

Fernando José Duarte Magalhães

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Fernando José Duarte Magalhães

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Fernando José Duarte Magalhães

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

Nome do Aluno

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Licenciatura em Enfermagem

Resumo

Apesar da importância dada ao controlo da dor aguda no pós-operatório, os estudos sobre incidência em vários países, estabelecem uma prevalência de dor elevada, sabendo-se que a possibilidade de a diminuirmos, dependerá dos esforços que os profissionais de saúde e as organizações possam implementar.

Existe evidência, que um adequado controlo da dor em associação com outros fatores, como recuperação da capacidade funcional precoce, não só aumenta o conforto e a satisfação dos doentes, como contribui para diminuir a mortalidade pós-operatória e reduzir tempos de internamento.

Em Portugal, a DGS (Norma 003/2012) vem reconhecer este problema, ao instituir a criação das Unidades Funcionais de Dor aguda (UFDA), que no âmbito das suas funções inclui nos indicadores de avaliação a satisfação do doente.

São escassos os estudos sobre a relação entre a satisfação do doente e a gestão da dor no pós-operatório, constatando-se que a maioria revela não existir relação entre a satisfação dos doentes e os níveis de intensidade de dor. O objetivo principal deste estudo é conhecer a relação entre o nível de intensidade da dor e o grau de satisfação com a gestão da dor nas primeiras 24h após cirurgia.

Utilizou-se uma metodologia quantitativa, descritiva e transversal, tendo sido construído um formulário para o efeito. Este instrumento foi aplicado a 27 pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho, 24 horas após a cirurgia, numa unidade hospitalar com UFDA. Da amostra obtida, a maioria (77,8%) pertencia ao sexo feminino e tinha uma média de idades de 66,85 anos. Às 24 horas após cirurgia mais de metade da amostra manifestou ausência de dor (55,56%) e “muito satisfeito” (77,78%) com a gestão da dor, no entanto verificou-se existir uma correlação negativa forte entre estas duas variáveis ($r = -0,749$, $p = 0,00$). Este estudo permitiu observar a importância da existência de UFDA's no controlo da dor do pós-operatório e a possível associação com os níveis de

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

satisfação, numa tentativa de contribuir para uma melhoria dos indicadores de qualidade.

Palavras-chave: Dor aguda do Pós-operatório, Nível de intensidade de dor, Satisfação do doente.

Resumen

A pesar de la importancia que se le da al control del dolor agudo en el post operatorio, los estudios sobre incidencia en varios países, establecen una prevalencia del dolor elevada. De esta forma la posibilidad de disminuirla dependerá del esfuerzo que los profesionales de salud y organizaciones realicen.

Existe evidencia, que el control adecuado del dolor en combinación con otros factores, tales como la recuperación temprana de la capacidad funcional, no sólo mejora la comodidad y la satisfacción del paciente, sino que contribuye a la reducción de la mortalidad post- operatoria y reduce los tiempos de hospitalización.

En Portugal, el DGS (Estándar 003/ 2012) ha reconocido este problema, mediante la creación de las Unidades Funcionales del Dolor Agudo (UFDA), que en el ejercicio de sus funciones se incluyen indicadores para la evaluación de la satisfacción del paciente.

Son escasos los estudios sobre la relación entre la satisfacción del paciente y el tratamiento del dolor post-operatorio, cabe destacar que la mayoría de estos estudios revela que no hay ninguna relación entre la satisfacción y los niveles de intensidad del dolor de los pacientes. El objetivo principal de este estudio es conocer la relación entre el nivel de intensidad del dolor y la satisfacción con el tratamiento del dolor en las primeras 24 horas después de la cirugía.

Se ha creado un formulario para este propósito siguiendo una metodología cuantitativa, descriptiva y transversal. Este instrumento fue aplicado a 27 personas 24 Hs después de haber sido sometidas a una atroplastia de rodilla y de cadera, en una unidad hospitalaria con UFDA. Las muestras obtenidas, en su mayoría (77,8 %) pertenecían al sexo femenino y con una media de edad de 66,85 años. 24 horas después de la cirugía más de la mitad de los pacientes se manifestaron sin dolor (55,56 %) y " muy satisfechos" (77,78 %) con la gestión del dolor, sin embargo, resultó ser una fuerte correlación negativa entre estas dos variables ($r = -0,749$, $p = 0,00$). Este estudio nos permitió observar la importancia de las UFDA en el control del dolor post-operatorio y su

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

asociación con los niveles de satisfacción, con la intención de contribuir a una mejora de los indicadores de calidad.

Palabras clave: Dolor agudo del post-operatorio, Nivel de intensidad del dolor, Satisfacción del paciente.

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

Ao meu avô, Horácio Nascimento Duarte.

Agradecimentos

Dedico este espaço para agradecer ao conjunto de pessoas incríveis que de uma forma ou de outra me ajudaram a ter força para concluir este curso por mim tão desejado.

Quero desde já agradecer aos meus orientadores, ao Professor José Manuel dos Santos e ao Enfermeiro Henrique José de Oliveira Dias por todo o apoio, disponibilidade e dedicação.

Agradeço a minha família em geral, em especial aos meus pais e ao meu irmão, por todo o apoio e incentivo constante, a confiança e o orgulho que demonstraram ter em mim.

Quero agradecer ainda a minha namorada, Ana Raquel, por toda a compreensão, paciência e amor que demonstrou durante o decorrer da minha licenciatura.

Gostaria também de agradecer a Professora Anabela Figueiredo, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, por todo o carinho e a constante disponibilidade em ajudar, com o intuito de que o sucesso académico fosse o melhor possível.

Quero expressar um agradecimento especial a todos os doentes que participaram neste trabalho, porque sem eles a realização deste trabalho seria impossível. Queria também prestar o meu agradecimento ao Serviço de Anestesiologia em particular aos profissionais que integram Unidade de Dor Aguda do Pós-Operatório do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro EPE., onde realizei o meu estudo, pela receptividade e cooperação pois foram determinantes para a conclusão do presente estudo.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos em geral, principalmente ao Filipe Lopes, ao Ricardo Pinto e ao Tiago Gomes pela base de apoio, força durante este percurso que atravessamos os juntos.

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

"Todos podemos controlar a dor excepto aquele que a sente."

William Shakespeare

Abreviaturas e Siglas

AINES - Anti-inflamatórios não esteróides

ANZCA - Australian and New Zealand College of Anaesthetists

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

AVD - Actividades de Vida Diária

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE.

Cit in - Citado por

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EDV - Escala de Descrição Verbal

EF - Escala de Faces

ENA - Escala Numérica de Avaliação

Et al - Entre outros

EUA - Estados Unidos da América

EVA - Escala Visual Analógica

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

pág. - Página

PCA - Patient controlled analgesia

PNLCD - Programa Nacional de Luta Contra a Dor

PNCD - Programa Nacional para o Controlo da Dor

QDV - Qualidade de Vida

SNC - Sistema Nervoso Central

SNSimp – Sistema Nervoso Simpático

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SNP - Sistema Nervoso Periférico

S.P.S.S. - Statistical Product and Service Solutions

UDA - Unidade de dor Aguda

% - Por cento

<- Inferior

> - Superior

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 17 |
| I. FASE CONCEPTUAL..... | 20 |
| 1. Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes | 21 |
| 2. Revisão da literatura | 21 |
| i. Dor Aguda | 22 |
| ii. Avaliação da dor..... | 31 |
| iii. Estratégias para o tratamento da dor | 34 |
| iv. Unidades Funcionais de Dor Aguda – Modelos Organizativos | 40 |
| v. Satisfação dos doentes | 43 |
| vi. Enfermagem e controlo da dor aguda pós-operatório | 46 |
| 3. Objetivos de investigação | 49 |
| II. FASE METODOLÓGICA..... | 51 |
| 1. Desenho da investigação | 51 |
| 2. População, processo de amostragem e amostra..... | 52 |
| 3. Variáveis em estudo..... | 53 |
| 4. Instrumento de recolha de dados | 54 |
| 5. Pré teste | 55 |
| 6. Tratamento e apresentação dos dados | 55 |
| 7. Princípios éticos..... | 56 |
| III. FASE EMPÍRICA | 58 |
| 1. Apresentação dos dados | 58 |
| 2. Análise e interpretação dos resultados..... | 68 |
| CONCLUSÃO..... | 72 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 74 |
| ANEXOS | 81 |
| Anexo nº 1 - Formulário | |
| Anexo nº 2 - Pedido à Comissão de Ética | |
| Anexo nº 3 - Consentimento Informado | |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura nº 1. Escala Visual Analógica. ----- | 33 |
| Figura nº 2. Escala Numérica de avaliação. ----- | 33 |
| Figura nº 3. Escala Descrição Verbal. ----- | 33 |
| Figura nº 4. Escala Faces. ----- | 34 |
| Figura nº 5. Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde. ----- | 35 |
| Figura nº 6. Distribuição da amostra pela utilização de técnicas de tratamento analgésico não convencionais. ----- | 60 |
| Figura nº 7. Distribuição da amostra pelas vias convencionais mais utilizadas. -- | 61 |
| Figura nº 8. Distribuição da amostra pela utilização de técnicas não farmacológicas. ----- | 62 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela nº1. Distribuição da amostra segundo o sexo. ----- | 59 |
| Tabela nº2. Distribuição da amostra segunda a idade. ----- | 59 |
| Tabela nº 3. Distribuição da amostra segundo o tipo de cirurgia. ----- | 60 |
| Tabela nº 4. Distribuição da amostra pela utilização de técnicas não farmacológicas. ----- | 61 |
| Tabela nº 5. Distribuição da amostra pela frequência dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica. ----- | 62 |
| Tabela nº 6. Distribuição da amostra pela informação disponibilizada sobre as opções para o tratamento da dor. ----- | 63 |
| Tabela nº 7. Distribuição da amostra pela utilidade da informação. ----- | 63 |
| Tabela nº 8. Distribuição da amostra pela informação sobre métodos não farmacológicos para o controlo da dor, por parte do enfermeiro. ----- | 64 |
| Tabela nº 9. Distribuição da amostra pela solicitação de terapêutica para o controlo da dor. ----- | 64 |
| Tabela nº 10. Distribuição da amostra pelo tempo de espera desde a solicitação até à administração da terapêutica. ----- | 65 |
| Tabela nº 11. Distribuição da amostra segundo o nível de intensidade de dor sentida nas primeiras 24h após cirurgia. ----- | 65 |
| Tabela nº 12. Distribuição da amostra pelo grau de satisfação com a gestão da dor. ----- | 66 |
| Tabela nº 13. Distribuição da amostra pela frequência de interferência da dor nas atividades de vida diária. ----- | 66 |
| Tabela nº 14. Distribuição da amostra pela frequência de alterações do estado anímico e emotivo. ----- | 67 |
| Tabela nº 15. Correlação de Pearson entre as variáveis o nível de intensidade de dor e o grau de satisfação. ----- | 67 |

PARTE I

Introdução

Este trabalho de investigação constitui um documento, integrado na Unidade Curricular, Projecto de Graduação e Integração Profissional, a qual está inserida no Plano de Estudos do 4º ano, 2º Semestre, da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde. Esta unidade curricular divide-se no Ensino Clínico de Integração Profissional e no Projecto de Graduação, no qual se insere este trabalho de investigação.

