode ser o resultado de um estado de ansiedade e pode também estar relacionada com o significado que o doente lhe atribui) e fornecendo as orientações necessárias sobre as medidas a tomar para o alívio da dor.

As técnicas de distração e focalização da atenção em outros estímulos poderão ser úteis aquando a realização de uma técnica curativa (penso) ou quando se espera que o analgésico faça o devido efeito positivo.

II - Fase metodológica

Após a realização da revisão bibliográfica sobre os temas considerados mais pertinentes para a compreensão da temática que se pretendeu estudar, a realização de uma investigação possibilita, espera-se, o aumento desses conhecimentos.

Sendo a dor a queixa mais comum, principalmente entre os idosos, que é ouvida pelos profissionais de saúde, a sua análise e diagnóstico são importantes para que possam ser delineadas as estratégias terapêuticas com o objetivo de a controlar ou eliminar.

A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.19) refere que:

A aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente.

A fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação (Fortin,1999).

1. Tipo de estudo

Tendo por base os objetivos definidos, optou-se por desenvolver uma metodologia quantitativa (de acordo com Fortin (1999), consiste num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis).

O estudo foi do tipo descritivo correlacional e longitudinal, pois pretendia-se obter informações sobre as características de uma população e encontrar relações entre

variáveis, tendo-se feito a colheita de dados em quatro diferentes momentos (Fortin, 1999).

O estudo foi realizado em meio natural (Fortin, 1999), concretamente, no serviço de cirurgia geral de um centro hospitalar inserido no âmbito da Administração Regional de Saúde do Norte, nas enfermarias onde os doentes submetidos às cirurgias abdominais estavam internados.

2. População, amostra e processo de amostragem

A população alvo é, segundo Fortin (1999), constituída pelos elementos que correspondem aos critérios de seleção definidos.

Tendo sido esta investigação realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Geriatria e Gerontologia, ou seja, no âmbito da aquisição de competências para a prestação de cuidados à pessoa idosa, um dos critérios de inclusão neste estudo foi ter idade igual ou superior a 65 anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde. Constituiu também critério de inclusão serem doentes submetidos a cirurgia abdominal, com capacidade cognitiva para responder ao questionário.

A escolha deste tipo de cirurgia para a realização do nosso estudo prendeu-se com o facto de as cirurgias abdominais serem consideradas muito dolorosas e um tratamento inadequado poder ser responsável pelo aparecimento de complicações a nível respiratório e abdominal, entre outras.

O processo de amostragem escolhido foi do tipo não probabilístico accidental, estando dependente do número de doentes idosos que recorreram ao hospital entre de 14 de fevereiro a 30 de março de 2012, para serem submetidos a uma cirurgia abdominal e

satisfaziam os critérios de inclusão: irem submeter-se a cirurgia abdominal, terem idade igual ou superior a 65 anos, com condições cognitivas para responder às questões e identificar numericamente a intensidade da dor e aceitarem participar, de forma voluntária, no estudo.

A amostra ficou, assim, constituída por 30 doentes.

3. Variáveis em estudo

As variáveis são as “(...) qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 1999, p. 36), podendo tomar valores diferentes para exprimir graus, quantidades e diferenças. São identificadas aquando da definição do problema, devendo ser operacionalizáveis de forma a concretizar o seu significado no estudo.

A descrição operacional das variáveis deve justificar a adequação dos instrumentos utilizados.

Para Marconi e Lakatos (2005) a variável é uma classificação ou medida, um conceito operacional que contém ou apresenta valores ou um fator que seja discernível num objeto de estudo e passível de ser medido.

Neste estudo, trabalharam-se as variáveis que a seguir são descritas.

De acordo com Fortin (1999, p. 37) a variável de atributo é, “... a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente”. É fator determinante, condição ou causa para determinados resultados, efeito ou consequência.

Neste estudo, foram consideradas variáveis de atributo a idade (categorizada em três intervalos: 65-69, 70-74 e 75-79), o sexo (masculino e feminino), e o tipo de cirurgia.

As referidas variáveis foram também estudadas enquanto variáveis independentes, uma vez que se procurou saber se as mesmas influenciavam, determinavam ou afetavam outras variáveis.

A variável dependente é aquela variável que interessa ao investigador compreender, explicar ou prever e é influenciada pela variável independente (Marconi e Lakatos, 2005). Neste estudo, as variáveis dependentes e respetivas definições operacionais foram: i) a intensidade da dor, operacionalizada pela Escala Numérica, ii) o índice da dor, operacionalizado por meio do Questionário para Dor de McGill e iii) os descritores da dor, operacionalizados por meio do Questionário para Dor de McGill.

4. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário. Como em todas as investigações com recurso ao questionário, houve necessidade de construir um instrumento de recolha de informação devidamente estruturado tendo em conta os objetivos do nosso estudo.

O questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa (Fortin, 2003, p. 249).

Para este estudo foi utilizado o Questionário da Dor de McGill adaptado para a Língua Portuguesa por Pimenta e Teixeira. O questionário foi dividido em três partes:

A primeira parte continha uma caracterização sociodemográfica referente à identificação pessoal (idade, sexo, religião e tipo de cirurgia), e à localização espacial da dor (a que os questionados respondiam por sinalização num diagrama de localização).

A segunda parte era composta pela Escala Numérica de Dor, que consiste em intervalos de numeração: de 1 a 3 corresponde à dor leve, de 4 a 6, à moderada e de 7 a 10 indica dor severa.

A terceira parte era constituída pelo Questionário para Dor de McGill que, como já referido anteriormente, contém 78 descritores distribuídos em quatro grandes grupos e 20 subgrupos. O primeiro grupo é considerado o sensorial, composto por 10 subgrupos e 42 palavras. O grupo afetivo é composto por cinco subgrupos e 14 palavras. O grupo avaliativo é composto de um subgrupo e cinco palavras; e, finalmente, o grupo misto, com quatro subgrupos e 17 palavras.

Através do Questionário de McGill pode-se obter o número de descritores escolhidos e o índice da dor. O número de descritores corresponde às palavras que os doentes escolheram em cada subgrupo (NWC), para expressar a sua dor, sendo o maior valor 20, pois o doente só pode escolher uma palavra de cada subcategoria ou nenhuma. O índice de dor, PRI, é o somatório dos scores dos descritores escolhidos e permite avaliar a intensidade da dor. Quanto mais elevado for esse valor, maior será o nível de dor e, o valor máximo possível é 78. Essas medidas podem ser obtidas no total e para cada subgrupo: sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea. Deste modo, este instrumento de avaliação da dor não tem um score final único mas, os dados obtidos podem ser tratados estatisticamente de forma quantitativa, sendo possível fazer inferências, numa perspetiva qualitativa, através da análise das palavras escolhidas para descrever a dor (Pimenta e Teixeira, 1996; Pereira e Sousa, 1998; Pimenta *et al.* 1995; Melzack, 2005).

Para que pudéssemos proceder à aplicação do questionário, foi necessário pedir autorização à Comissão de Ética do hospital. Para isso foi elaborado um pedido de autorização para a aplicação do questionário, dirigido ao Presidente do Conselho de

Administração do hospital (Anexo I). Após a autorização para a realização do estudo (Anexo III), deu-se início à aplicação do questionário.

O questionário foi aplicado segundo as seguintes regras:

Após chegada do doente do recobro (0 minutos) era implementado o questionário. Eram lidas as questões ao doente e a sua resposta, registada. Em relação à localização da dor, o doente assinalava, na figura, o local onde a dor era sentida. De seguida, era avaliada a intensidade da dor através da Escala Numérica da Dor (o doente escolhia um número de 0 a 10 que mais se adequasse à sua dor) e, por fim, era aplicado o questionário de McGill sendo lidas as questões com registo das respostas após haver a confirmação de que o doente as tinha compreendido.

Aos 60, 120 e 180 minutos do pós-operatório, foi novamente aplicada a 2ª parte do questionário, isto é, a Escala Numérica da dor, através da qual o doente referia a intensidade da dor através de um número (0 a 10), após utilização de técnicas não farmacológicas em todos os momentos (gestão da luz, ruído e posicionamentos) e, quando necessário, após a utilização de técnicas farmacológicas.

Neste estudo, não foi necessário realizar pré-teste, isto é, testar o instrumento de colheita de dados antes da sua utilização em maior escala, (Fortin, 1999), pois o mesmo era composto por escalas já validadas.

5. Tratamento e apresentação de dados

Em qualquer trabalho de investigação a fase do tratamento da informação é muito importante, pois dela começa a emergir o pilar de sustentação das conclusões obtidas (Quivy & Campenhoudt, 1998; Fortin 1999).

Os dados foram tratados e analisados estatisticamente, mediante recurso ao Programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20.0 para o Windows-XP, sendo os dados apresentados com recurso a tabelas, quadros, gráficos e à análise descritiva das observações obtidas, de modo se obter uma visão organizada e inteligível dos dados. No tratamento e análise quantitativa, utilizou-se estatística descritiva e correlacional, com recurso à determinação de frequências absolutas e relativas, de medidas de tendência central (média, moda e mediana), de medidas de dispersão (desvio padrão e variância). Foram realizados ainda os testes não paramétricos de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis (o primeiro no caso de variáveis com apenas dois itens de resposta e o segundo nas variáveis com três ou mais itens de resposta), testes esses que permitir encontrar a existência ou não-existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis dependentes em função das variáveis independentes. Para um descritor ser característico de uma população, ele deve ser escolhido com uma frequência de pelo menos 33% (Gagliesi e Melzack 2003).

O tratamento estatístico dos dados teve como objetivos básicos identificar possíveis correlações entre as variáveis dependentes “intensidade da dor” e “índice de dor” e as variáveis independentes idade, sexo, religião e tipo de cirurgia.

A apresentação dos resultados em tabelas permite fazer comparações e estabelecer relações entre os dados. Os gráficos fornecem uma imagem global, permitindo uma perceção mais rápida do conjunto dos resultados encontrados (Fortin, 1999). Por opção estratégica, e sendo que alguns dos quadros apresentam muita informação e dificilmente ficariam perceptíveis se ocupassem mais do que uma página, esses mesmos quadros foram elaborados com tamanho de letra diferente dos restantes.

De acordo com a mesma autora, é durante o tratamento da informação que os investigadores verificam se os dados recolhidos satisfazem as questões de investigação e os objetivos previamente definidos.

6. Princípios éticos

Os princípios éticos que, segundo Fortin (1999), são um conjunto de regras que regem o carácter moral do processo de investigação, devem ser sempre respeitados em qualquer investigação que envolva seres humanos.

Na perspetiva de Fortin (2003, p.114), a ética é:

A ciência da moral e arte de dirigir a conduta (...), é o conjunto de permissões e de interdições de um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.

Nesta investigação foram preservados os 5 princípios éticos que foram determinados pelo Código de Ética, a saber:

O direito à autodeterminação, que se baseia no respeito pelas pessoas, isto é, cada pessoa é capaz de decidir por ela própria se pretende ou não participar no estudo. Assim, os doentes foram convidados a participar neste estudo e puderam decidir livremente se aceitavam ou não participar nele;

O direito à intimidade, pois qualquer estudo realizado com seres humanos, interfere na vida pessoal do indivíduo. Este deve decidir qual o tipo e quantidade de informação que quer dar e até que ponto aceita partilhar informações pessoais. Tendo em conta esta premissa, os doentes convidados a participar no estudo foram informados sobre a natureza, a finalidade e duração da investigação de modo a poderem decidir sobre a sua participação e poderem escolher de livre vontade;

O direito à confidencialidade: os dados pessoais dos inquiridos não devem ser referenciados, a não ser que estes autorizem a sua divulgação. Por isso, foi pedido aos doentes que não se identificassem com o seu nome ou outro elemento, em nenhuma parte do questionário, sendo garantida a confidencialidade dos dados;

O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo: durante a realização de um estudo, os participantes devem ser protegidos contra qualquer desconforto em termos psicológicos, fisiológicos, legais ou económicos. Não foi previsto qualquer risco, uma vez que a interação entre o investigador e os doentes foi apenas para a colaboração no estudo.

O direito a um tratamento justo e equitativo refere que os indivíduos que participam numa investigação devem ser informados sobre a natureza do estudo, a sua finalidade, duração e métodos utilizados para que possam aceitar ou recusar a sua participação. O tratamento deve também ser equitativo, isto é, a escolha dos sujeitos que participam na investigação deve ser feita tendo em conta a sua relação com o tema e não na conveniência ou disponibilidade dos inquiridos. Neste estudo, o processo de amostragem foi não probabilístico e acidental e estes foram informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação (Fortin, 1999).

Para que fosse possível aplicar o questionário para a colheita de dados, foi solicitada previamente autorização ao Conselho de Administração do Hospital (Anexo I), com parecer da Comissão de ética favorável em 18/01/2012. (Anexo III). Após autorização, foi feita a recolha de dados no Hospital, que decorreu no período de 14 de fevereiro a 30 de março de 2012, com doentes submetidos a cirurgia abdominal e internados nas enfermarias das alas de cirurgia geral (Ala A, Mulheres e Ala B, Homens).

III – Fase Empírica

Neste capítulo aborda-se os dados referentes aos resultados, bem como a discussão dos mesmos.

Inicia-se com a apresentação dos dados de caracterização sociodemográfica dos doentes submetidos a cirurgias abdominais. De seguida, é apresentada a análise das informações relativas à dor medida com recurso à Escala Numérica e Questionário para Dor de McGill. Por último, estabelece-se a relação entre o processo algico e a idade, o sexo, a religião e tipo de cirurgia, e faz-se referência à efetividade das intervenções autónomas do enfermeiro, ou seja, das técnicas não farmacológicas.

1. Apresentação dos resultados

Caracterização sociodemográfica

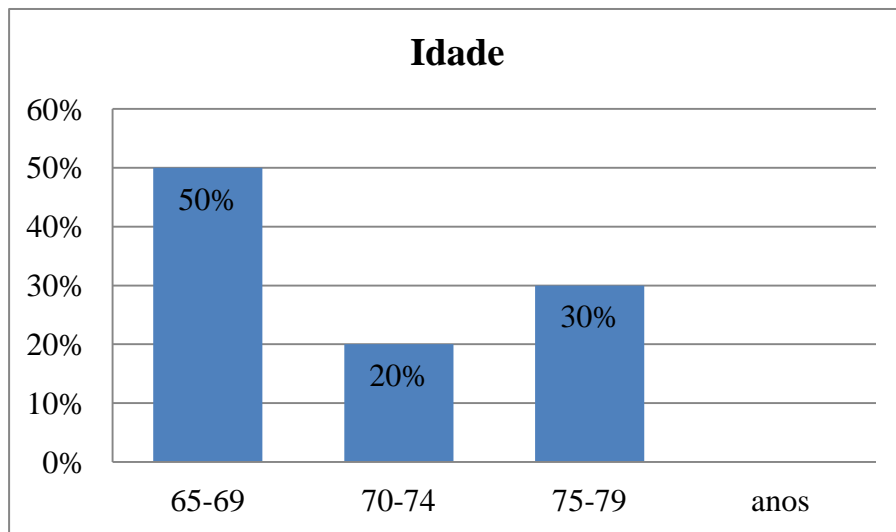
A amostra populacional estudada foi constituída por 30 doentes. A tabela nº 1 apresenta a caracterização desses doentes no que se refere à idade.

Tabela nº 1 - Análise descritiva da amostra segundo a idade

	Moda	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	67 e 72	71,2	3,5355	70,5	65	79

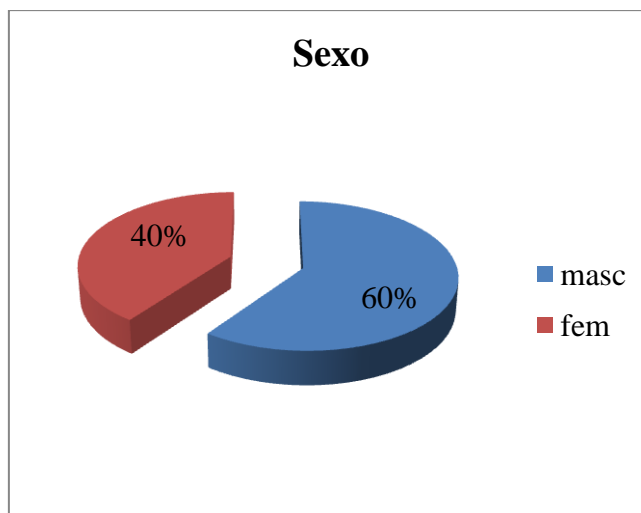
Pode-se verificar através da tabela nº 1 que a idade dos doentes inquiridos se situa entre os 65 e os 79 anos, sendo a média de idades de 71,2 anos. Trata-se de uma amostra bimodal (67 e 72 anos), com o desvio padrão de 3,5355. Não há, por isso, uma grande dispersão dos valores em torno da média.

Gráfico nº 1- Distribuição dos doentes segundo a idade



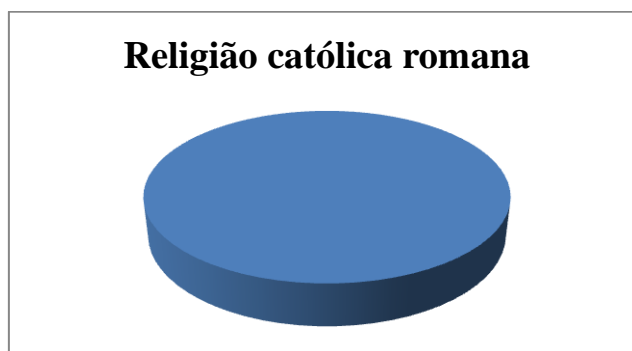
Verifica-se através do gráfico nº 1 que 15 (50%) dos doentes possuem idades entre 65 e 69 anos; 6 (20%) entre 70 e 74 anos e 9 (30%) possuem idades entre 75 e 79 anos.

Gráfico nº 2- Distribuição dos doentes segundo o sexo



Relativamente ao sexo, pode-se verificar através do gráfico nº 2 que 12 (40%) dos doentes são do sexo feminino e 18 (60%) são do sexo masculino.

Gráfico nº 3- Distribuição dos doentes segundo a religião



Quanto à religião, como se pode observar no gráfico nº 3, todos os doentes (100%) professam a religião católica romana.

Avaliação da dor nos doentes submetidos a cirurgias abdominais

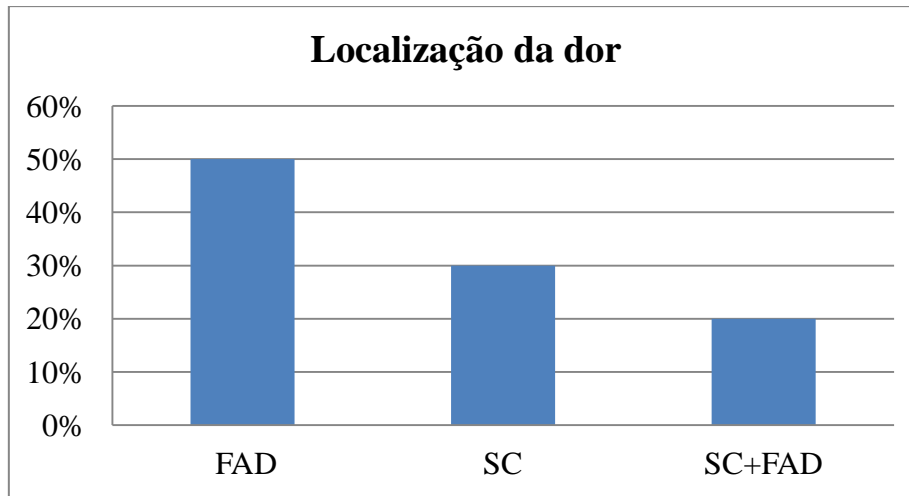
Na tabela nº 2 encontram-se os dados referentes à avaliação da dor através da Escala Numérica, aos 0 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 180 minutos. Após a cirurgia, todos os doentes referiram sentir dor.

Tabela nº 2 - Distribuição da intensidade da dor nos doentes aos 0 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 180 minutos

Intensidade da dor	0'		60'		120'		180'	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Leve	3	10,00	9	30,00	12	40,00	21	70,00
Moderada	18	60,00	15	50,00	15	50,00	9	30,00
Severa	9	30,00	6	20,00	3	10,00	0	0,00

Pela Tabela nº 2 observa-se que, ao momento zero, 18 (60%) doentes afirmaram que a dor sentida era moderada. Ao fim de 60 minutos, 15 (50%) doentes permaneceram com dor moderada, tendo aumentado o número de doentes com dor leve de 3 para 9 (30%), e diminuído o número de doentes com dor severa de 9 para 6 (20%). Aos 120 e 180 minutos, voltou a haver um aumento do número de doentes com dor leve (respetivamente, 12 - 40% e 21 - 70%), tendo no primeiro caso passado de 9 para 12 e no segundo de 12 para 21. Ainda neste intervalo de tempo, verificou-se a diminuição do número de doentes com dor severa, que aos 120 minutos passou de 6 para 3 (10%) e aos 180 minutos passou de 3 para 0.

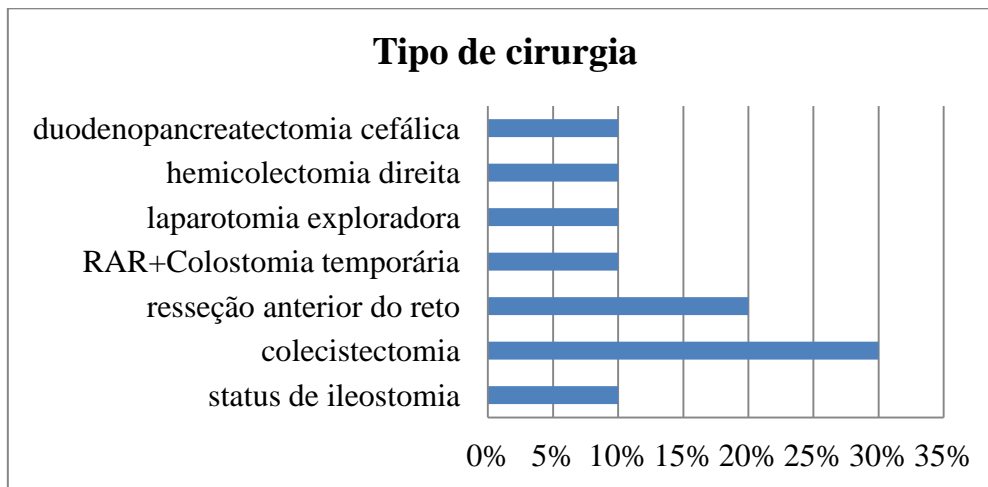
Gráfico nº 4 - Distribuição dos doentes segundo a localização da dor



Quanto à variável localização da dor, observa-se, através do gráfico nº 4, que 15 (50%) doentes referiram sentir dor no flanco abdominal direito, 9 (30%) próximo da sutura cirúrgica e 6 (20%) referiram que a dor se localizava na sutura cirúrgica e no flanco abdominal direito.