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999,p.49) qualquer pessoa “ (...) começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”.

Assim, a pertinência deste estudo poderá ser atribuída, inicialmente ao interesse pessoal na temática abordada, e posteriormente à constatação de que existem inúmeros estudos sobre a dor, mas poucos estudos neste âmbito da dor aguda no pós-operatório, principalmente no contexto nacional. Mas, a influência global que a dor aguda tem nas pessoas, interferindo na recuperação do estado de saúde, no bem-estar e na alteração do estado psicológico pode também justificar por si só, a pertinência deste estudo, como refere Torres, (1995) “o controlo da dor pós-operatória é um dos desafios mais relevantes que permanecem sem solução no campo cirúrgico, o que motiva um forte impacto sobre os utentes e no sistema de saúde”.

Este estudo tem como objectivos pedagógicos, a aprendizagem e investigação de métodos e técnicas de investigação científica, aprofundar e desenvolver conhecimentos acerca do tema em estudo, servindo também, como instrumento de avaliação.

A questão de partida desta investigação é “Qual a relação entre o nível de intensidade de dor e o grau de satisfação com a gestão da dor aguda nas primeiras 24h, em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho?”.

Relativamente às pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho nas primeiras 24h, foram definidos os seguintes objetivos: (1) Avaliar o nível de intensidade de dor; (2) Avaliar o grau de satisfação com a gestão da dor; (3) Conhecer a interferência da dor nas actividades de vida diária e no estado anímico e emotivo. (4) Conhecer a relação entre o nível de intensidade da dor e o grau de satisfação com a gestão da dor.

Definição de conceito essenciais neste estudo, a de “dor aguda” como "dor de início recente e duração limitada provável e tem geralmente uma identificável relação temporal e causal de lesão ou doença ". (Ready, 1992), e, “dor Aguda do Pós-Operatório”, como “dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas” (DGS, 2001), e “satisfação” como um aspeto multifuncional que deve ser entendida como resultado entre as expectativas dos doentes e os cuidados fornecidos pelos profissionais de saúde (Alvarez, *et al* 2012).

Para o atingimento dos objetivos e resposta à questão de partida foi feito um estudo de natureza quantitativa, descritivo e transversal. Assim, ao contrário de outros estudos, verificou-se nesta amostra a existência de uma correlação negativa forte ($r = -0,749$, $p = 0,000$), entre o nível de intensidade de dor às 24 horas após a cirurgia e o grau de satisfação com a gestão da dor durante esse período, sem se estabelecer uma causa efeito, este dado que vem apontar para a importância do controlo da dor e a sua associação com os maiores níveis de satisfação das pessoas.

Os principais autores que orientaram este estudo foram: Caseiro *et al* (2009) num estudo sobre dor aguda pós-operatória no serviço nacional de saúde realizado em 6 hospitais; Chung e Lui, (2003) e o estudo sobre a relação entre os níveis de intensidade de dor e a satisfação dos doentes no período pós-operatório, a 1200 doentes num hospital de Hong Kong e Garcia *et al* (2005) que produziram o primeiro documento de consenso sobre dor pós-operatória em Espanha.

Este trabalho está dividido em três partes, inicialmente por uma abordagem dos temas essenciais para o enquadramento da temática em causa, seguindo-se uma descrição da

metodologia da investigação e por fim, a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

As dificuldades sentidas para a concretização deste estudo residem essencialmente na existência de poucos estudos sobre esta problemática e que possam fundamentar a posterior discussão dos resultados, mas também a disponibilidade de tempo para conseguir uma amostra significativa.

PARTE II

I. FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual segundo Fortin (1999, p. 100) “refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.” Este estudo resultou de preocupações decorrentes da experiência em ensino clínico, relativas ao controlo da dor aguda, nomeadamente nas pessoas submetidas a cirurgia. Observei, enquanto estudante da licenciatura em enfermagem, algumas dificuldades na execução com o máximo de qualidade da Circular Normativa n.º 09, que estabelece a dor como 5º sinal vital. De acordo com este documento, a dor e os efeitos da terapêutica analgésica devem ser valorizados e diagnosticados, avaliados e registados sistematicamente, pelos profissionais de saúde, como exemplo de boa prática (DGS, 2003).

Partindo de uma primeira revisão da literatura pude verificar que a gestão da dor aguda tem várias implicações no dia-a-dia, desde as emocionais, às sociais e psicomotoras. Como refere a Internacional Association for the Study of Pain (IASP), cit. por Gonçalves (1999, p. 9), “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual atual ou potencial ou descrito em termos de tal dano”, é um fenómeno subjetivo que condiciona a qualidade de vida (QDV), interferindo no funcionamento físico, psicológico e social do indivíduo. O mesmo autor (Gonçalves, 1999) afirma que esta “é temida por muitos doentes mais do que a própria morte”. Alguns estudos referem ainda que a dor aguda aparece como um sinal revelador de uma provável lesão, surgindo de uma forma súbita, a maioria das vezes é precedida por mudanças do sistema nervoso autónomo. Sendo uma dor pontual, resultante de traumas ou associada a patologias e durabilidade inferior a seis meses. (Angellotti, 2007).

Com o objetivo de contribuir para uma boa prática no controlo da dor aguda, tendo em vista as orientações profissionais, mas principalmente como forma de minimizar os efeitos que esta tem para as pessoas que a sentem, decidi optar por estudar este assunto que tentarei de seguida apresentar de forma clara e organizada.

1. Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

De acordo com Fortin (2003, p. 48), “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática (...) e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”. Assim, com base na preocupação inicial foi levantada a seguinte questão de partida:

Haverá relação entre a intensidade de dor aguda e o grau de satisfação da pessoa com a gestão da dor aguda no pós-operatório?

A pertinência deste estudo poderá ser atribuída, inicialmente ao interesse pessoal na temática abordada, e posteriormente à constatação de que existem inúmeros estudos sobre a dor, mas poucos estudam esta relação, principalmente no contexto nacional. Mas, a influência global que a dor aguda tem nas pessoas, interferindo na recuperação do estado de saúde, no bem-estar e na alteração do estado psicológico pode também justificar por si só, a pertinência deste estudo. Como refere ANZCA (2005, p 7), “Os fatores psicológicos que influenciam a experiência da dor incluem os processos de atenção, outros processos cognitivos (por exemplo, memória / aprendizagem, processamento de pensamento, crenças, humor), respostas comportamentais e interações com o ambiente da pessoa, conferindo alguma complexidade e o fenómeno da satisfação.”

2. Revisão da literatura

A questão de partida apresentada anteriormente orientou para uma revisão da literatura que se inicia com a definição do conceito dor aguda, a sua avaliação, gestão e tratamento, e conclui com resultados de alguns estudos de investigação sobre a avaliação a gestão da dor aguda no pós-operatório e a relação com a satisfação das pessoas que a vivenciam.

i. Dor Aguda

Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), a dor pode ser compreendida como uma experiência subjetiva complexa e multidimensional desagradável, por motivações pessoais, sociais e culturais que condicionam a maneira como a dor é vivida. A dor não é apenas uma sensação, envolve mais do que as emoções, devendo ser considerada de forma biopsicossocial. A dor é subjetiva, pois cada pessoa vive a dor de forma diferente. Atualmente ainda não existem marcadores biológicos que permitam caracterizar concretamente a dor (APED, 2012).

Compreendida como um dos sintomas mais frequentemente vividos pela população (Lopes & Macedo, 2010), caracteriza-se por ser um quadro doloroso que ultrapassa a função protectora do organismo e se mantém, para além do tratamento ou eliminação da ameaça inicial (Chapman, Nakamura & Flores, 1999).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), “ a dor é um processo fisiológico que contribui para a manutenção da integridade física do ser Humano”, considerando também que a dor é uma das principais razões pelas quais a população recorre aos cuidados de saúde em Portugal. (Direcção Geral de Saúde, 2012).

De acordo com Guimarães (1999) “ a dor é parte integrante da vida, presente ao longo de todo o ciclo desenvolvimental desde o nascimento até à morte”. A dor não tem o seu início de forma isolada, as maneiras mais usuais de ela aparecer podem estar ligadas a patologias, reacções inflamatórias ou acidentes, o fenómeno dor pode ainda surgir por atos cirúrgicos, e muitas vezes funciona como sinal de alerta no nosso organismo para sinalizar que algo está errado.

Nos vários tipos de dor, é possível observarmos quatro particularidades: o sofrimento que irá causar, o comportamento da dor, a nocicepção que possibilita assinalar o estímulo nódico e a percepção que consiste na maneira como o estímulo é sentido pelo organismo. As características anteriormente comentadas, aparecem sempre, mas com proporções diferentes dependendo do tipo de dor. Existe ainda um limite, acima do qual

a dor se torna insuportável, designado de limiar de tolerância e um limite abaixo do qual a dor não é sentida, conhecido por limiar da percepção. (Tavares, 2006).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), (cit. in phipps et al., 2003, p.363) define dor como “uma desagradável experiência sensorial e emocional associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”. No entanto, a incapacidade de comunicar verbalmente não nega a possibilidade de que um indivíduo estar a sentir dor e necessitar de tratamento para um alívio adequado (ANZCA, 2005).