O gráfico nº 5 refere-se ao tipo de cirurgia abdominal a que foram submetidos os doentes.

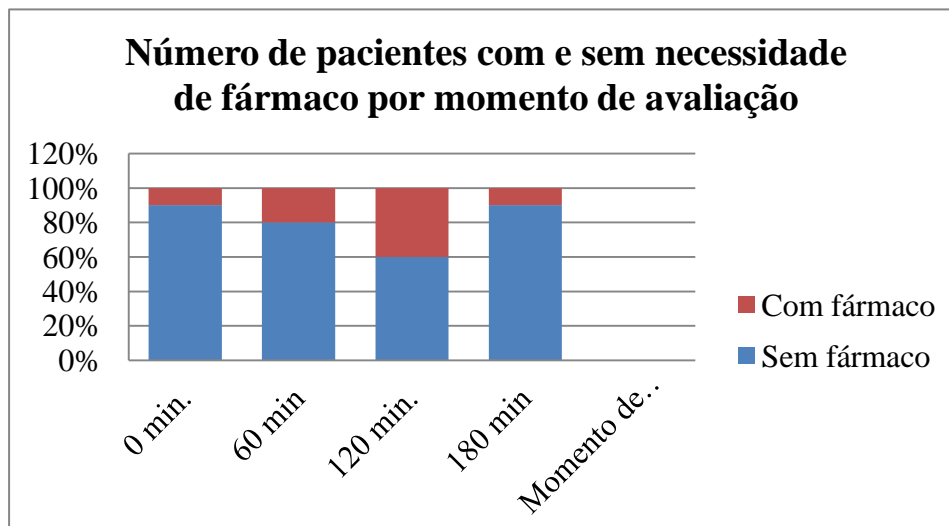
Gráfico nº 5 - Distribuição dos doentes segundo o tipo de cirurgia



Pode-se verificar através do gráfico nº 5 que 9 (30%) doentes realizaram uma colecistectomia, 6 (20%) foram submetidos a uma resseção anterior do reto (RAR) e 3 (10%) foram submetidos a cada uma das seguintes cirurgias: status de ileostomia, resseção anterior do reto e colostomia temporária, laparotomia exploratória, hemicolecotomia à direita e duodenopancreactomia cefálica.

O gráfico nº 6 é relativo ao número de doentes com e sem necessidade de fármaco por momento de avaliação.

Gráfico nº 6 – Número de dados com e sem necessidade de fármaco por momento de avaliação



Verifica-se que aos 0 minutos apenas 3 (10%) dos doentes tinha perfusão contínua de Ropivacaína e Morfina por cateter epidural e 27 (90%) dos doentes não necessitaram que lhes fosse administrado um medicamento antiálgico. Aos 60 minutos, 6 (20%) doentes encontravam-se sob o efeito de fármacos e 24 (80%) não necessitaram que lhes fosse administrado fármaco. Aos 120 minutos, 12 (40%) doentes encontravam-se sob o efeito de fármaco e 18 (60%) não necessitaram de fármaco. Aos 180 minutos, apenas o doente que já tinha saído da cirurgia com fármaco (10%) continuava com perfusão contínua e 27 (90%) doentes não necessitaram de fármaco.

Tabela nº 3 - Distribuição da média dos números de descritores escolhidos no Questionário de Dor de McGill

Descritores	Pontuação total	Média
Sensorial	240	24
Afetivo	66	6,6
Avaliativo	30	3
Miscelânea	81	8,1

Na tabela nº 3 observa-se que a média dos descritores escolhidos referente ao grupo “sensorial” é 24; no grupo “afetivo”, a média do número de descritores é 6,6; e no grupo “avaliativo”, a média do número de descritores é 3.

Tabela nº 4 - Distribuição da média do índice de dor medido com o Questionário de Dor de McGill

Índice de dor	Pontuação total	Média
Sensorial	447	44,7
Afetivo	78	7,8
Avaliativo	69	6,9
Miscelânea	141	14,1

Observa-se na tabela nº 4 que a média do índice de “dor sensorial” é 44,7, a média do índice de “dor afetivo” é 7,8 e do índice de “dor avaliativo” é 6,9.

Para seleccionar os descritores mais escolhidos utilizou-se o critério adotado por Melzack (1983) , isto é, são consideradas as palavras que foram escolhidas por pelo menos 1/3 da amostra (>33,3%).

Tabela nº 5 – Frequência (superior a 33%) dos descritores referidos pela amostra nos grupos sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea do Questionário da Dor de McGill

Sensorial		Afetivo		Avaliativo		Miscelânea	
Fisgada	90%	Cansativa	60%	Que incomoda	50%	Aborrecida	80%
Agulhada	70%	Castigante	40%			Espalha	40%
Fina	70%	Enjoada	40%			Aperta	40%
Pontada	70%					Penetra	40%
Beliscão	60%						
Sensível	50%						
Dolorida	40%						
Mal localizada	40%						

Relativamente à percentagem de descritores, verifica-se na tabela nº 5 que os descritores sensoriais escolhidos com maior frequência foram: “fisgada” 27 (90%); “fina”, “agulhada” e “pontada”, todos com 21 (70%); “beliscão” 18 (60%); “sensível” 15 (50%); “dolorida” e “mal localizada”, ambas com 12 (40%).

Quanto aos descritores afetivos, o que foi escolhido com maior frequência foi “cansativa” com 18 (60%) seguido de “castigante” e “enjoada”, ambos com 12 (40%). No grupo dos descritores avaliativos, 15 (50%) doentes escolheram “que incomoda”. Em relação ao grupo miscelânea, o descritor mais frequente foi “aborrecida” com 24 (80%) e 12 (40%) escolheram “espalha”, “aperta” e “penetra”.

Relações entre a variável dor pós-operatória e o sexo, idade e tipo de abordagem cirúrgica

Neste ponto são apresentadas as relações entre a variável dor pós-operatória e o sexo, idade e tipo de cirurgia. Relativamente à religião não se estabeleceu qualquer relação com a intensidade da dor, pois todos os doentes referiram ser católicos.

Gráfico nº 7 - Distribuição da intensidade da dor segundo sexo (Escala Numérica)

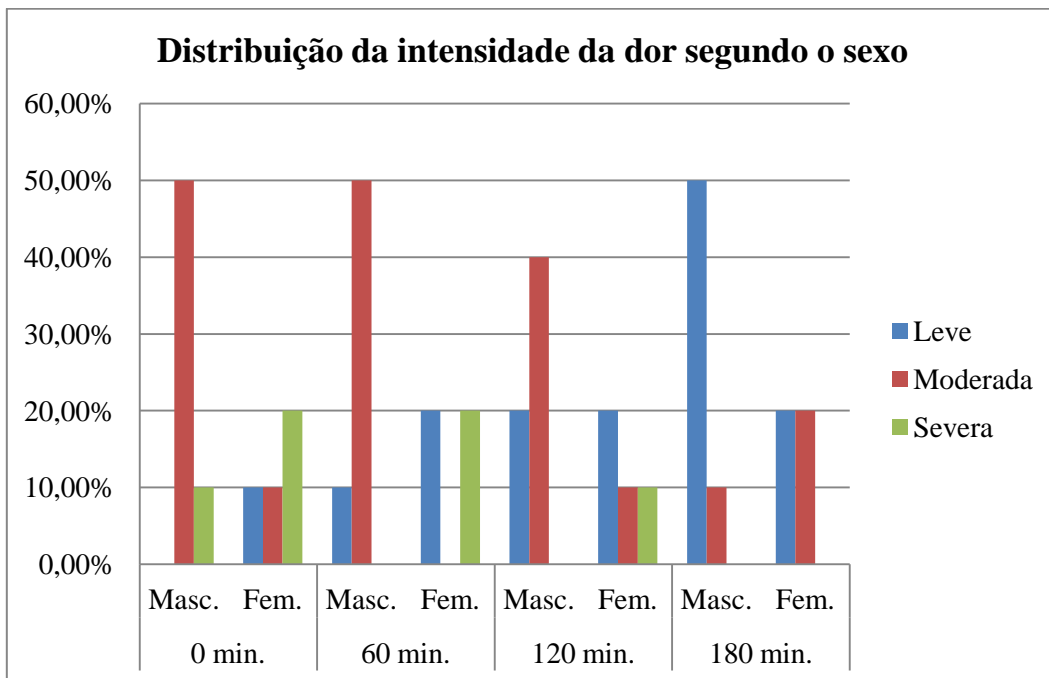


Tabela nº 6 - Distribuição da intensidade da dor segundo sexo (Escala Numérica)

Intensidade da dor	Sexo							
	0'		60'		120'		180'	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Leve	0 (0%)	3 (10%)	3 (10%)	6 (20%)	6 (20%)	6 (20%)	15 (50%)	6 (20%)
Moderada	15 (50%)	3 (10%)	15 (50%)	0 (0%)	12 (40%)	3 (10%)	3 (10%)	6 (20%)
Severa	3 (10%)	6 (20%)	0 (0%)	6 (20%)	0 (0%)	3 (10%)	0 (0%)	0 (0%)

No gráfico nº 7 e na tabela nº 6, quando se cruzam as variáveis dor e sexo, pode-se observar que, aos 0 minutos, a maior parte dos doentes referiu ter dor moderada, sendo 15 (50%) do sexo masculino e 3 (10,0%) do feminino; 9 (30%) referiram ter dor severa, sendo 3 (10%) do sexo masculino e 6 (20%) do sexo feminino e 3 (10%) doentes do sexo feminino referiu ter dor leve. Aos 60 minutos verifica-se que, no sexo masculino, apenas se mantém o número de doentes com dor moderada, tendo-se mantido também o número de doentes do sexo feminino com dor severa. Aumentou o número de doentes com dor leve, sendo 3 (10%) do sexo masculino e 6 (20%) do sexo feminino. Aos 120 minutos, verifica-se, no sexo masculino, um ligeiro aumento do número de doentes com dor leve para 6 (20%) e uma ligeira diminuição de número de doentes com dor moderada 12 (40%). O número de doentes do sexo feminino com dor leve manteve-se, tendo diminuído o número de doentes com dor severa, passando para 3 (10%), e aumentado o número de doentes com dor moderada para 3 (10%). Aos 180 minutos não há doentes com dor severa, diminuindo bastante o número de doentes com dor moderada 3 (10%) e consequentemente, aumentou o número de doentes com dor leve

para 15 (50%). Em relação ao sexo feminino, houve um ligeiro aumento no número de doentes com dor moderada, passando a ser 6 (20%), mantendo-se o número de doentes com dor leve.

Tabela nº 7 - Distribuição da intensidade da dor na primeira avaliação, quanto à abordagem cirúrgica (Escala Numérica).

Intensidade da dor	0'						
	Tipo de cirurgia						
	Status de ileostomia	Colecistectomia	RAR	RAR + Colostomia temporária	Laparotomia exploradora	Hemicolectomia direita	Duodeno-pancreaticectomia cefálica
Leve		3 (10%)					
Moderada		3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)
Severa	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)				

Relativamente à intensidade da dor, segundo o tipo de cirurgia, verifica-se pela análise da tabela nº 8 que, aos 0 minutos, 3 (10%) doentes submetidos a status de ileostomia, 3 (10%) submetidos a colecistectomia e 3 (10%) submetidos a RAR referiram sentir dor severa. 3 (10%) doentes submetidos a colecistectomia referiram sentir dor leve e os restantes apresentavam dor moderada.