Segundo Grunenthal (2012), todos os organismos vivos são susceptíveis de sentir dor, o facto é que as mulheres têm uma resposta mais agressivas à dor do que os homens devido a factores hormonais. Os estrogénios incrementam a sensibilidade à dor porque estimulam o sistema nervoso, já a testosterona atenua a sensibilidade à dor.

Analisando todas as definições anteriormente aqui descritas, podemos afirmar que a dor é uma experiência individual, que varia de indivíduo para indivíduo e em função dos prognósticos que possa suscitar. Motivações pessoais, sociais e culturais condicionam a maneira como a dor é vivida, caracteriza-se por ser um quadro doloroso que ultrapassa a função protectora do organismo e se mantém, para além do tratamento ou eliminação da ameaça inicial.

A dor aguda é definida pela IASP como uma "dor de início recente e duração limitada provável. Tem geralmente uma identificável relação temporal e causal de lesão ou doença" (Ready, 1992). Desta forma, a noção de dor aguda está ligada à sua caracterização sintomática, englobando tudo o que está contido em qualquer sintoma, como a existência de uma causa, o conhecimento de quando ocorreu e a expectativa do seu desaparecimento com a extinção, o afastamento ou a eliminação da referida causa. Ou seja, prevalecendo a lógica de que, tratada a causa, desaparecerá o sintoma (Fernandes *et al*, 2014).

Desta forma, a denominação de dor aguda como sinónimo de dor do pós-operatório foi facilitada, pela forma como a dor provocada pela intervenção cirúrgica se ajustava

perfeitamente, como nenhuma outra à definição veiculada pela IASP (Fernandes *et al*, 2014). A dor aguda surge como um indicador de uma provável lesão, ocorrendo de forma inesperada, que na maior parte das vezes é precedida por mudanças no sistema nervoso autónomo. Frequentemente a pessoa com este tipo de dor apresenta espasmos, sudorese, hipertensão arterial e taquicardia. Apresenta-se como sendo uma dor pontual, resultante de traumas ou associada a patologias e durabilidade inferior a seis meses (Angellotti, 2007).

Dor aguda no pós-operatório

Segundo (DGS, 2001). A dor aguda no pós operatório é uma “dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas”

A dor cirúrgica é a causa mais frequente de dor aguda, o trauma cirúrgico implica, habitualmente, não só as partes estruturais do organismo (pele, músculos, ossos), como também estruturas viscerais e nervosas, o que se traduz por quadros algícos mistos, muitas vezes complexos, surgindo simultaneamente com componentes somática, visceral e neuropática (Caseiro, 2004).

A importância da dor aguda pós-operatória reside na sua alta frequência, no inadequado tratamento e o impacto que tem sobre evolução e recuperação do paciente. A dor pós-operatória é mais comum e mais intensa após cirurgia torácica, abdominal, lombar e em ossos longos. O tratamento inadequado da dor pós-operatória, pode prejudicar a recuperação e aumentar a morbilidade e mortalidade bem como prolongar a hospitalização do doente (Muñoz, 2010).

A dor pós-operatória, é muitas vezes descrita como contínua e normalmente referenciada à incisão cirúrgica, existe exacerbação aguda da dor relacionada com a tosse e actividades de mobilização, como por exemplo, sair da cama, habitualmente a dor é proporcional ao grau de destruição tidualar e desaparece com a resolução da

lesão, normalmente, é uma situação autolimitada, havendo uma melhoria progressiva num período de tempo relativamente curto (Fernandes *et al*, 2014).

Dados epidemiológicos

Apesar de avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor aguda pós-operatória, continua a ser um desafio para a medicina moderna. A incidência superior a 30%, é um dos desafios mais importantes para o tratamento deste tipo de dor, para isso têm sido implementados novos procedimentos e técnicas. Deste modo, o tratamento da dor aguda no período pós-operatório é um dos problemas mais importantes para os profissionais de saúde (Alvarez, *et al* 2012).

Alguns estudos confirmam a sua alta incidência, Englbrecht (2010), afirma que a incidência de dor aguda moderada ou intensa no período pós-operatório é elevada, sendo a proporção de doentes que afirmam sofrer deste tipo de dor cerca de 30 a 60%. também estimou que independentemente do tipo intervenção, 30% dos pacientes experimentam dor leve após a cirurgia, 30% dor moderada e 40% dor severa (Muñoz, 2010). Quando existe um acompanhamento no período pós-operatório após a alta, verifica-se 24% dos doentes sofrem de dor moderada a grave que vai diminuindo gradualmente até aos 7 dias pós cirurgia, onde a percentagem desce para 13% (Beauregard, 1998).

Nos dias de hoje a realidade não difere muito, como demonstra um estudo realizado na Finlândia em 81 hospitais vocacionado para a cirurgia de ambulatório, que demonstrou que 25% dos reinternamentos hospitalares foram devidos a dor não controlada. (Mattila, 2009). Por outro lado, na Suécia uma pesquisa realizada em 81 unidades de cirurgia, observou-se que a principal causa de reinternamentos por dor aguda, foram na especialidade de ortopedia (Segerdahl, 2008).

Mecanismos fitopatológicos

O responsável pelas respostas anómalas ou exageradas do nosso organismo é o SNC, que perante uma agressão algica, desenvolve um estado de sensibilização quer periférica quer central (Caseiro, 2004), como refere Kehlet (1997), as alterações fisiológicas desencadeadas pela dor e pela agressão cirúrgica resultam da activação do sistema nervoso central e periférico.

Segundo Caseiro (2004) “perante o estímulo cirúrgico, gera-se esse tal estado de sensibilização, primeiro periférico e logo de imediato central, que se traduz clinicamente por três estadios algicos patológicos” que se designam por (1) Hiperalgisia primária, que se caracteriza por o aumento da resposta ao estímulo agressor na área da agressão, (2) Hiperalgisia secundária, que se traduz no aumento da área de sensibilização às zonas contíguas ao local da lesão, (3) Alodinia que significa a redução do limiar de excitação, ou seja, resposta doloroso a estímulos que em condições normais, não se desencadeariam (Fernandes *et al*, 2014).

Para podermos chegar a este estado de sensibilização periférica, todos os fenómenos inflamatórios resultantes da destruição tissular que decorrem da agressão cirúrgica têm uma importância fulcral, bem como a destruição das terminações nervosas das minúsculas fibras amielínicas C e das fibras mielínicas A δ . De acordo com o referido, a dor poderá apresentar simultaneamente uma componente nociceptiva e neuropática (Caseiro, 2004).

Ainda a nível periférico, existem outros acontecimentos como o aumento da sensibilidade de transdução dos nociceptores de alto limiar, quando expostos a todo um *cocktail* sensibilizante constituído por diversos mediadores e produtos químicos libertados pela reacção inflamatória de destruição tissular – a histamina, a bradiquinina, os leucotrienos, o factor de crescimento dos nervos, os neuropéptidos, as prostaglandinas (Caseiro, 2004; Fernandes *et al*, 2014).

Quando existe uma lesão cirúrgica no organismo, é desencadeada uma resposta metabólica atribuída ao stress. Essa resposta consiste na libertação sistémica de hormonas neuroendócrinas e na libertação local de citocinas (interleucinas) que determinam alterações fisiológicas em todos os principais órgãos e sistemas do nosso organismo. Assim, a dor cirúrgica ativa o Sistema Nervoso Simpático (SNSimp), aumentando a frequência cardíaca, o ionotropismo e a pressão arterial. Como esses efeitos aumentam a necessidade de oxigénio pelo miocárdio, aumenta assim o risco de isquemia do miocárdio, principalmente em doente com história de doença cardíaca. Outra consequência para organismo é a diminuição da motilidade gastrointestinal, que pode ser causa íleos (Liu S.S., et al., 1995).

Nas crianças, nos idosos e em doentes que tenham patologias associadas graves ou que foram submetidos a grande cirurgia, o risco de complicações provocadas pela dor cirúrgica é elevado. Posto isto, e resumindo o acima referido, o controle da dor cirúrgica representa um mais-valia indispensável para o doente, melhorando assim o prognóstico clínico ao reduzir a incidência de complicações pós-operatórias como, o enfarte do miocárdio ou isquemia, o risco de taquicardia e disritmia, o atraso na cicatrização da ferida operatória, o risco de atelectasias, os fenómenos tromboembólicos, a vasoconstricção periférica e a acidose metabólica (Fernandes et al, 2014). A dor pode ser classificada como nociceptiva, neuropática e idiopática.

A dor nociceptiva aparece quando existe uma ativação fisiológica dos recetores ou da via dolorosa, estando associada a lesões de tecidos musculares, ósseos e ligamentos. Resulta da activação de nociceptores (fibras A δ e C) através de estímulos dolorosos que podem ter origem por diversos factores, os quais podem ser mecânicos, térmicos ou químicos. Os nociceptores podem ser sensibilizados por estímulos químicos endógenos, como a serotonina, a substância P, a bradicinina, as prostaglandinas, e a histamina. (Schestatsky, 2008). As noções fitopatológicas da dor aguda do pós-operatório referidas anteriormente, apesar de resumidas, identificam que as causas e os mecanismos de transmissão da dor cirúrgica são diversos, o que indica que não existe apenas um tipo ou forma de dor. Por esse motivo existem 4 processos de nocicepção: (1) A transdução é o processo pelo qual um estímulo nócico se transforma em actividade eléctrica nas

terminações nervosas; (2) A transmissão é o modo de propagação dos impulsos através do sistema nervoso central (SNC) sensorial; (3) A modulação corresponde ao processo de modificação da transmissão nociceptiva, através de uma série de influências neuronais (via descendente) atenuando os efeitos da agressão álgica; (4) A percepção é o processo de integração de todos os anteriores com as características psicológicas individuais – genéticas, cognitivas, culturais, religiosas, etc. Criando a experiência emocional e subjectiva da dor (Caseiro, 2004).

A dor neuropática é definida segundo Quintal (2004) como " dor iniciada ou causada por uma lesão primária ou disfunção no Sistema Nervoso Central (SNC) ou Sistema Nervoso Periférico (SNP)". Embora apareça devido a uma causa de sintomas crónicos, a dor neuropática pode também apresentar-se de forma aguda resultante de trauma ou cirurgia. Foi estimado que em 3% dos pacientes com dor aguda, muitas vezes têm sintomas persistentes (ANZCA, 2005). Existem vários sintomas que acompanham a dor neuropática, como: hipoestesia, parestesia, vasodilatação, paralisia, anosmia, hipoalgesia, mioquimias, distonias, fasciculações, alodinia, cegueira, vasoconstricção, ereção pilosa. (Quintal, 2004). A dor neuropática, é uma dor que pode ser constante ou intermitente e apresenta-se como uma dor de intensidade gradual. Na maioria das vezes os doentes verbalizam a dor neuropática como uma dor por tipo queimadura ou lacinante tipo choque eléctrico (Pimparel e Marques 1998). Por a sensação dolorosa não poder ser medida objectivamente, é difícil diagnosticar este tipo de dor. Pois em diversos casos ocorre a concomitância da dor neuropática e nociceptiva, por isso, é importante identificar cada um destes casos devidamente, porque a abordagem terapêutica pode ser diferente em cada caso. (Schestatsky, 2008). Quanto à origem, a dor neuropática pode ser central ou periférica, em relação à duração pode ser crónica ou aguda. A dor pode também ser dependente ou independente do sistema nervoso simpático e pode aparecer através de várias etiologias, como cancro, espasmos ou traumatismos. Existem também, outros síndromes dolorosos que podem causar a dor neuropática, como as lombalgias, a fibromialgia e lombocotalgia. Outro método de classificação importante é a região afectada, pois é a partir daí que a avaliação é feita ao doente, posto isto, a dor pode ser cervical, abdominal, pélvica, torácica, entre outras (Sakata e Issy, 2008).

No que concerne à dor idiopática, este tipo de dor pode entender-se como uma dor que surge sem existir nenhum processo lesional ou que continua após a resolução do processo lesivo (Seixas et al. 2009). A dor idiopática surge, quando a causa nociva que está a originar essa dor ainda não foi identificada, isto porque, muitas vezes essa dor pode resultar de alterações de ordem psicológica ou psíquica. Assim, é importante realçar a dificuldade de avaliar este tipo de dor apesar de todos os meios disponíveis que os profissionais de saúde usufruem hoje em dia, devido às várias alterações fisiopatológicas de cada ser humano, nunca esquecendo que se o doente manifesta a dor é porque ela existe, como refere Phipps (2003, pág. 372): “ é difícil distinguir as componentes físicas das emocionais, e importa lembrar que toda a dor é real quer tenha uma origem física ou psicológica”.

Consequências clínicas

A dor aguda no período pós-operatório, é acompanhada de alterações neurológicas sistémicas e existe uma resposta inflamatória diretamente relacionada com a intensidade do trauma cirúrgico, embora seja diminuída pela técnica anestésica que foi utilizada aquando da cirurgia (Cadwel, 2002).

Esta resposta resulta numa alteração em todos os nossos sistemas e órgãos, dos quais se destacam, coagulação, sistema imunológico, sistema cardiovascular, trato gastrointestinal e SNC. A hipercoagulação que ocorre depois da intervenção cirúrgica, é devido a diminuição de anticoagulantes naturais, ao aumento da atividade plaquetária, e à diminuição da fibrinólise, embora a etiologia não seja totalmente esclarecida, o stress do pós-operatório é um importante factor. Assim a presença de dor, resulta da inibição dos movimentos, e o estado de tensão que é gerado nos doentes pela cirurgia, promove a formação de coágulos na corrente sanguínea, podendo resultar em fenómenos tromboembólicos (Cadwel, 2002).

A alteração da resposta do sistema imunitário deve-se muito também ao stress pós-operatório, apesar de a etiologia da alteração do sistema imunitário ser igualmente desconhecida, sabe-se que a alteração da resposta imunitária é proporcional ao grau de

invasão cirúrgica, que é diretamente responsável pelo desenvolvimento de infeções. Sabe-se ainda que a técnica analgésica pode modular a resposta imunitária e proporcionar um efeito potencialmente benéfico em doentes que são submetidos a uma intervenção cirúrgica (Exadaktylos, 2006).

A ativação do SNSimp, aumenta a frequência cardíaca, a pressão arterial e consequentemente aumenta o consumo de oxigénio pelo miocárdio, em seguida a resposta do nosso organismo é a vasoconstrição coronária que pode comprometer o consumo de oxigénio pelo miocárdio. A modulação simpática produzida por certas técnicas analgésicas têm um efeito favorável sobre as complicações cardiovasculares, no entanto, existe alguma controvérsia. As complicações cardiovasculares mais frequentes em cirurgia são a hipertensão arterial, arritmias e trombozes venosas. Complicações pulmonares graves são raras de acordo com o tipo de procedimentos que são executadas, no entanto a presença de dor no período no pós-operatório, pode aumentar insuficiência respiratória em pacientes com história de doença pulmonar prévia, tabagismo e obesidade (Gómez, 2010).

A disfunção cognitiva pós-operatória pode ocorrer em 20 % dos doentes cirúrgicos e pode durar até três meses após a cirurgia, sendo que 10 % mantêm disfunções cognitivas superiores a 3 meses (Moller, 2008).

O tipo de cirurgia é o factor que mais influencia a intensidade da dor aguda no pós-operatório, as cirurgias que mais influenciam a intensidade da dor aguda, é a cirurgia ortopédica e a cirurgia abdominal, por serem acompanhadas por dor intensa. O tipo de cirurgia está também associado a diferentes padrões de dor e, consequentemente, altera a eficácia dos analgésicos e os seus efeitos secundários. Outro factor que está também envolvido no grau de dor é a duração da cirurgia (se for superior a 90 minutos, 10% dos pacientes apresentam dor intensa, se durar 120 minutos, esse percentagem é de 20%). São também bastante relevantes, a ansiedade, a dor no pré-operatório, a idade, a condição física o estilo de vida. (Abrishami, 2009).

ii. Avaliação da dor

A avaliação da dor tem como objectivos avaliar a intensidade de dor nos doentes, os factores responsáveis para a existência da dor, para assim se poder ajustar a terapêutica à etiologia. Para uma adequada avaliação da dor deve utilizar-se uma linguagem universal por todos os profissionais de saúde, para que deste modo o doente possa ouvir a mesma resposta de todos os profissionais. Como objectivo terapêutico, a avaliação da dor tem como função não erradicar a dor, que nem sempre é possível, mas atenua-la para desta forma melhorar a qualidade na prestação de cuidados (Metzger *et al*, 2002).

A avaliação é um caminho fundamental, para que se possa facilitar o processo de tomada de decisão, deve ser realizada e sempre valorizada desde que o doente refere que sente qualquer tipo de dor, e nunca se deve desvalorizar até ao fim do seu internamento. (Kazanowski e Laccetti, 2005).

A frequência com que avaliamos a dor é influenciada por múltiplos factores, tais como: a duração, a intensidade, a resposta ao tratamento, as necessidades dos doentes, como o seu estado físico, a instituição e o plano terapêutico (Field, 1997). A dor deve ser também avaliada durante o período do pré-operatório, incentivando e encorajando os doentes a informar os profissionais de saúde quando sentirem dor ou outros sintomas concomitantes. (Campbell, 1996)

No pós-operatório a dor deve ser avaliada com mais frequência, para assim termos um melhor controlo sobre a mesma, deve ser avaliada em intervalos regulares de acordo com o tipo de cirurgia, dependendo da intensidade da dor, sempre que o doente refere dor, 15 a 30 minutos após terapêutica analgésica parentérica e uma hora após analgesia oral, deve-se ainda, aumentar-se a frequência das avaliações quando se altera a terapêutica ou a dor não está controlada (Fernandes *et al*, 2014).

Hoje em dia, existem muitos instrumentos de avaliação da dor aguda no período pós-operatório. O aspecto fundamental para que exista uma boa avaliação da dor, é a utilização de uma linguagem comum, como refere a Circular Normativa nº9, DGS

(2003, p.2), quando preconiza a *Dor como 5º sinal vital* “ Para uma correcta avaliação da intensidade da Dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. ”

São conhecidos dois métodos de avaliação, os unidimensionais e os multidimensionais. Na pessoa verbal devemos privilegiar o uso de instrumentos unidimensionais, que tem como objetivo avaliar a intensidade da dor através de um valor qualitativo ou numérico, para isso existem a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Numérica de Avaliação (ENA), a Escala de Descrição Verbal (EDV) e a Escala de Faces (EF). No que diz respeito à avaliação unidimensional, esta é mais prática e realiza-se mais facilmente que uma avaliação multidimensional, visto que esta avalia múltiplos aspectos, no entanto existem métodos de avaliação multidimensional bastante utilizados, como o questionário da dor de McGill, o questionário da dor de Dartmouth, o Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale, entre outros. (Villegas, 2005)

A escala adoptada deve ser validada, fiável, apropriada para doentes de várias culturas, simples de perceber e de usar, tanto para o pessoal como para os doentes, barata e facilmente acessível. Numerosos métodos estão documentados como fornecendo medidas válidas da intensidade dolorosa, mas algumas escalas de dor são mais adequadas do que outras para um doente. Para cada indivíduo, a adopção de uma mesma escala estandardizada para medição, tanto no pré como no pós-operatório, facilitando o processo de comunicação (Fernandes *et al*, 2014).

A EVA é uma escala que possui uma linha horizontal com 10 cm de comprimento, onde do lado esquerdo temos a designação “Sem Dor” e no lado oposto, do lado direito temos a designação de “Dor Máxima”, quando se avalia a dor com esta escala, os doentes devem assinalar um ponto na escala que represente a intensidade da dor que estão a vivenciar, para assim existir uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada (Villegas, 2005) (Figura nº 1).