Tabela nº 8 - Distribuição da intensidade da dor na segunda avaliação, quanto à abordagem cirúrgica (Escala Numérica)

Intensidade da dor	60'						
	Tipo de cirurgia						
	Status de ileostomia	Colecistectomia	RAR	RAR + Colostomia temporária	Laparotomia exploradora	Hemicolectomia direita	Duodeno-pancreatoma cefálica
Leve		3 (10%)			3 (10%)		3 (10%)
Moderada	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)		3 (10%)	
Severa		3 (10%)	3 (10%)				

Verifica-se, pela análise da tabela nº 8 que, 60 minutos após a cirurgia, alguns doentes sentiram diminuição da intensidade da dor, pois apenas 3 (10%) doentes submetidos a colecistectomia e 3 (10%) submetidos a RAR apresentavam dor severa; os doentes submetidos a status de ileostomia referiram sentir dor moderada e, 3 (10%) doentes submetidos a laparotomia exploratória e 3 (10%) doentes submetidos a duodenopancreatoma cefálica referiram sentir dor leve.

Tabela nº 9 - Distribuição da intensidade da dor na terceira avaliação, quanto à abordagem cirúrgica (Escala Numérica).

Intensidade da dor	Tipo de cirurgia						
	120'						
	Status de ileostomia	Colecistectomia	RAR	RAR + Colostomia temporária	Laparotomia exploradora	Hemicolectomia direita	Duodeno-pancreaticectomia cefálica
Leve		3 (10%)	3 (10%)		3 (10%)		3 (10%)
Moderada	3 (10%)	6 (20%)		3 (10%)		3 (10%)	
Severa			3 (10%)				

Aos 120 minutos, como se pode verificar na tabela nº 9, apenas 3 (10%) doentes submetidos a RAR apresentavam dor severa e 3 (10%) apresentavam dor moderada. 3 (10%) doentes submetidos a colecistectomia referiram que a intensidade da dor era moderada e, nos restantes doentes os resultados permaneceram iguais à avaliação anterior (aos 60 minutos).

Tabela nº 10 - Distribuição da intensidade da dor na quarta avaliação, quanto à abordagem cirúrgica (Escala Numérica).

Intensidade da dor	Tipo de cirurgia						
	180'						
	Status de ileostomia	Colecistectomia	RAR	RAR + Colostomia temporária	Laparotomia exploradora	Hemicolectomia direita	Duodeno-pancreaticectomia cefálica
Leve	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)	3 (10%)
Moderada		6 (20%)	3 (10%)				
Severa							

Aos 180 minutos continua a verificar-se diminuição da intensidade da dor, apresentando 21 (70%) doentes dor leve e 9 (30%) dor moderada (3 submetidos a RAR e 6 a colecistectomia), (tabela nº 10).

Tabela nº 11 - Distribuição dos doentes submetidos à cirurgia abdominal, segundo a intensidade da dor (Escala Numérica) e a administração de fármaco

Doente	0 min.	60 min.	120 min.	180 min.
1	8	5	5*	3
2	7	8	7*	5
3	3	2	2	1
4	7	7	7*	5
5	8	5	5*	3
6	5	4	3	3
7	5	5	5*	3
8	3	2	2	1
9	4	3	3	2
10	3	2	2	1
11	5	4	4	3
12	8	5	5*	3
13	9	8*	5	4
14**	5	3	3	2
15	7	7	7*	5
16	5	4	3	3
17	9	8*	5	4
18	5	4	3	2
19	4	3	3	2
20	5	5	5*	3
21	4	3	3	2
22	5	4	4	3
23**	5	4	3	2
24	6	5	5	4
25	6	5	5	4
26	5	4	4	2
27	9	8*	5	4
28**	4	3	3	2
29	6	5	5	4
30	5	5	5*	3

*administração de fármaco

**doente que já saiu da cirurgia com fármaco

Como se pode verificar, pela análise da tabela nº 11, a 15 (50%) doentes que referiram ter dor moderada ou leve, não lhes foi administrado qualquer fármaco, apenas lhes foram aplicadas técnicas não farmacológicas e verifica-se diminuição da dor. 9 (30%) doentes receberam fármaco aos 120 minutos tendo-se verificado, posteriormente diminuição da dor; a 3 (10%) doentes, que apresentavam dor severa foi-lhe administrado fármaco aos 60 minutos, passando a ter dor moderada e nos doentes a

quem já tinha sido administrado fármaco no final da cirurgia, também se verificou diminuição da dor que passou de moderada a leve.

Os aspetos qualitativos da dor foram analisados com base nos descritores do Questionário de McGill. O grupo 4 – Miscelânea – não se encontra representado nas tabelas que se seguem.

Tabela nº 12 - Frequência do descritor sensitivo em função do sexo

Subgrupos (MPQ)		Homens	(%)	Mulheres	(%)
Sensitiva	1 Temporal	Como pancada (3)	16,6	Como pancada (6)	50,0
		Como batida (9)	50,0		
		Vibração (3)	16,6		
	2 Espacial	Pontada (15)	83,3	Pontada (6)	50,0
		Choque (3)	16,6	Tiro (3)	25,0
	3 Pressão pontual	Agulhada (15)	83,3	Agulhada (6)	50,0
		Punhalada (3)	16,6	Perfurante (3)	25,0
	4 Pressão incisiva	Fina (15)	83,3	Fina (6)	50,0
		Cortante (3)	16,6	Cortante (6)	50,0
	5 Compressão	Beliscão (6)	33,3	Beliscão (6)	50,0
		Aperto (6)	33,3	Mordida (3)	25,0
		Cólica (6)	33,3		
	6 Tração	Fisgada (15)	83,3	Fisgada(12)	100,0
	7 Térmico	Calor (3)	16,6	Calor (3)	25,0
				Queima (3)	25,0
	8 Irritação	Formigamento (9)	50,0	Formigamento (3)	25,0
		Ardor (3)	16,6	Ardor (6)	50,0
	9 Sensibilidade	Mal localizada (9)	50,0	Mal localizada (3)	25,0
		Dolorida (6)	33,3	Dolorida (6)	50,0
		Doída (3)	16,6	Pesada (3)	25,0
10 Geral	Sensível (9)	50,0	Sensível (6)	50,0	
	Esticada (3)	16,6	Rachando (3)	25,0	

Homens e mulheres usaram as seguintes palavras no grupo sensorial: “*Agulhada*”, “*Como pancada*”, “*Pontada*”, “*Cortante*”, “*Beliscão*”, “*Fisgada*”, “*Calor*”, “*Ardor*”, “*Dolorida*”, “*Sensível*”, “*Fina*”, “*Formigamento*” e “*Mal localizada*”, que se referem à mecânica, vivacidade, térmica e as propriedades espaciais da dor em doentes que sofreram uma lesão dos tecidos durante a intervenção cirúrgica.

Tabela nº 13 - Frequência do descritor afetivo em função do sexo

Subgrupos (MPQ)		Homens	(%)	Mulheres	(%)
Afetiva	11	Cansativa (15)	83,3	Cansativa (3)	25,0
	Tensão			Exaustiva (3)	25,0
	12	Enjoada (6)	33,3	Enjoada (6)	50,0
	Aspetos neurovegetativos				
	13	Amedrontada (3)	16,6	Amedrontada (6)	50,0
	Medo				
	14	Castigante (9)	50	Castigante (3)	25,0
	Punitiva			Atormenta (3)	25,0
			Cruel (3)	25,0	
15			Miserável (6)	50,0	
Desprazer					

No grupo afetivo, que inclui os subgrupos 11,12,13, 14 e 15, homens e mulheres caracterizaram a dor pós-operatória como “*Cansativa*”, “*Enjoada*”, “*Amedrontada*” e “*Castigante*”. Os descritores mais utilizados pelos homens foram “*Cansativa*” 15 (83,3%) e “*Castigante*” 9 (50%) enquanto que nas mulheres predominaram os descritores “*Amedrontada*” 6 (50%) e “*Enjoada*” 6 (50%). Estes termos descrevem a dor relacionada com a tensão, medo e respostas neurovegetativas dos doentes submetidos a cirurgia abdominal.

Tabela nº 14 - Frequência do descritor avaliativo em função do sexo

Subgrupos (MPQ)		Homens	(%)	Mulheres	(%)
Avaliativa	16 Subjetiva	Chata (3)	16,6	Chata (1)	25,0
		Que incomoda (12)	66,6	Que incomoda (3)	25,0
		Forte (3)	16,6	Desgastante (3)	25,0
				Forte (3)	25,0

No grupo avaliativo homens e mulheres caracterizaram a dor como: “*Que incomoda*,” “*Forte*” e “*Chata*”. As mulheres também utilizaram o descritor “*Desgastante*”, tendo cada uma das doentes inquiridas utilizado um descritor diferente para caracterizar a dor. Nos homens o descritor mais utilizado foi “*Que incomoda*”, sendo referido por 12 (66,6%) doentes. As respostas referidas neste grupo permitem aos doentes expressarem uma avaliação global de sua experiência de dor.

A relação entre o índice de descritores do Questionário de McGill e o sexo, foi determinada com recurso ao teste Mann-Whitney U, cujos resultados se encontram na tabela nº 15.

Tabela nº 15 - Distribuição do índice de descritores do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo o sexo

Variáveis	Significância
Índice descritivo sensitivo / Sexo	0,007
Índice descritor afetivo / Sexo	0,002
Índice descritor avaliativo / Sexo	1,000
Índice descritivo miscelânea / Sexo	0,087
Índice descritor total / Sexo	0,007

Quando se relaciona o índice de descritores do grupo sensorial com o sexo, o valor obtido é $p=0,007$, para o grupo afetivo $p=0,002$, para o grupo avaliativo $p=1,000$ e, em relação ao número total de descritores $p=0,007$.

O mesmo teste foi utilizado para verificar se o sexo influencia a intensidade da dor (tabela nº 16).

Tabela nº 16 – Distribuição da intensidade da dor segundo o sexo

Variáveis	Significância
Intensidade 0' / Sexo	0,573
Intensidade 60' / Sexo	0,723
Intensidade 120' / Sexo	1,000
Intensidade 180' / Sexo	0,134

Verifica-se que a relação entre a intensidade da dor e o sexo no momento 0 minutos foi de $p= 0,573$; no momento 60 minutos foi de $p= 0,723$, no momento 120 minutos foi de $p= 1,000$ e aos 180 minutos foi de $p= 0,134$.

Tabela nº 17 - Distribuição do índice de dor do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo o sexo

Variáveis	Significância
Índice de dor Sensitivo / Sexo	0,000
Índice de dor Afetivo / Sexo	0,002
Índice de dor Avaliativo /Sexo	0,000
Índice de dor Miscelânea /Sexo	1,000
Índice de dor Total / Sexo	0,000

No que concerne à relação entre o índice de dor dos grupos do Questionário de McGill e o sexo, para o grupo sensorial o valor obtido é $p= 0,000$, para o grupo afetivo $p=0,002$, para o grupo avaliativo $p=0,000$ e, em relação ao índice de dor total $p= 0,000$, como se pode verificar na tabela nº 17.

Tabela nº 18 – Distribuição da localização da dor segundo o sexo

Variáveis	Significância
Localização da dor /Sexo	0,040

Ao relacionarmos a localização da dor com o sexo, o valor obtido foi $p=0,040$, como se pode observar na tabela nº 18.

A tabela nº 19 refere a frequência dos descritores sensitivos escolhidos pelos doentes em função da idade.