Figura nº 1. Escala Visual Analógica (Direcção – Geral de Saúde, 2003, p.2.)



A ENA é bastante idêntica à anteriormente descrita, consiste numa escala com a classificação de 0 a 10, onde 0 significa “Sem Dor” e 10 significa “Pior dor Possível”, onde se pretende que a pessoa com dor faça a correspondência entre a intensidade da sua dor a uma classificação numérica. (Rigotti & Ferreira, 2005; Freitas, Vieira, Torres & Pereira 2009) (Figura nº 2).

Figura nº 2. Escala Numérica de avaliação (adaptado de Direcção- Geral de Saúde (2003). Circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003).

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sem dor | | | | | | | | | | Pior dor possível |

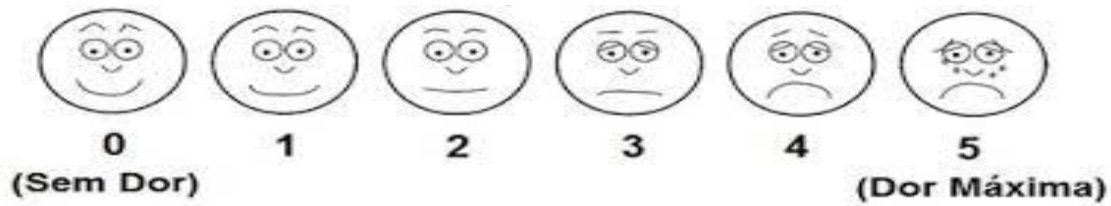
Na EV, abordar o doente, o profissional de saúde tem como papel descrever o significado da dor, no que diz respeito aos sentimentos, desconforto, sofrimento. O doente tem de visualizar e verbalizar na escala o tipo de situação com a qual se identifica mais em relação à dor que sente naquele momento. (Powell et al., 2010) (Figura nº 3).

Figura nº 3. Escala Descrição Verbal (Direcção – Geral da Saúde, 2003, p.2).

| | | | | |
|----------------|--------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Sem Dor | Dor Ligeira | Dor Moderada | Dor Intensa | Dor Máxima |
|----------------|--------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

A escala de faces, constituída por seis faces animadas, é pedido ao doente que indique a intensidade da sua dor de acordo com a face animada que mais se identifica, em que à expressão de felicidade corresponde “Sem Dor” e à expressão da tristeza máxima corresponde a “Dor Máxima”. (Andrade e tal., 2006) (Figura nº. 4).

Figura nº 4. Escala Faces (Direcção- Geral da Saúde, 2003, p.3)



Existem ainda casos onde não se deve utilizar as escalas de dor acima referidas. Em relação a crianças com idades inferiores a 3 anos e em doentes que tenham alterações do estado cognitivo de forma moderada a grave. Outro dos casos em que se deve ter em atenção, é a possibilidade de demência onde o discurso pode afetar a avaliação. Deve-se então, recorrer a escalas comportamentais que refletem a repercussão da dor sobre o comportamento ou sobre a qualidade de vida. Deve-se ainda adequar as escalas sempre de acordo com a faixa etária de cada doente (Powell et al., 2010; Villegas, 2005).

iii. Estratégias para o tratamento da dor

Como refere Caseiro (2004) “ o tratamento da dor pós-operatória tem como objectivos: controlar a dor, prevenir e tratar efeitos secundários relacionados com a terapêutica e melhorar os resultados finais, com rápido retorno à vida social e actividades diárias”

No seguimento de vários estudos sobre os efeitos da administração de diferentes tipos de terapêutica, em momentos diferentes (pré, intra ou pós-operatório) e tendo como referencia a teoria da *preemptive analgesia* (Alvarez et al, 2012), o conceito “ *preemptive analgesia* ou “analgésia por preempção” surgiu, para expressar a ideia da possibilidade de prevenir a dor cirúrgica pré-tratando-a, ou seja, antecipando a sua terapêutica” (Caseiro, 2004). Este conceito tem como metas, atenuar a dor após a lesão tecidual, prevenir a sensibilização espinhal e diminuir a incidência de dor inflamatória ou crónica. Residindo na administração perioperatória de anestésicos locais, opióides, paracetamol e AINES. Com esta abordagem foram obtidos melhores resultados no

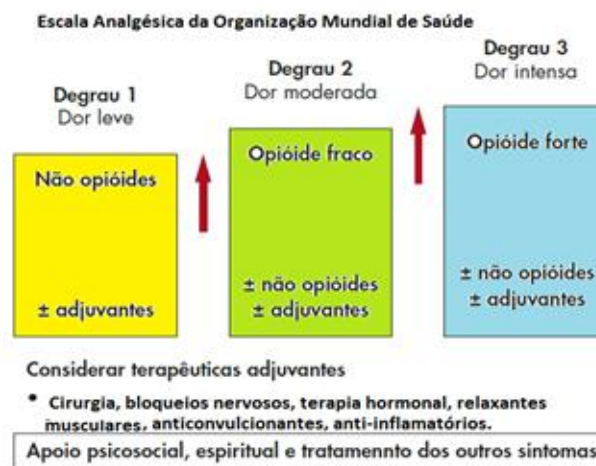
controlo da dor e na sensibilização espinhal, mas ainda assim reconhece-se que iram aparecer doentes com dor persistente (10 a 50%). As causas mais prováveis para o aparecimento de dor não controlada, pode sugerir, uma terapêutica analgésica inadequada, e técnicas cirúrgicas que impliquem lesão do nervo (Fanelli, 2008).

Tratamento farmacológico

Depois de efectuada uma avaliação adequada do doente e termos o diagnóstico específico do tipo de dor e a sua causa, deve-se instituir um tratamento eficaz para o controlo da dor. A terapia farmacológica continua a ser o método de eleição, que envolve o uso de analgésicos opióides, relaxantes musculares, anestésicos e anti-inflamatórios (Kazanowski e Laccetti, 2005).

A OMS estabeleceu uma escala de degraus, de forma a ser mais fácil a organização dos métodos de controlo farmacológico a instituir.

Figura nº 5. Escada Analgésica da OMS (adaptado de Gonçalves, *et al.*, 2007).



Os medicamentos de primeiro degrau são usados no tratamento de dor leve, geralmente graduada de 1 a 3 numa escala de 10 pontos. Aqui são sobretudo usados os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e paracetamol. No segundo degrau são utilizados

medicamentos para dor moderada, geralmente graduada entre 4 a 6, sendo associados os fármacos do primeiro degrau a opióides, por último no terceiro degrau são usados fármacos para dor intensa, graduada entre 7 a 10, usando-se os opióides como opção terapêutica (Thomas e Gunten, 2009).

Analgésicos opióides

Os opióides constituem os mais potentes analgésicos de que dispomos para o alívio da dor, nomeadamente a do pós-operatório (Caseiro, 2004). O uso deste tipo de analgésicos estão indicados quando existe um fenómeno de dor moderada ou grave, dando-se preferência pela escolha de opióides fracos, tais como a codeína e o tramadol. O facto de serem causa de efeitos secundários, como náuseas, sonolência, prurido, vómitos, retenção urinária e obstipação, pode diminuir o grau de satisfação por parte do doente no controlo da sua dor. As vias de administração deste tipo de fármacos são a via oral, endovenosa, intramuscular, subcutânea, sublingual e rectal (Alvarez, *et al* 2012).

Analgésicos anti-inflamatórios não esteróides

A sua denominação tem como base a capacidade que estes têm em intervir sobre a inflamação e ainda terem uma ação denominada de tripla actividade terapêutica, como analgésica, anti-inflamatória e antipirética (Caseiro, 2004). Estes fármacos atuam ao inibir a acção ciclo-oxigenase (COX) e as prostaglandinas. Ao bloquear a COX-1 e COX-2 isoenzimas, diminuem a sensibilização nociceptora ao atenuar a resposta inflamatória (McDaid, 2010). Outros estudos também demonstraram que o uso dos AINES possibilita uma redução cerca de 20% a 30% de uso de opióides (Picard *et al.*, 1997 *cit. in* MacPherson, 2000).

Relaxantes musculares

Este grupo de fármacos são essencialmente utilizados no tratamento de síndromes dolorosas, mas também são utilizados no tratamento da dor aguda. Os relaxantes musculares são úteis em doentes que com a presença da dor têm alterações no seu

padrão de sono e em contraturas musculares. A ação deve-se à estimulação dos neurónios gabaenérgicos que inibem os impulsos tónicos a partir da supra espinhal para os neurónios motores. Este têm o seu mecanismo de ação sobre o SNC que provoca uma depressão sob o reflexo polissináptico, ainda assim não alteram a transmissão neuromuscular. O mecanismo de ação esta relacionado com a diminuição dos níveis de prostaglandinas, hiperpolarização das fibras aferentes, redução dos níveis de glutamato e aspartato medular (Sakata, 2008).

Analgésicos antipiréticos

Neste grupo de fármacos encontram-se os analgésicos não opióides , que pelo seu modo de acção e características farmacológicas, não são classificados no grupo dos AINE'S.

O paracetamol é o fármaco de primeira escolha para o controle da dor no período pós-operatória, é um analgésico com poucos efeitos adversos e poucas contra indicações, permitindo deste modo reduzir a necessidade de AINE e opióides (Elia *et al*,2005). O mecanismo de acção não é conhecido com exactidão, mas é conhecido por funcionar diminuindo a dor através da inibição COX central, mas não inibe a COX periféricas, e assim não possuir características anti-inflamatórias, Este facto fica a dever-se a uma actuação predominantemente central, activando as vias serotoninérgicas da modulação descendente, mas também inibindo a síntese das prostaglandinas a nível cerebral, sem inibir de forma significativa os subtipos 1 e 2 da ciclo-oxigenase periférica. Após a administração, o paracetamol é rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal, mas também é necessário termos em consideração que a sua absorção é retardada por antiácidos. As concentrações plasmáticas são alcançadas dentro de 30-60 minutos e é recomendado em mulheres grávidas, idosos e crianças. O seu principal efeito adverso é a hepatotoxicidade geralmente devido a sobredosagem, portanto deve ser utilizado com moderação, em pessoas com insuficiência hepática (se grave, está contra-indicado) e alcoolismo crónico (Alvarez, *et al* 2012).