Tabela nº 19 - Frequência dos descritores sensitivos escolhidos em função da idade

Subgrupos (MPQ)		65-69	%	70-74	%	75-79	%
Sensitiva	1 Temporal	Como pancada (3)	20	Como pancada (3)	50	Como pancada (3)	33,3
		Como batida (3)	20	Como batida (3)	50	Como batida (3)	33,3
		Vibração (3)	20				
	2 Espacial	Pontada (9)	60	Pontada (6)	100	Pontada (6)	66,6
		Choque (3)	20				
		Tiro (3)	20				
	3 Pressão pontual	Agulhada (12)	80	Agulhada (3)	50	Agulhada (6)	66,6
		Perfurante (3)	20	Punhalada (3)	50		
	4 Pressão incisiva	Fina (12)	80	Fina (3)	50	Fina (6)	66,6
		Cortante (3)	20	Cortante (3)	50	Cortante (3)	33,3
	5 Compressão	Beliscão (6)	40	Beliscão (3)	50	Beliscão (3)	33,3
		Mordida (3)	20	Aperto (3)	50	Aperto (3)	33,3
		Cólica (6)	40				
	6 Tração	Fisgada (12)	80	Fisgada (6)	100	Fisgada (9)	100
	7 Térmico	Queima (3)	20	Calor (3)	50	Calor (3)	33,3
	8 Irritação	Formigamento (6)	40	Formigamento (3)	50	Formigamento (3)	33,3
		Ardor (3)	20	Ardor (3)	50	Ardor (3)	33,3
	9 Sensibilidade	Mal localizada (3)	20	Mal localizada (3)	50	Mal localizada (6)	66,6
		Dolorida (6)	40	Dolorida (3)	50	Dolorida (3)	33,3
		Doída (3)	20				
Pesada (3)		20					
10 Geral	Sensível (6)	40	Esticada (3)	50	Sensível (9)	100	
	Rachando (3)	20					

Verifica-se na tabela nº 19 que, relativamente ao grupo sensitivo, em todos os grupos etários classificaram, predominantemente a dor como “Pontada”, “Aglhada”, “Fina”, “Beliscão”, “Fisgada”, “Formigamento” e “Dolorida”. Nos grupos 7 e 10, os doentes na faixa etária dos 65-67 anos descreveram a dor, respetivamente, como “Queima”, “Sensível” e “Rachando” e, os outros dois grupos como “Calor”, “Sensível” (100% no grupo com idades entre 75 e 79 anos) e “Esticada” (50%) no grupo com idades compreendidas entre 70 e 74 anos). Na faixa etária dos 65-67 anos, nos subgrupos 1,2,5,9,e 10 verifica-se existirem mais descritores do que nos outros grupos.

Tabela nº 20 - Frequência dos descritores afetivos escolhidos em função da idade

Subgrupos (MPQ)		65-69	%	70-74	%	75-79	%
Afetiva	11	Cansativa (9)	60	Cansativa (3)	50	Cansativa (6)	66,6
	Tensão	Exaustiva (3)	20				
	12	Enjoada (6)	40	Enjoada (3)	50	Enjoada (3)	33,3
	Aspetos neurovegetativos						
	13	Amedrontada (3)	20	Amedrontada (3)	50	Amedrontadora (3)	33,3
	Medo						
14	Castigante(9)	60	Castigante (3)	50	Cruel (3)	33,3	
Punitiva	Atormenta (3)	20					
15	Desprazer	Miserável (3)	20			Miserável (3)	33,3

No grupo afetivo, os descritores utilizados por todos os grupos etários foram: “Cansativa” (65 a 69 anos – 60%; 70 a 74 anos – 50% e 75 a 79 anos – 66,6%), “Enjoada” e “Amedrontada”. Os doentes com idades entre os 70 e 74 anos não escolheram nenhum descritor do subgrupo 15 enquanto os outros consideraram a dor “Miserável” (tabela nº 20).

Tabela nº 21 - Frequência dos descritores avaliativos escolhidos em função da idade

Subgrupos (MPQ)		65-69	%	70-74	%	75-79	%
Avaliativa	16 Subjetiva	Chata (3)	20	Forte (3)	50	Chata (3)	33,3
		Que incomoda (9)	60	Que incomoda (3)	50	Que incomoda (3)	33,3
		Forte (3)	20			Desgastante (3)	33,3

Quanto ao grupo avaliativo (tabela nº 21), o descritor comum foi “*Que incomoda*“, sendo de 60% nos doentes que se encontravam na faixa etária 65 a 69 anos; 50% nos doentes com idades entre 70 a 74 anos e 33,3% nos doentes com 75 a 79 anos.

Através do teste de Kruskal-Wallis determinou-se a relação entre o índice de descritores do Questionário de McGill e a idade, cujos resultados se encontram na tabela nº 22.

Tabela nº 22 - Distribuição do índice de descritores do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo a idade

Variáveis	Significância
Índice descritivo sensitivo / idade	0,001
Índice descritor afetivo / idade	0,000
Índice descritor avaliativo / idade	1,000
Índice descritivo miscelânea / idade	0,002
Índice descritor total / idade	0,001

Quanto à relação entre o índice de descritores do grupo sensorial e a idade o valor obtido é $p= 0,001$, para o grupo afetivo $p=0,000$, para o grupo avaliativo $p=1,000$ e, em relação ao número total de descritores $p= 0,001$, como se pode verificar pela análise da tabela nº22.

O cruzamento de dados entre a intensidade da dor e a idade foi também feito através do teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados se encontram na tabela nº 23.

Tabela nº 23 – Distribuição da intensidade da dor segundo a idade

Variáveis	Significância
Intensidade da dor 0' / Idade	0,006
Intensidade da dor 60' / Idade	0,015
Intensidade da dor 120' / Idade	0,001
Intensidade da dor 180' / Idade	0,034

A relação entre a intensidade da dor e a idade (tabela nº 23) foi, no momento 0 minutos de $p= 0,006$. No momento 60 minutos foi de $p= 0,015$. Aos 120 minutos o valor obtido foi de $p= 0,001$ e, aos 180 minutos, foi de $p= 0,034$.

Tabela nº 24 - Distribuição do índice de dor do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo a idade

Variáveis	Significância
Índice de dor Sensitivo / idade	0,002
Índice de dor Afetivo / idade	0,000
Índice de dor Avaliativo / idade	0,048
Índice de dor Miscelânea / idade	0,000
Índice de dor Total / idade	0,000

A relação entre o índice de dor dos grupos do Questionário de McGill e a idade, para o grupo sensorial o valor obtido é $p=0,002$, para o grupo afetivo $p=0,002$, para o grupo avaliativo $p=0,048$ e, em relação ao índice de dor total, $p=0,000$ como se pode verificar na tabela nº 24.

Tabela nº 25 – Distribuição da localização da dor segundo a idade

Variáveis	Significância
Localização da dor/ Idade	0,005

Pela análise da tabela nº 25, observa-se que o valor obtido na correlação entre a localização da dor e a idade foi $p=0,005$.

Pretendeu-se também verificar se havia correlação entre o tipo de cirurgia e o tipo de descritores escolhidos, a intensidade da dor e a sua localização. Nas tabelas seguintes encontram-se os descritores escolhidos pelos doentes em função do tipo de cirurgia e a frequência absoluta.

Tabela nº 26 - Frequência dos descritores sensitivos escolhidos em função do tipo de cirurgia

Subgrupos (MPQ)	Status de ileostomia	RAR	RAR + colostomia	Colostomia	Laparotomia	Hemicolectomia à direita	Duodeno-pancreatoma cefálica
1 Temporal	Como pancada (100%)	Como pancada (50%)		Como batida (33,33%)	Como pancada (100%)	Como batida (100%)	Como batida (100%)
		Vibração (50%)					
2 Espacial	Pontada (100%)	Pontada (50%)	Pontada (100%)	Pontada (33,33%)	Pontada (100%)	Pontada (100%)	Pontada (100%)
		Choque (50%)			Tiro (100%)		
3 Pressão pontual	Punhalada (100%)	Agulhada (100%)	Agulhada (100%)	Agulhada (66,66%)	Agulhada (100%)	Agulhada (100%)	Agulhada (100%)
					Perfurante (100%)		
4 Pressão incisiva	Cortante (100%)	Cortante (50%)			Cortante (100%)		
		Fina (50%)	Fina (100%)	Fina (33,33%)	Fina (100%)	Fina (100%)	Fina (100%)
5 Compressão	Beliscão (100%)	Beliscão (50%)		Aperto (33,33%)	Beliscão (100%)	Aperto (100%)	
			Cólica (100%)		Mordida (100%)		Cólica (100%)
6 Tração	Fisgada (100%)	Fisgada (50%)		Fisgada (66,66%)	Fisgada (100%)	Fisgada (100%)	Fisgada (100%)
7 Térmico	Calor (100%)	Calor (50%)			Queima (100%)		
8 Irritação	Ardor (100%)	Ardor (50%)			Ardor (100%)		
		Formigamento (50%)		Formigamento (33,33%)	Formigamento (100%)	Formigamento (100%)	
9 Sensibilidade	Dolorida (100%)	Dolorida (100%)	Doída (100%)		Pesada (100%)		
		Mal localizada (50%)		Mal localizada (66,66%)		Mal localizada (100%)	Dolorida (100%)
10 Geral	Esticada (100%)	Sensível (50%)		Sensível (33,33%)	Rachando (100%)	Sensível (100%)	Sensível (100%)

Pela análise da tabela nº 26 verifica-se que, relativamente ao grupo sensitivo, em todos tipos de cirurgia, os doentes classificaram, predominantemente a dor como “*Pontada*”, “*Agulhada*”, “*Fina*”, e “*Fisgada*”. Os descritores “*Mal localizada*”, “*Sensível*” e “*Formigamento*”, foram também muito utilizados pelos doentes para descreverem a sua dor.

Tabela nº 27 - Frequência dos descritores afetivos escolhidos em função do tipo de cirurgia

Subgrupos (MPQ)	Status de ileostomia	RAR	RAR + colostomia	Colostomia	Laparotomia	Hemicolectomia à direita	Duodeno-pancreatoma cefálica
11 Tensão	Cansativa (100%)	Cansativa (50%)	Cansativa (100%)		Exaustiva (100%)	Cansativa (100%)	Cansativa (100%)
12 Aspetos neurovegetativos	Enjoada (100%)	Enjoada (50%)			Enjoada (100%)		
13 Medo	Castigante (100%)	Castigante (100%)			Castigante (100%)		Castigante (100%)
		Cruel (100%)			Atormenta (100%)		
14 Punitiva	Amedrontadora (100%)	Amedrontadora (100%)			Amedrontadora (100%)		
15 Desprazer		Miserável (100%)			Miserável (100%)		

Relativamente aos descritores afetivos mais referidos pelos doentes (tabela nº 27), verifica-se que os mais referidos para definirem a sua dor foram “*Cansativa*” e “*Castigante*”. Os doentes submetidos a Colostomia não referiram nenhum descritor afetivo e os doentes submetidos a RAR + colostomia e Hemicolectomia à direita apenas escolheram um descritor “*Cansativa*”.

Tabela nº 28 - Frequência dos descritores avaliativos escolhidos em função do tipo de cirurgia

Subgrupos (MPQ)	Status de ileostomia	RAR	RAR + colostomia	Colostomia	Laparotomia	Hemicolectomia à direita	Duodeno-pancreatoma cefálica
16	Forte (100%)	Desgastante (100%)	Que incomoda (100%)	Que incomoda (33,33%)	Que incomoda (100%)	Que incomoda (100%)	Que incomoda (100%)
Subjetiva		Chata (100%)		Chata (33,33%)	Forte (100%)		

Quanto aos descritores avaliativos (tabela nº 28) quase todos os doentes consideraram a dor como “*Que incomoda*” com exceção dos doentes submetidos a Status de ileostomia que referiu a dor como “*Forte*” e os submetidos a RAR que referiram a dor como “*Desgastante*” e “*Chata*”.

Tabela nº 29 - Distribuição do índice de descritores do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo o tipo de cirurgia

Variáveis	Significância
Índice descritivo sensitivo / Tipo de cirurgia	0,005
Índice descritor afetivo / Tipo de cirurgia	0,067
Índice descritor avaliativo / Tipo de cirurgia	1,000
Índice descritivo miscelânea / Tipo de cirurgia	0,000
Índice descritor total / Tipo de cirurgia	0,013

Os dados da tabela nº 29 referem-se aos valores obtidos ao relacionarmos o índice de descritores com o tipo de cirurgia que, em relação ao grupo sensitivo $p=0,005$, para o grupo afetivo $p=0,067$, para o grupo avaliativos $p= 1,000$ e para o índice total de descritores $p= 0,013$. Estes valores foram obtidos através do teste de Kruskal-Wallis.

De forma a apurar se a intensidade da dor é influenciada pelo tipo de cirurgia, utilizou-se o teste acima referido, cujos resultados se encontram na tabela nº 30.

Tabela nº 30 – Distribuição da intensidade da dor segundo o tipo de cirurgia

Variáveis	Significância
Intensidade da dor 0' / Tipo de Cirurgia	0,146
Intensidade da dor 60' / Tipo de Cirurgia	0,022
Intensidade da dor 120' / Tipo de Cirurgia	0,085
Intensidade da dor 180' / Tipo de Cirurgia	0,045

Pela análise da tabela nº 30 pode-se verificar que, a relação entre a intensidade da dor no momento 0 minutos e o tipo de cirurgia foi de $p= 0,146$. No momento 60 minutos foi de $p= 0,022$. Aos 120 minutos o valor obtido foi de $p= 0,085$ e aos 180 minutos foi de $p= 0,045$.

Tabela nº 31 - Distribuição do índice de dor do grupo sensorial, afetivo, avaliativo, miscelânea e total segundo o tipo de cirurgia

Variáveis	Significância
Índice de dor Sensitivo / Tipo de cirurgia	0,008
Índice de dor Afetivo / Tipo de cirurgia	0,067
Índice de dor Avaliativo/Tipo de cirurgia	0,012
Índice de dor Miscelânea / Tipo de cirurgia	0,005
Índice de dor Total / Tipo de cirurgia	0,020

Quando se relaciona o índice de dor dos grupos do Questionário de McGill e o tipo de cirurgia, para o grupo sensorial o valor obtido é $p=0,008$, para o grupo afetivo $p=0,067$, para o grupo avaliativo $p=0,012$ e, em relação ao índice de dor total $p=0,020$, como se pode verificar na tabela nº 31.

Tabela nº 32 – Relação entre a localização da dor e o tipo de cirurgia

Variáveis	Significância
Localização da dor/ Tipo de Cirurgia	0,003

Procurou-se verificar se a localização da dor estava relacionada com o tipo de cirurgia, encontrando-se o resultado obtido na tabela nº32, sendo o valor encontrado de $p=0,003$.

2. Discussão dos resultados

A dor apresenta características diferentes, de acordo o órgão afetado, as suas causas e as características do indivíduo (tem um carácter subjetivo). As expressões utilizadas pelo doente são importantes para o diagnóstico e a terapia antiálgica. Mas, nem sempre é fácil descrever a dor, principalmente quando ela é severa. O Questionário de Dor de McGill é considerado o melhor instrumento e é o mais utilizado para caracterizar e distinguir os componentes afetivo, sensitivo e avaliativo da dor, quando se pretende obter informações qualitativas e quantitativas a partir de descrições do doente.

Dos 30 idosos inquiridos, a idade da maior parte dos doentes encontrava-se entre os 65 e 70 anos.

Os doentes eram de ambos os sexos, uma vez que homens e mulheres, tendo em conta as diferenças biológicas, psicológicas, educacionais e sociais, podem reagir de maneira

diferente à dor (Brunner e Sudarth, 2005). Pode-se concluir, pela análise dos resultados, que predominou o sexo masculino.

A religião foi identificada, através de uma questão aberta, pois a fé pode condicionar o tipo de resposta à dor e, todos os doentes (100%) eram católicos romanos. A literatura refere a importância da religião no modo como os indivíduos enfrentam, diariamente, as situações de sofrimento e como, muitas vezes é utilizada como motivação para poderem enfrentar essas situações. A intensidade da dor referida pelos doentes é também, muitas vezes influenciada pela fé.

Relativamente à localização da dor, 50% dos doentes referiram sentir dor no flanco abdominal direito devido à existência do dreno, 30% referiram sentir dor próximo da sutura cirúrgica e 20% referiram ambos. Refira-se que a incisão cirúrgica provoca lesão nos tecidos e nervos originando dor persistente e hiperalgesia.

Para o tipo de cirurgia foi colocada uma questão aberta, pois a intensidade dolorosa está relacionada com o tipo, magnitude e localização da cirurgia. A cirurgia mais frequente foi a colecistectomia, seguida da ressecção anterior do reto.

Procurou-se identificar, no momento da avaliação, a intensidade e localização da dor no pós-operatório, recorrendo à Escala Numérica e ao Questionário para Dor de McGill. A intensidade da dor foi avaliada em quatro momentos: aos 0 minutos, aos 60 minutos, aos 120 minutos e aos 180 minutos.

A dor mais frequente foi a dor moderada. A percentagem de doentes com dor severa diminuiu ao longo das avaliações, sendo ao minuto 0 de 60% e aos 180 minutos de 0%. Do mesmo modo aconteceu com a percentagem de doentes com dor moderada, passando de 60% aos 0 minutos para 30% aos 180 minutos. Pelo contrário, a percentagem de doentes com dor leve foi aumentando, passando-se de 10% dos doentes aos 0 minutos para 70 % aos 180 minutos. As alterações encontradas ao fim de 60 minutos devem-se, segundo alguns autores, ao tempo médio necessário para a ação dos

fármacos. Em relação aos doentes a quem não foi administrado fármaco, a diminuição da dor pode dever-se às medidas não farmacológicas implementadas. Há doentes que, após uma intervenção cirúrgica podem ainda apresentar dor severa mesmo após a administração de analgésicos pois também depende do modo como a dor é vivenciada pelos doentes.

Na perspetiva qualitativa, os resultados do índice de avaliação da dor entre as dimensões do Questionário de McGill indicaram uma característica de dor sensorial, com uma média de 44,7. Isso significa que a dor está mais relacionada com sensações físicas. Algumas das palavras mais usadas pelos doentes para descreverem sua dor foram *Fisgada* (90%), *Pontada* (70%), *Agulhada* (70%), *Fina* (70%) e *Sensível* (50%). As características sensoriais da dor são os principais critérios para definir a presença de dor neuropática

A dimensão afetiva com uma média de 7,8 traduz uma percepção de cansaço, punição e aspetos neurovegetativos, sendo os descritores mais utilizado: *Cansativa* (60%), *Castigante* (40%) e *Enjoada* (40%). Verifica-se então que, os doentes com dor neuropática possuem fatores emocionais relacionados com a dor.

A dimensão avaliativa, com uma média de 6,9 permitem ao doente expressar a avaliação global da sua experiência. O descritor mais utilizado foi *Que incomoda* (50%).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a intensidade da dor e o sexo mas, pelo contrário, verificamos que a localização da dor e o índice de dor são influenciados pelo sexo. Em relação ao índice de descritores, existem diferenças estatisticamente significativas em relação aos grupos sensitivo, afetivo e ao índice total de descritores.

Quanto à distribuição do número de descritores e do índice de dor segundo o sexo, verificou-se que existe a tendência para os inquiridos escolherem os mesmos descritores, o que revela uma perceção dolorosa semelhante.

Quanto pretendemos relacionar a intensidade da dor com a idade, verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis, sendo aos 0 minutos $p=0,006$, aos 60 minutos $p=0,015$, aos 180 minutos $p=0,001$ e aos 180 minutos $p=0,034$. O índice de dor e a localização da dor também são influenciados pela idade.

O estudo entre o índice de descritores dos grupos sensorial, afetivo e total para homens e mulheres, o teste de Mann-Whitney U. ($p=0,000$), com nível de significância $00,05$, mostrou que existem diferenças estatisticamente significativas, o mesmo não acontecendo em relação ao grupo avaliativo.

Ao relacionarmos a dor com o tipo de cirurgia, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas aos 60 minutos ($p=0,022$) e aos 180 minutos ($p=0,045$). Verificou-se também que os doentes tendem a escolher os mesmos descritores, o que pressupõe a existência de uma perceção dolorosa idêntica nos tipos de cirurgias estudados.

Pimenta e Teixeira (1996) referem que os doentes que sofrem dores semelhantes, como por exemplo a dor pós-operatória, tendem a escolher os mesmos descritores. O conhecimento da linguagem que os doentes utilizam para descrever a dor deverá ser utilizado para a seleção das técnicas (farmacológicas ou não farmacológicas) que visem a sua eliminação.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o índice de descritores dos grupos sensitivo e total e entre o índice de dor dos grupos sensitivo, avaliativo e total e o tipo de cirurgia. A localização da dor é também influenciada pelo tipo de cirurgia.

Não foi possível testar a influência da religião na intensidade da dor, na sua localização, no índice de dor e no índice de descritores, pois todos os doentes referiram ter o mesmo tipo de religião – religião católica romana.

Relativamente à importância do controlo do ambiente e do posicionamento e, tendo em conta a inexistência de um grupo controlo, verificou-se que a intensidade da dor foi diminuindo em todos os doentes. Ao fim de 180 min 90% dos doentes não necessitou que lhe fosse administrado qualquer fármaco. Este facto encontra-se em consonância com algumas investigações já realizadas.

Num estudo realizado por Vila e Mussi (2001), refere-se que, para o alívio da dor, os enfermeiros utilizavam tanto os métodos farmacológicos como condutas de enfermagem (promover o conforto, tocar e conversar com o doente, minimizar o barulho, evitar negar a dor, focar atenção no doente, valorizar a dor, evitar a movimentação excessiva do doente, ouvir o doente, explicar o motivo da dor, desviar a atenção do doente da dor, oferecer apoio psicológico e orientar quanto às medidas tomadas para o alívio da dor. Os resultados desse estudo mostraram que os enfermeiros consideram que a utilização de ambas as técnicas permitem a prevenção e o alívio da dor.