A analgesia controlada pelo doente (PCA)

Segundo Caseiro (2004), “terá sido, muito provavelmente, Roe, em 1963, que foi responsável pelo arranque do desenvolvimento desta técnica, ao comprovar que pequenas doses de um opióide, administradas repetidamente por via E.V., eram mais eficazes do que os habituais regimes de administração muscular tão populares na época.”

Numerosas publicações têm mostrado que pequenas doses de analgésicos controlados pelo doente têm uma melhoria significativa no alívio da dor. Baseando-se nestas publicações, foi criada a técnica analgésica PCA, esta técnica permite ao doente controlar continuamente a sua dor e ajustar a dose de analgesia de acordo com a sua necessidade. A satisfação dos pacientes e enfermeiros são evidentes, esta técnica fornece autonomia ao paciente e elimina o atraso na administração de analgesia, bem como reduz a ansiedade provocada pela dor, diminui a carga de trabalho aos profissionais de saúde, é uma técnica simples e se o analgésico escolhido for opióide, diminui as complicações associadas ao uso destes (Alvarez *et al*, 2012).

Analgesia espinal

A analgesia espinal, tem uma abordagem que é feita pela via epidural ou subaracnoideia, envolvendo a colocação de um cateter no espaço epidural, através de uma agulha apropriada (agulha de Tuohy), tendo como objetivo o bloqueio da transmissão dolorosa a nível medular. Apesar de no intra operatório conseguir o mesmo objetivo, só a via epidural apresenta flexibilidade para continuar no período pós-operatório a administração do método anestésico-analgésico que teve início a quando da cirurgia, uma vez que o cateter anteriormente colocado permite uma administração contínua de fármacos (anestésicos locais, opióides ou uma mistura de ambos) de acordo com a estratégia idealizada (Caseiro, 2004).

Bloqueios nervos periféricos

O bloqueio do nervo periférico consiste na colocação de um cateter introduzido juntos dos nervos periféricos que nos permite assim ter um controle da dor mais eficaz. Existem inúmeras vantagens na utilização desta técnica analgésica, permite uma analgesia selectiva da área, a incidência de efeitos colaterais é muito reduzida e facilita a recuperação pós-operatória assim como uma alta precoce. No entanto, também existem algumas desvantagens, tais como, técnica dispendiosa, com indicação específica para determinado tipo de cirurgias, requer especializada e, vigilância dos cateteres que exigem cuidados especiais (Alvarez *et al*, 2012).

Os fármacos de eleição neste tipo de analgesia são os anestésicos locais, que inibem de uma forma reversível a condução dos impulsos nervosos ao longo das fibras nervosas, bloqueando os canais de sódio (Alvarez *et al*, 2012).

Tratamento não farmacológico

Os tratamentos não farmacológicos utilizados para o controle da dor são utilizados, com o objectivo de melhorar e restabelecer a qualidade de vida dos doentes (Aoki, 2008). Os tratamentos físicos só são eficazes quando são efectuados repetidamente e de forma prolongada, são de importância extrema no controle da dor principalmente em doentes que sofrem de dor aguda e particularmente de dor neuropática. Este tipo de tratamento não deve ser usado sem uma avaliação prévia e correcta do doente, nem nunca deve substituir a terapêutica, no entanto a associação da terapêutica convencional que no conjunto potenciam o efeito analgésico permitindo assim uma melhoria significativa na qualidade de vida nas pessoas que vivem com dor (Binoche e Martineau, 2006).

As estratégias não farmacológicas tem como objectivos, o alívio e controlo do síndrome doloroso e a melhoria do funcionamento físico, psíquico e social, com o intuito de melhorar a qualidade de vida. Assim, as AVD's, o funcionamento pessoal, ocupacional, social e de lazer ficam comprometidas o que podem influenciar negativamente o estado geral da doença. Contudo, existem algumas medidas não farmacológicas que os

profissionais de saúde podem adotar dando a conhecer à pessoa mecanismos não farmacológicos para que possa controlar a sua dor, como, massagens, aplicação de gelo e calor, técnicas de relaxamento como por exemplo ouvir música, respirar profundamente, ler e ver televisão, a distração dirigida como por exemplo, rezar ou visualizar de imagens, o exercício e atividade física como caminhar e mudar de posição na cama (Milhomens *et al*, 2012).

iv. Unidades Funcionais de Dor Aguda – Modelos Organizativos

Para que o controle da dor aguda no pós-operatório seja eficaz, será necessário assimilar o conceito de atuação organizada em analgesia no pós operário, que tem como objectivo, minimizar a ineficácia dos procedimentos analgésicos, colmatar a formação inadequada dos profissionais de saúde e garantir a segurança e vigilância dos doentes no período do pós-operatório. Neste contexto, há aproximadamente 20 anos desenvolveram-se dois modelos de organização da analgesia no pós-operatório – *o modelo americano ou anesthesiologist based* e *o modelo europeu ou nurse based*, que apresentam entre si algumas diferenças funcionais e organizativas (Garcia *et al*, 2005).

Foi B. Ready em 1988, nos EUA (Estados Unidos da América) quem introduziu pela primeira vez as bases de desenvolvimento de uma verdadeira UDA (Unidade de dor Aguda), descrevendo a experiência de uma unidade centrada nos profissionais médicos (anestesiologistas) no tratamento de dor no pós-operatório, em 820 doentes, onde foram usadas a PCA e analgesia epidural com opióide. Esta etapa demonstrou que novas técnicas sofisticadas poderiam ser usadas para melhorar o alívio da dor pós operatória. *O modelo americano* consiste numa abordagem técnica e dispendiosa que contempla um conjunto de médicos anestesiologistas, enfermeiros e farmacêuticos, com dedicação exclusiva a esta função. Apenas são incluídos doentes selecionados cuja agressividade requeira tratamentos farmacológicos não convencionais (Fernandes *et al*, 2014).

Na Europa a partir dos anos 90, quando os hospitais começaram a avaliar o impacto económico da implementação deste modelo, rapidamente constataram não ser aplicável aos sistemas de saúde europeus. Neste contexto, Rawal, em 1997, descreveu o *modelo europeu* (baseado no enfermeiro e supervisionado pelo anestesista), mais económico, que engloba toda a tipologia cirúrgica independentemente do seu grau de agressividade contemplando todo o tipo de analgesia (convencional e não convencional) distinguido apenas pelos critérios de diferenciação da vigilância, sendo supervisionado por médicos anesthesiologistas na maioria dos casos a tempo completo, reservando aos enfermeiros uma função pivot na organização (Fernandes *et al*, 2014). Portugal, em 2001, com a publicação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) (DGS, 2001), no conjunto de recomendações para o controlo e prevenção da dor introduz a necessidade do país assimilar o conceito de atuação organizada em analgesia do pós-operatório, com o objetivo de garantir um planeamento integrado, incluindo todos os grupos etários, a desenvolver-se nos moldes das Unidades Funcionais de Dor Aguda de modelo europeu. No entanto, as orientações deste plano ficaram aquém dos objetivos pretendidos, o que motivou uma constante reflexão do conjunto de boas práticas ao longo destes anos. Num inquérito efetuado pelo Centro Nacional de Observação em Dor a todos os hospitais públicos e privados do Serviço Nacional de Saúde SNS em 2010, pode constatar-se existirem à data 18 Unidades de Dor Aguda, centradas no modelo médico e 9 unidades centradas no modelo europeu (DSG, 2008).

Sabendo-se que a eficácia do controlo da dor aguda, em particular da dor aguda do pós-operatório, não se relaciona com a insuficiência de métodos analgésicos eficazes, mas sim com a ausência de uma estrutura organizada, entendeu a DGS em 2012, no seguimento das recomendações do PNLCD e Plano Nacional para o Controlo da Dor (PNCD) publicar a Norma 003/2012 – Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda (DGS, 2012), que estabelece que nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, tem de existir uma unidade funcional de dor aguda. Este documento define o modelo organizativo a adotar dando possibilidade às instituições de se ajustarem ao tipo de recursos existentes e ao grau de diferenciação dos doentes que cuida, assente no trabalho de uma equipa multidisciplinar com formação e treino na abordagem da dor aguda, sob a coordenação de um médico e assente nos seguintes requisitos: (1) prestação de cuidados individualizados nos âmbito da dor aguda no pós-operatório,

procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos; (2) uso de escalas de avaliação de intensidade da dor e métodos adequados ao seu registo; (3) elaboração de protocolos de atuação clínica (terapêuticos e de vigilância); (4) capacidade de orientação e intervenção terapêutica 24h por dia; (5) realização de programas de formação a todos profissionais de saúde envolvidos na dor aguda; (6) informação aos doentes e/ou cuidadores relativamente à dor e ao seu tratamento; (7) avaliação da qualidade dos serviços através da implementação de programas de auditoria regulares e sistemáticos, utilizando indicadores representativos da atividade assistencial:

- Eficácia da abordagem da dor aguda pós-operatória:

% de doentes sem dor ou com dor ligeira em repouso (intensidade inferior a 3 na escala numérica 0-10);

% de doentes com dor associada ao movimento (respiração profunda, tosse eficaz, mudança de posição no leito, deambulação) de intensidade inferior a 3 (escala numérica 0-10).

- Abordagem da dor aguda não relacionada com a cirurgia:

% de doentes com dor aguda que têm registos da intensidade da dor;

% de doentes com registos de dor moderada ou severa em valiações consecutivas;

% de doentes com dor moderada a severa que receberam tratamento analgésico nos 15 minutos seguintes à avaliação.

- Formação dos profissionais de saúde promovida pela Unidade de Dor Aguda:

% de médicos que estiveram presentes numa ação de formação relativa à abordagem da dor nos últimos 3 anos;

% de enfermeiros que estiveram presentes numa ação de formação relativa à abordagem da dor nos últimos 3 anos.