A investigação levada a cabo por Sousa (2009) sobre a informação que os enfermeiros possuíam acerca das técnicas não farmacológicas, utilizando uma amostra de 138 enfermeiros, concluiu que existe uma relação direta entre o nível de informação que possuem sobre técnicas não farmacológicas e a sua categoria profissional. Os enfermeiros que utilizavam estas técnicas possuíam um valor médio de informação mais elevado do que os que não as utilizavam. Salienta ainda que, a existência de maior formação nesta área, incentivar e proporcionar condições para a aplicação de técnicas não farmacológicas, irá promover uma mudança de comportamentos por parte dos enfermeiros, necessária para o controlo da dor e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Em suma:

- Após a cirurgia abdominal, a dor foi considerada, na maior parte dos casos, moderada, de acordo com a Escala Numérica.
- Dos 100% dos doentes, 50% nunca precisou de medicação desde os 0 minutos até aos 180 minutos, possivelmente devido à utilização da terapia não farmacológica. Em 50% dos doentes foram utilizadas as duas terapias, não sendo possível saber qual a que foi mais influente no alívio da dor. A localização anatómica em que mais frequentemente é sentida a dor pós-cirurgia abdominal no flanco abdominal direito e com intensidade moderada e na dimensão sensorial.
- Nas três avaliações seguintes houve diminuição da dor severa e moderada que, aos 180 era de 0% e 3% respetivamente, aumentando a percentagem de doentes com dor leve (7%). A dor foi aliviada mesmo nos doentes a quem não foi administrado fármaco (50%). Dessa forma, podemos inferir que as técnicas não farmacológicas contribuem para o alívio da dor.
- De acordo com os resultados, verifica-se que a intensidade da dor não é afetada pelo sexo, sendo influenciada pela idade. O sexo influencia o índice de dor obtido através do questionário de McGill, quanto ao subgrupo sensitivo, afetivo, avaliativo e índice de dor total. A intensidade da dor e a sua localização é influenciada pela idade e pelo tipo de cirurgia. Não foi possível verificar se a religião influencia a intensidade de dor pois todos os doentes professavam a mesma religião.
- De acordo com a literatura consultada, as técnicas não farmacológicas por si só não provocam um alívio eficaz da dor mas, em conjunto com as técnicas farmacológicas constituem um bom auxiliar no controle da dor. Deste modo, há um benefício em termos económicos mas também para a saúde do doente na medida em que há uma diminuição de químicos no organismo.
- Verificou-se que metade dos doentes não necessitou de fármaco: pela aplicação de técnicas não farmacológicas de controlo da dor.

PARTE III

Conclusão

Os idosos constituem um grupo da população muito sensível à dor devido a experiências anteriores e à sua “fragilidade” tanto física como emocional. Não é só a medicação que traz alívio da dor mas, ouvir o doente e proporcionar-lhe um ambiente que lhe seja confortável, estar com eles, contribui para minimizar ou aliviar totalmente a dor. O olhar, um pequeno gesto ou expressão facial constituem, muitas vezes o reconhecimento/agradecimento dos doentes ao profissional de saúde pelo alívio da dor/sofrimento.

Uma das principais limitações para este estudo é o pequeno número de doentes que fizeram parte da nossa amostra, o tempo e a dificuldade em utilizar as medidas não farmacológicas que certamente interferem na resposta à dor. A continuação desta investigação, alargada a uma amostra significativa de doentes certamente contribuirá para ajudar o profissional de saúde, nomeadamente os enfermeiros a compreenderem melhor a dor e dos fatores que a influenciam de modo a minimizar a dor e as suas repercussões na qualidade de vida dos doentes.

A aplicação do Questionário de McGill pode também ser utilizado para detetar diferenças entre os vários métodos utilizados para o alívio da dor, nomeadamente métodos não farmacológicos e, através dos descritores utilizados pelos doentes, poder-se-á estabelecer uma tipologia para cada tipo de dor

A aplicação da Escala Numérica e o Questionário para Dor de McGill contribuíram para perceber o quão complexa é a perceção da dor. Daí a necessidade de maior sensibilização dos profissionais de saúde a fim de contribuir para o seu alívio.

Este questionário permite avaliar adequadamente as várias dimensões da dor, facilitando sua compreensão por parte do profissional de saúde o que lhe vai permitir uma intervenção mais eficaz.

Entende-se que as escolhas metodológicas feitas foram as adequadas para os objetivos atingidos.

Após a conclusão deste estudo, é minha intenção entregar uma cópia à Direção de Enfermagem do hospital onde foi realizado. De acordo com a solicitação da enfermeira-chefe do serviço de cirurgia, será realizada uma formação aos enfermeiros do respetivo serviço.

Bibliografia

American Society of Anesthesiologists (2004). Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting. *Anesthesiology*; v. 100, nº 6 Junho, pp. 1573–1581.

Andrade, Érica V.; Barbosa, Maria Helena e Barichello, Elizabeth. (2010). Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*; 23(2):224-9.

Bassanezi, B. S. B. e Filho, A. G. O. (2006). Analgesia pós-operatória. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 33, n. 2, p. 116-122, mar/abr.

Borgdorff, Paul MD. (2008). Postoperative pain management. *CME March 2008* Vol.26 No.3, pp. 134-136.

Borges, J.B.C. *et al.* (2006). Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc.*;21(4):393-402.

Brunner e Suddarth (2005). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico*. 10. Edição, v. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cardoso, T., Alarcão, I. e Celorico J. (2010). *Revisão da Literatura e Sistematização do Conhecimento*. Porto: Porto Editora.

Charlton, Ed (1997). The management of postoperative pain. *Update in Anaesthesia* No 7

Chaves, L.D. e Pimenta, C.A.M. (2003). Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem.*;11(2):215-9.

Chaves, Lucimara Duarte. (2004). O Enfermeiro no Manejo da dor do Cancer. *Revista Practica Hospitalar*. Ano VI nº 35 set./out.

Conian, S. W., Diamond, A. W. (2001). *Controlo da Dor*. Climepsi Editores. Lisboa, 2ª edição.

Custódio, G. *et al.* (2008). Uso de analgésicos no pós-operatório para tratamento da dor em hospital no sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 37, n. 4, p. 75-79.

Direcção-Geral da Saúde (2001). Plano Nacional de luta contra a Dor.

Direcção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 9. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.

Eler G.I. e Jaques A.E. (2006). O enfermeiro e as terapias complementares para alívio da dor. *Arquivo Ciências da Saúde UNIPAR*. 10(3):185-90.

Elkin, Martha K.; Perry, Anne G.; Potter, Patricia A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2.ªed. Loures: Lusociência.

Élhant, Dorothy *et alii* (1983). *Princípios Científicos de Enfermagem*. Lisboa, Editora Portuguesa de livros técnicos e científicos.

Flores, Francisco E. M. (2002). Evaluación analgésica post quirúrgica con ketorolaco vs. diclofenaco vs. metamizol. Trabajo de Investigación (Especialidad en Anestesiología) - Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, Lima.

Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação: da Concepção à Realização Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2003). O Processo de Investigação – da Concepção à Realização .3ªEdição. Loures: Lusociência.

Gagliese, Lucia; Weizblit, Nataly; Ellis, Wendy e Chan, Vincent W.S. (2005). The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain* 117 (2005) 412–420.

Gagliese, Lucia e Melzack Ronald (2003). Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 104, 597–608.

Galluzzi, Katherine E. (2007). Managing Neuropathic Pain. *JAOA* • Supplement 6 • Vol 107 • No 11 • November, pp. ES39-ES48.

Hacpille, Lucie (2000). *A dor cancerosa e o seu tratamento: uma abordagem global em cuidados paliativos*. Instituto Piaget. Lisboa.

Junior, Willi; Carvalho, Alipia & Bierhals, Neila (2008). Manejo da Dor Pós-Operatória: Opióides x Cuidados de Enfermagem. *Fórum Enfermagem*.

Kalkman, C.J. *et al.* (2003). Preoperative prediction of severe postoperative pain. *PAIN* Vol. 105. Pp. 415-423.

Khouzam, Hani Raoul (2000) *Chronic Pain and Its Management in Primary Care: VA Medical Center, Manchester, NH*

Marconi, Marina e Lakatos, Eva M. (2005). *Metodologia do trabalho Científico*. São Paulo: Atlas.

Melzack, Ronald e Wall, Patrick. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, v.150, p.971-979.

Melzack R, Torgerson WS. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*; 34(1): 50-9.

Melzack R. (1983). Concepts of pain measurement. In: Melzack R. Pain measurement and assessment. *Raven Press*. New York. Pp.1-5.

Melzack, Ronald (1983). The McGill Pain Questionnaire. In: Melzack R. Pain measurement and assessment. *Raven Press*, New York. Pp 41 – 47.

Melzack, Ronald; Wall, Patrick.(1987). *O desafio da Dor*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Melzak, R. (2005). The McGill Pain Questionnaire. *Anesthesiology*, V.103: p.199-202.

Metzger, Christiane; Schwetta, Martine; Walter, Christiane. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.

Oliveira, M.G. (2009). Dor Pós-operatória e seus cuidados. Monografia de Especialização em Cirurgia Trauma Buco Maxilo Facial. Universidade São Marcos. São Paulo.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática.

Pereira, L.V. e Sousa, F.A.E.F. (1998). Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão *Rev.latinoamericana de.enfermagem - v. 6 - n. 3 - p. 77-84 – Julho*.

Pimenta, CA *et al.*. (1995). Avaliação da experiência dolorosa. *Revista Brasileira Med.* 74(2) pp.69-75

Pimenta, C.A.M. e Teixeira, M.J. (1996). Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, v.30. n.3, p. 473-83, Dezembro.

Pimenta, C.A.M. *et al.* (2001). Controle da dor no pós-operatório. *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*. V. 35, nº2, p. 180-3, Junho.

Potter, Patricia A e Perry, Anne Griffin. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Quivy, R e Champenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva.

Rigotti, A.M. e Ferreira, M.A. (2005). Intervenção de enfermagem frente ao doente com dor. *Arquivo Ciências da Saúde*.;12(1):50-4.

Santos, Shirley; Garbin, Irene S. e Carvalho, Rachel. (2009). Intervenções de enfermagem na recuperação anestésica para o controle da dor e de outros eventos no período pós-operatório imediato. *Revista Dor*, 10: 4: 337-342.

Schestatsky, Pedro (2008). Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. *Rev HCPA*; 28(3): 177-87

Schwob, Marc. (1997). *A Dor*. Biblioteca Básica de Ciência e Cultura. Instituto Piaget.

Seymour, I. e Schwertz, M.D. (1976). Manifestações da doença gastrointestinal. *In: Princípios de Cirurgia*. Volume II, Guanabara Koogan, 2ª edição. Pp. 999-1033

Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. (2002). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 186-187

Sousa, Fátima F. e Silva, José A. (2005). A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista DOR* - jan/fev/mar - 6 (1): 469-513

Sousa, M^a de Fátima C. O. (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: Informação/aplicação. Dissertação de Mestrado Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Skøtt, Ole (2003). Pain: new insights, new treatments? *AJP-Regul Integr Comp Physiol* Vol 285, July p. R30–R31

Teixeira, M.J. (2001). Fisiopatologia da nociceção e da supressão da dor. JBA, Curitiba, v.1, n.4, p.329-334, out./dez.

Vila, V.S.C. e Mussi, F.C. (2001). Alívio da dor de doentes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*. 35(3). pp. 300 - 307

Way, Laurence W. e Domerty, Gerard M. (2004). Cuidados Pós operatórios. In: *Cirurgia – Diagnóstico & Tratamento*. Editora Guanabara Koogan, 11^a edição, pp. 12-18.

www.anaesthesia-az.com

Watt-Watson, Judith H.(2003). Dor e controlo da Dor. In Phipps, Wilma J.; Sands; Judith K.; Marek, Jane F. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6^a Edição Loures. Lusociência. Vol. I, p.363-390.

Anexos

Anexo I

Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital para a aplicação do Questionário

Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital para a aplicação do Questionário

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

Eu, Cátia Vanessa Soares Parreira, Enfermeira na instituição, e aluna de Mestrado “Enfermagem Geriátrica e Gerontológica” da Universidade Fernando Pessoa – Porto, orientada pelo Professor Doutor Enf.º José Manuel dos Santos, pretendo efetuar uma pesquisa cujo tema “A dor no período pós-cirúrgico abdominal em doentes geriátricos – Intervenções Autónomas de Enfermagem no controlo da dor: uma opção a explorar?” tendo por objectivos: saber qual a localização anatómica em que mais frequentemente é sentida a dor pós-cirurgia abdominal; saber qual a intensidade da dor sentida pós-cirurgia abdominal; saber qual o tipo de dor mais frequentemente sentida pós-cirurgia abdominal, de entre as dimensões sensorial, motivacional e cognitiva; saber se a idade influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor; saber se o sexo influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor; saber se o tipo de cirurgia influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor; saber se as intervenções autónomas de enfermagem permitem diminuir a necessidade de utilização de técnicas farmacológicas no pós cirurgia abdominal.

Para a realização da presente pesquisa serão utilizados a escala numerica da dor utilizada do Hospital, especificamente no serviço de Cirurgia Geral e o Questionário de McGill, a utentes idosos com idade > 65 anos, entre o dia 14 de Fevereiro de 2012 a 30 de Março de 2012.

A entrevista realizar-se-á individualmente, após devido esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a aplicação do Questionário será resguardada a integridade das respostas, primando pelo sigilo ético.

Os resultados desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado.

A participação nessa pesquisa não oferece risco ou prejuízo à pessoa questionada. Há possibilidade do pesquisado retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem ônus para a sua pessoa, ou sem interferências na sua assistência.

Director de Serviço de Cirurgia

Enfermeiro Diretor do Hospital

Enfermeira Chefe de Cirurgia

Anexo II

Termo de Consentimento Informado Sujeitos Idosos Hospitalizados

Termo de Consentimento Informado Sujeitos Idosos Hospitalizados

A pesquisa intitulada “A dor no período pós-cirúrgico abdominal em doentes geriátricos – Intervenções Autónomas de Enfermagem no controlo da dor: uma opção a explorar?” tendo por objectivos: saber qual a localização anatómica em que mais frequentemente é sentida a dor pós-cirurgia abdominal; saber qual a intensidade da dor sentida pós-cirurgia abdominal; saber qual o tipo de dor mais frequentemente sentida pós-cirurgia abdominal, de entre as dimensões sensorial, motivacional e cognitiva; saber se a idade influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor; saber se o sexo influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor; saber se o tipo de cirurgia influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor; saber se as intervenções autónomas de enfermagem permitem diminuir a necessidade de utilização de técnicas farmacológicas no pós cirurgia abdominal.

Para a realização da presente pesquisa serão utilizados a escala numerica da dor utilizada Do Hospital, especificamente no serviço de Cirurgia Geral e o Questionário de McGill, a pacientes idosos.

A entrevista realizar-se-á individualmente, após devido esclareciemnto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a aplicação do Questionário será resguardada a integridade das respostas, primando pelo sigilo ético.

Os resultados desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado.

A participação nessa pesquisa não oferece risco ou prejuízo à pessoa questionada. Há possibilidade do pesquisado retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem ônus para a sua pessoa, ou sem interferências na sua assistência.

O estudo será realizado por Cátia Vanessa Soares Parreira, Enfermeira na instituição, e aluna de Mestrado da Universidade Fernando Pessoa – Porto. Para o esclarecimento de qualquer dúvida durante a pesquisa e através do número 91 606 11 26.

Após ter sido devidamente informado de todos os aspectos desta pesquisa e ter esclarecido todas as minhas dúvidas, eu

Concordo em participar dessa pesquisa

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Anexo III

Autorização para a realização do Estudo (parecer da Comissão Ética)

Anexo IV

Escala Numérica da Dor

Anexo V

Questionário de McGill

Questionário De McGill

Em 1975, Melzack publicou o Questionário para dor McGill (MPQ) que se tornou na escala multidimensional mais usada e testada em contextos clínicos e de pesquisa.

O questionário McGill é considerado um dos melhores instrumentos para a avaliação das dimensões sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa da dor. Segundo estes autores, através deste questionário é possível obter-se medidas quantitativas da dor e estabelecer a relação entre as características sensoriais, afectivas e avaliativas da dor.

Neste questionário são registados a localização da dor, a sua intensidade e o seu comportamento através de 3 partes: índice de avaliação da dor, uma escala de descrição verbal e intensidade da dor presente. Este instrumento é muito fiável mas complexo e necessita de muito tempo para ser aplicado em doentes com idade avançada. Uma das suas limitações é que não dá dados quantitativos sobre a dor mas é válido para medir a gravidade da dor.

Esta escala possui 78 qualificativos, distribuídos por 20 grupos de adjectivos, correspondendo cada um a um aspecto da dor. Por sua vez, estes 20 grupos de adjectivos encontram-se agrupados em 4 classes: sensorial com 10 subgrupos e 42 palavras, afectiva (com 5 subgrupos e 14 palavras), mista (com 4 subgrupos e 17 palavras) e avaliativa (com 1 subgrupo e 5 palavras). Os doentes assinalam apenas uma palavra em cada grupo, ou seja, a que mais se adequa ao que sentem no momento do seu preenchimento.

A partir do MPQ obtém-se o Índice Quantitativo da Dor, somando os valores atribuídos aos descritores escolhidos, o Índice do Número de Palavras Escolhidas (NWC) somando o número de palavras que o doente escolheu para qualificar a dor e o Índice da Intensidade de Dor atual que se obtém através de uma escala verbal de 5 pontos em que 1 = dor leve; 2 = dor desconfortável; 3 = dor perturbadora; 4 = dor horrível e 5 = dor extrema.

Questionário de McGill

Algumas palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual? Diga-me quais as palavras que descrevem melhor a sua dor. Escolha somente uma palavra de cada grupo, a mais adequada para a descrição da sua dor.

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2 -tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-aterrozante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doida		4-atravesa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	
6-como pancada			1-castigante	18
	6	10	2 -atormenta	1-aperta
2	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	2-adormece
1-pontada	2-puxão	2-esticada	4-maldita	3-repuxa
2-choque	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	4-espreme
3-tiro		4-rachando		5-rasga
			15	
3	1-calor	11	1-miserável	19
1-agulhada	2-queima	1-cansativa	2-enlouquecedora	1-fria
2 -perfurante	3-fervente	2-exaustiva		2-gelada
3-facada	4-em brasa		16	3-congelante
4-punhalada		12	1-chata	
5-em lança	8	1-enjoada	2-que incomoda	20
	1-formigamento	2-sufocante	3-desgastante	1-aborrecida
4	2-coceira		4-forte	2-dá náusea
1-fina	3-ardor		5-insuportável	3-agonizante
2-cortante	4-ferroada			4-pavorosa
3-estraqalha				5-torturante

Número de descritores	Índice de Dor
Sensorial – 1 – 10	Sensorial
Afectivo – 11 – 15	Afectivo
Avaliativo – 16	Avaliativo
Miscelânea – 17 – 20	Miscelânea
Total – 1 – 20	Total

Anexo VI

Instrumento de Recolha de Dados

Este questionário faz parte da elaboração do trabalho final do Mestrado em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Porto, subordinado ao tema “A dor no período pós-cirúrgico abdominal em doentes geriátricos - Intervenções Autónomas de Enfermagem no controlo da dor: uma opção a explorar?” e tem como objetivos:

- ✗ saber qual a localização anatómica em que mais frequentemente é sentida a dor pós-cirurgia abdominal;
- ✗ saber qual a intensidade da dor sentida pós-cirurgia abdominal;
- ✗ saber qual o tipo de dor mais frequentemente sentida pós-cirurgia abdominal, de entre as dimensões sensorial, motivacional e cognitiva;
- ✗ saber se a idade influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor;
- ✗ saber se o sexo influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor;
- ✗ saber se o tipo de cirurgia influencia a localização, a intensidade e o tipo de dor;
- ✗ saber se as intervenções autónomas de enfermagem permitem diminuir a necessidade de utilização de técnicas farmacológicas no pós cirurgia abdominal.

Solicito o preenchimento do questionário, que deve ser respondido na totalidade e da forma mais precisa possível, para que todos os dados sejam válidos. Em cada resposta, deve colocar uma cruz (x) no retângulo que melhor corresponda à sua opinião. Não deixe nenhuma questão por responder. Cada questão deve ter uma e uma só resposta.

Os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, pelo que não deverá identificar-se com o seu nome ou outro elemento, em nenhuma parte deste questionário. Tempo aproximado de preenchimento – 20 min.

Obrigado pela sua colaboração.

A aluna

(Cátia Parreira)

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Parte I

1. Identificação do Paciente

1.1. Idade: _____ anos

1.2. Sexo: () Masculino

() Feminino

1.3. Professa alguma religião?

Sim Não

Qual:

Católica Romana

Católica não Romana

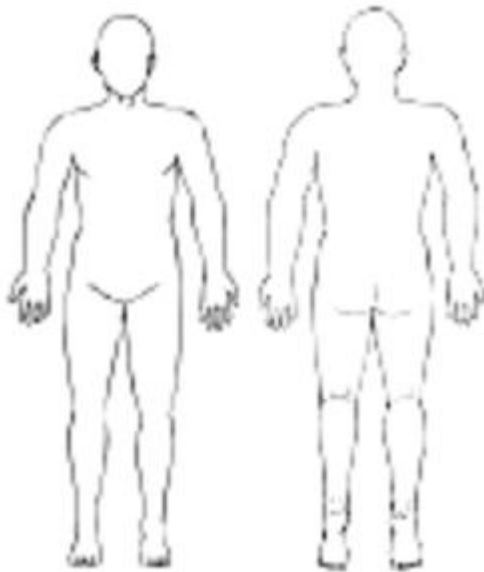
Evangélica

Outra: _____

1.4. Tipo de Cirurgia: _____

2. Dados sobre a localização da dor

2.1. Localização da Dor:



Parte II

1. Dados Complementares

Paciente A	Intensidade da dor	Posicionamentos	Gestão da luminosidade	Gestão do Ruído
1º hora pós cirurgia				
2º hora pós cirurgia				
3º hora pós cirurgia				
4º hora pós cirurgia				

- Foi necessário complementar com Fármaco, após utilização de técnicas não farmacológicas após mencionadas?

() Sim

() Não

- Ao fim de quanto tempo?
-

Parte III

1. Questionário de McGill

Algumas palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual? Diga-me quais as palavras que descrevem melhor a sua dor. Escolha somente uma palavra de cada grupo, a mais adequada para a descrição da sua dor.

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2 -tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-terrorizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doída		4-atraversa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	
6-como pancada			1-castigante	18
	6	10	2 -atormenta	1-aperta
2	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	2-adormece
1-pontada	2-puxão	2-esticada	4-maldita	3-repuxa
2-choque	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	4-espreme
3-tiro		4-rachando		5-rasga
			15	
3	1-calor	11	1-miserável	19
1-agulhada	2-queima	1-cansativa	2-enlouquecedora	1-fria
2 -perfurante	3-fervente	2-exaustiva		2-gelada
3-facada	4-em brasa		16	3-congelante
4-punhalada		12	1-chata	
5-em lança	8	1-enjoada	2-que incomoda	20
	1-formigamento	2-sufocante	3-desgastante	1-aborrecida
4	2-coceira		4-forte	2-dá náusea
1-fina	3-ardor		5-insuportável	3-agonizante
2-cortante	4-ferroada			4-pavorosa
3-estraqalha				5-torturante

Número de descritores	Índice de Dor
Sensorial – 1 – 10	Sensorial
Afectivo – 11 – 15	Afectivo
Avaliativo – 16	Avaliativo
Miscelânea – 17 – 20	Miscelânea
Total – 1 – 20	Total

*“Todo mundo é capaz de dominar
uma dor, excepto quem a sente.”
(William Shakespeare)*

Anexo VII

Circular Normativa nº 9/ DGCG de 14 de Junho de 2003