- Informação do doente relativamente à abordagem da dor:

% de doentes admitidos para procedimentos cirúrgicos eletivos que receberam informação pré-operatória relativa à abordagem da dor;

% de doentes admitidos na unidade hospitalar de forma não programada que receberam informação relativa à abordagem da dor.

- Satisfação do doente:

% de doentes satisfeitos com a informação fornecida relativamente à dor e aos métodos para o seu controlo;

% de doentes que sentem que os profissionais de saúde fizeram tudo o que era possível para controlar a sua dor;

% de doentes que escolheriam um método alternativo para controlo da dor, caso necessitem de um outro procedimento cirúrgico. (DGS, 2012).

Concluindo, a organização da analgesia pós operatória é uma necessidade à qual as instituições de saúde têm que dar resposta, envolvendo médicos, enfermeiros, farmacêuticos e doentes, com vista a melhorar o controlo da dor, promover a reabilitação funcional dos doentes, minimizar as co-morbilidades associadas à dor aguda não tratada e contribuir para a humanização e qualidade dos cuidados prestados. Em todo este circuito o enfermeiro assume um papel central devendo ser garantida a sua inclusão no modelo organizativo a adotar.

v. Satisfação dos doentes

A satisfação é um aspeto multifuncional que deve ser entendida como resultado entre as espetativas dos doentes e os cuidados fornecidos pelos profissionais de saúde (Alvarez, *et al* 2012).

Apesar de existir um grande aumento das estruturas organizativas em dor aguda, estas ainda não são suficientes, por isso é ainda reduzida a prática de avaliar o grau de satisfação dos doentes no âmbito da dor aguda no pós-operatório, em Portugal. Um dado que se destaca principalmente, porque a gestão da dor é conhecida como um factor significativo e recorrente de insatisfação dos doentes (Tocher *et al*, 2012)

É uma evidência científica que os doentes esperam ter dor no pós-operatório, mas paralelamente a satisfação dos doentes com os cuidados e o aumento dos ganhos em saúde tornaram-se importantes critérios da qualidade dos cuidados prestados e têm sido alvo de um grande ênfase por parte dos Serviços Nacionais de Saúde. No entanto, a relação entre a satisfação e a qualidade dos dados recebidos é complexa e influenciada pelo doente, profissionais de saúde e fatores organizacionais (Tocher *et al*, 2012).

Sobre a influência do controlo da dor na satisfação da dor dos doentes, o relatório “Pain After Surgery” do “Royal College of Surgeons” e do “Royal Collge Anaesthesis” de 1990, evidenciou elevados níveis de dor pós cirúrgica, mas observou que os doentes, nesses mesmos estudos, relataram estar satisfeitos com os cuidados, sugerindo a perceção de que a sua dor pós cirúrgica é inevitável (Tocher *et al*, 2012). De facto, na maioria dos estudos consultados, não existe relação entre a satisfação dos doentes e os níveis de intensidade de dor, ou seja estes experimentam elevados níveis de dor e continuam a manifestar graus de satisfação moderados ou elevados. (Garcia *et al*, 2005 e Gallego, 2004 e Tocher *et al*, 2012 e Alvarez, *et al* 2012).

Perante estes resultados, os autores questionam se os doentes entrevistados se encontram satisfeitos, com os cuidados globais instituídos, com o trato humano recebido ou com o resultado do tratamento da dor recebido, já que os graus de satisfação são muitas das vezes incapazes de diferenciar as diferentes dimensões de cada um destes aspetos (Gallego, 2004).

No contexto nacional, um trabalho realizado pelo serviço de anestesiologia do Hospital de São João (Unidade Funcional de dor Aguda) em 2012, que pretendia estudar os indicadores clínicos de qualidade analgésica e inquérito qualitativo de avaliação de

analgesia nas primeiras 24h, no total de doentes (n=1647), sendo que 736 doentes eram da especialidade de ortopedia que representa a maior percentagem da amostra, verificou-se que a satisfação dos doentes é elevada e referem dor menor do que o esperado (Fonseca et al, 2012).

No entanto, no estudo de Leal *et al* (2005), que tinha como objetivo identificar os factores psicossociais que influenciam a perceção da dor no pós-operatório em doentes submetidos de revascularização do miocárdio (n=93) concluiu-se que foi significativa a correlação negativa entre a satisfação do tratamento e a dor percecionada a partir das 48h, sugerindo uma maior satisfação para indivíduos que experienciaram níveis de dor baixos (às 24h a dor apresenta níveis mais elevados tendendo a diminuir com o passar do tempo). Os autores concluem que após as primeiras 48 do pós-operatório a experiência da dor é influenciada por fatores psicossociais em particular pelas expectativas de dor, expectativas de auto-eficácia, apoio percebido, percepção da saúde geral, percepção de saúde mental e satisfação com o tratamento da dor, pelo que os resultados apontam para a importância de um modelo de intervenção orientado. Num estudo sobre dor aguda do pós-operatório (n=726), realizado em 6 hospitais portugueses, concluiu-se que o grau de satisfação com o tratamento da dor é elevado (60,9%) (Caseiro *et al*, 2009).

Assim, continua a ser pertinente avaliar a satisfação dos doentes com o tratamento recebido, para responder a todos os problemas que possam surgir. A avaliação inadequada, a variabilidade individual na experiência e exposição à dor, a falta de comunicação entre os profissionais de saúde com os doentes, as atitudes negativas no uso de opióides e a não valorização da dor, são os principais fatores para que os doentes fiquem insatisfeitos com o controlo da sua dor (Chung e Lui, 2003).

vi. Enfermagem e controlo da dor aguda pós-operatório

A dor é uma área de estudo onde as ciências de enfermagem poderão encontrar, através de esforços multidisciplinares concertados, níveis de atuação promotores da qualidade existencial da vida dos doentes. Os enfermeiros na sua prática, e de acordo com o seu mandato social procuram entender a pessoa com dor, razão pela qual é fundamental que possuam conhecimentos e capacidades para proceder ao diagnóstico da dor e decidir intervenções mais apropriadas (Alvarez, *et al* 2012). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) enquanto classificação – estrutura organizadora do conhecimento de Enfermagem – fornece termos para enunciar diagnósticos e intervenções de enfermagem. A dor na estrutura CIPE constitui um foco da prática, distinguindo vários tipos de dor (dor oncológica, dor cutânea, dor músculo-esquelética, dor visceral, dor neurogénica, dor vascular, dor trabalho de parto e disuria). A dor por ferida é um tipo de dor cutânea, dor por fratura é um tipo de dor óssea que por sua vez é um tipo de dor músculo-esquelética (Aqualusa *et al* 2007).

O conhecimento das definições de cada tipo de dor facilita o processo de diagnóstico, assim importa ao longo do processo de diagnóstico para além das características específicas da dor (origem, localização, manifestações) valorizar-se outros aspetos:

- A intensidade da dor, através da avaliação e registos sistemáticos, considerando uma norma pela prática (5º sinal vital);
- Descrição das características qualitativas da dor, sendo que as palavras e os gestos no contexto da dor aguda podem constituir dados relevantes para o processo de diagnóstico na medida em que cada pessoa tem uma forma própria de expressar a sua dor;
- Identificar atividades diárias que diminuam, exacerbem ou eliminem a intensidade da dor (mobilização, fisioterapia, respirar profundamente, sono);
- A descrição de sintomas concomitantes as terapêuticas instituídas;
- Identificar as estratégias não farmacológicas usualmente utilizadas para o alívio da dor e sua eficácia.

Este processo a comunicação nos dois sentidos tem um papel primordial no controlo da dor tanto para o doente como para o enfermeiro, o doente porque se encontra numa situação de ansiedade, medo e desconfiança, relativamente à intervenção cirúrgica que vai ser submetido e à provável dor sentida. O enfermeiro terá assim que estar disponível para se aperceber das suas necessidades estabelecendo estratégias que vão de encontro aos receios e necessidades de cada doente (Leonor, 2007).

Enquanto o modelo americano das unidades de dor aguda, assenta num modelo elitista assente na vigilância médica o modelo europeu responsabiliza o enfermeiro na vigilância de doente operado, não se resumindo a sua função à avaliação da dor envolvendo a totalidade da problemática do doente cirúrgico, na qual se deve integrar de forma organizada a analgesia e o controlo da dor. Assim o enfermeiro é um elemento de referência nas unidades de dor aguda. Que tem como responsabilidade:

- Tornar a dor visível;
- Interpretar os sinais óbvios do efeito analgésico;
- Atuar em conformidade com os protocolos de monitorização e vigilância instituídos;
- Fazer registos de vigilância de todas as ocorrências inerentes a atividade das estratégias terapêuticas implementadas;
- Promover o ensino e a informação sobre dor no pós-operatório, as suas consequências e as diversas possibilidades de tratamento (Caseiro, 2004).

Importância da informação sobre a dor

Um dos principais parâmetros que os profissionais de saúde têm que ter para o controlo da dor no pós-operatório, é a informação que têm de transmitir ao doente, sobre a dor que ele poderá sentir no pós-cirurgia. Ao analisar as necessidades dos doentes, é preciso ter em conta vários parâmetros para que a informação seja adequada e perceptível (Melotti, 2005).

Para uma boa informação sobre dor aos doentes, os profissionais de saúde devem, explicar em linguagem clara e compreensível que esta é uma sensação desagradável que afeta negativamente o seu dia-a-dia. Devem também, transmitir ao doente e cuidadores, que a dor pode ser aliviada com terapia analgésica adequada na dose e frequência ajustada às suas necessidades, explicar de forma clara a ambos o tipo de cirurgia a que o doente vai ser submetido, e especificar de forma mais exata possível o tipo de dor que irá sentir no pós-operatório e os cuidados que necessitará, por ultimo mas não menos importante, deve avaliar-se a ansiedade e os medos, pois a evidencia diz que um doente que se sente ansioso ou com medo da cirurgia, necessita de mais informação no pré operatório (Bassols, 1999).

Segundo a “*European Minimun Standards for the Management of Postoperative Pain*” os doentes devem ser informados pelos profissionais de saúde sobre os objectivos do tratamento e os seu benefícios, as opções de tratamento possíveis, as várias técnicas para a administração de analgésicos, a eficácia dos diferentes tratamentos, as possíveis complicações e efeitos secundários, o baixo risco de dependência associada a administração de opióides e a forma e o método que de avaliação da dor. (Allvin et al, 1998).

Segundo o levantamento da Associação Espanhola de Cirurgiões em dor, 76% dos doentes não recebem qualquer formação específica sobre a dor aguda (Landa, 2004). Embora 71,6% dos profissionais de saúde reconheça que fornecem informações sobre a dor oralmente, apenas 29,6% admitem fornecer informações por escrito. Em 87,1% dos casos, a equipa médica reconhece que é da sua responsabilidade informar devidamente os doentes (Montes, 2008).

Entre as principais causas que impedem a correcta gestão da dor aguda no pós-operatório, destacam-se a formação inadequada na área dos profissionais de saúde, e a falta de uma estrutura organizacional que promova a implementação protocolos analgésicos adequados para o controlo da dor (Alvarez, et al 2012).

Informação adequada, especializada e compreendida pelos doentes no seu meio ambiente, reduz a intensidade de experiência da dor e aumenta o grau de satisfação dos doentes no controlo da dor aguda no pós-operatório (Lemos, 2009).

3. Objetivos de investigação

De acordo com a questão de partida e após a revisão da literatura efectuada, foi elaborada a seguinte questão de investigação: Qual a relação entre o nível de intensidade de dor e o grau de satisfação com a gestão da dor aguda nas primeiras 24h, em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho, no Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro EPE, no período de 2 Fevereiro a 31 de Março de 2014?

Pois, segundo Fortin (2003, p. 51), a questão de investigação “ (...) é enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”. A escolha desta instituição residuiu no facto de a mesma dispor de uma Unidade Funcional de Dor Aguda, cujo modelo organizativo obedece as recomendações das boas práticas no controle de dor aguda do pós-operatório.

A escolha da população, pessoas submetidas a artroplastia da anca, que “consiste na substituição da superfície articular do acetábulo e/ou de parte do fémur por materiais de substituição.” (Maria M 2011), é a intervenção cirúrgica mas utilizada no tratamento da artrite severa da anca e para o tratamento da coxa artrose (Serra, 2001; Venes, 2001). As principais patologias que têm indicação para este tipo de intervenção cirúrgica são, as doenças degenerativas da Anca e fracturas do fémur. Enquanto nas primeiras a cirurgia é programada, nas segundas a cirurgia é maioritariamente urgente (Maria M., 2011), e artroplastia joelho que consiste numa intervenção cirúrgica que repõe partes desgastadas ou danificadas da articulação do joelho, tem como indicação principal aliviar a dor e melhorar os movimentos da articulação do joelho, realiza-se quando o tratamento conservador não tem mais benefícios para a pessoa (Ohio, 2008), deve-se à facilidade

na obtenção de dados e ao facto de ser uma cirurgia associada a elevados níveis de dor pós-operatória.

Relativo às pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho nas primeiras 24h e para que fosse possível responder à questão de investigação, foram definidos os seguintes objetivos, uma vez que, como explica Fortin (2003, p. 100), “o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

- (1) Avaliar o nível de intensidade de dor;
- (2) Avaliar o grau de satisfação com a gestão da dor;
- (3) Conhecer a interferência da dor nas actividades de vida diária e no estado anímico e emotivo.
- (4) Conhecer a relação entre o nível de intensidade da dor e o grau de satisfação com a gestão da dor.

II. FASE METODOLÓGICA

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 2003,p.131). Nesta fase são definidos o desenho de investigação (tipo de estudo e meio para a sua realização), a população e amostra, as variáveis a estudar, o instrumento de colheita de dados a utilizar e o modo de tratar e analisar os dados, bem como os princípios éticos, que foram utilizados.

1. Desenho da investigação

Depois de definida a questão de partida, assim como os objetivos do estudo, no desenho de investigação deve proceder-se à elaboração de um plano lógico que terá como meta, a obtenção de respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin 2003, p.132).

Neste estudo de investigação, foi escolhido o método quantitativo, porque além de se procurar explorar a relação entre as variáveis (Fortin, 2003, p.133): nível intensidade de dor, grau de satisfação e técnicas analgésicas instituídas, e a verificação de relações estatísticas, segundo Fortin, (2003, p.22) este é ainda “um processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis (...) que tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos...”, possibilitando a universalização dos resultados no caso de a amostra ser representativa.

Trata-se também de um estudo descritivo, pretende “caracterizar o fenómeno (...) tendo como objectivo discriminar agentes fundamentais ou conceitos que possam estar relacionados ao fenómeno em estudo” (Fortin, 2003, p.162).

Quanto à dimensão temporal, é um estudo transversal porque “os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de colheita de dados” (Polit e Hungler, 1995, p. 180).

Em suma, caracteriza-se como um estudo de natureza quantitativa, descritivo e transversal.

2. População, processo de amostragem e amostra

Para Fortin (2003, p.202), “uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, neste estudo foram as pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho no Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro EPE, no período de 2 de Fevereiro a 31 de Março de 2014.

Decidiu-se por uma método de amostragem não probabilístico acidental, isto é, não probabilística porque os indivíduos não possuem a mesma probabilidade de integrar a amostra e acidental porque a amostra é organizada por indivíduos que se encontram num local preciso e de fácil acesso. Como explica Fortin (2003, p.208), “amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (...) a amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, como por exemplo, as pessoas hospitalizadas”.

A amostra é um subconjunto de sujeitos que detêm características idênticas. Como reconhece Fortin (2003, p. 202), a “amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população”. Neste estudo, a amostra é constituída pelas pessoas que foram submetidas a artroplastia da anca e joelho, no Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro EPE, no período de 2 Fevereiro a 31 de

Março de 2014 e que concordaram participar no estudo, sendo critérios de exclusão, possuir menos de 18 anos, ter patologia psiquiátrica diagnosticada, fatores cognitivos ou psicológicos que impeçam responder ao formulário, num total de 27.

3. Variáveis em estudo

As variáveis são segundo Fortin (2003, p 36), “qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores, ”Estas possuem várias maneiras de serem classificadas, “os tipos de variáveis mais correntemente apresentados nas obras metodológicas são: variáveis independentes e dependentes; variáveis atributo” (Fortin, 2003, p.37)

Neste estudo, definiu-se como variável independente o nível de intensidade de dor. Uma vez que a variável independente é a que “o investigador manipula (...) para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin, 2003, p.37). Esta variável será operacionalizada, da seguinte forma: na escala analógica visual o valor 0 corresponderá a “Sem dor”, os valores de 1 a 3 corresponderão a “Dor ligeira”, os valores de 4 a 7 corresponderão a “Dor moderada” e os valores de 8 a 10 corresponderão a “Dor severa”.

A variável dependente “ é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin, 2003, p.37), sendo neste caso o grau de satisfação com a gestão da dor nas primeiras 24h, que foi operacionalizada da seguinte forma: na escala analógica visual o valor 0 corresponderá a “Insatisfeito”, os valores de 1 a 3 corresponderão a “Levemente satisfeito”, os valores de 4 a 7 corresponderão a “Moderadamente satisfeito” e os valores de 8 a 10 corresponderão a “Muito satisfeito”.

No que concerne às variáveis atributo, ou seja, as características dos indivíduos em estudo (Fortin, 2003, p.37), foram o sexo, o tipo de cirurgia, a idade, o tempo que passou depois da cirurgia, técnicas analgésicas instituídas e vias de administração.

4. Instrumento de recolha de dados

Para Fortin (1999,p.403), a colheita de dados reside “ (...) em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim.” Assim, para dar resposta aos objectivos, foi construído um formulário como instrumento para a colheita de dados.

Um formulário é um instrumento de recolha de dados estruturado, onde o investigador coloca as questões, as hipóteses de resposta e é o investigador que preenche todo o formulário e que lhe permite clarificar as perguntas e mesmo reformula-las, de modo a facilitar a sua compreensão, como refere Polit e Hungler (1995, p.168), um formulário “é um instrumento totalmente estruturado, solicita-se aos sujeitos que respondam exactamente às mesmas perguntas, (...), sendo que eles recebem o mesmo conjunto de opções para suas respostas”.

Assim, este formulário (Anexo nº 1), teve como base de trabalho o inquérito “Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire, for Quality Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults” proposto pela American Pain Society para avaliar o grau de satisfação em pessoas adultas com dor e no inquérito do Estudo Sobre Dor Aguda Pós-Operatória no Serviço Nacional de Saúde (Caseiro., *et al* 2009). Está dividido em duas partes. A primeira com questões relativas à caracterização da amostra (sexo, tipo de cirurgia, idade e tempo que passou depois da cirurgia.) e dados obtidos a partir da consulta do processo clínico (técnicas analgésicas instituídas e vias de administração) a segunda parte é constituída por questões dirigidas diretamente ao utente (nível de intensidade de dor, frequência da dor, grau de satisfação com a gestão da dor, métodos não farmacológicos no controle da dor).

A recolha de dados foi feita no período de 2 de Fevereiro a 31 de Março de 2014, após ter sido solicitada e obtida a autorização da instituição (Anexo nº2), a aprovação pela comissão de ética.

5. Pré teste

Realizou-se um pré-teste a uma amostra populacional idêntica à do grupo em estudo, com o intuito de averiguar a pertinência das questões que foram formuladas, detectar dificuldades de preenchimento e posteriormente proceder as correções do instrumento de colheita de dados caso se imponha. Segundo Fortin (2003), o pré-teste permite ainda resolver problemas imprevistos e verificar a redação e ordem das questões.

O pré-teste foi realizado no dia 15/01/2014 no Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro EPE., a 4 doentes submetidos a a artroplastia da anca e joelho, que não foram incluídos na amostra.

Depois de avaliados os dados que foram obtidos através da realização do pré-teste, concluiu-se que não era necessário alterar o instrumento de colheita de dados.

6. Tratamento e apresentação dos dados

Depois da colheita de dados, foi necessário proceder ao tratamento estatístico. Os dados foram tratados no software S.P.S.S. (Statistical Product and Service Solutions) versão 21. Foi feita análise estatística descritiva, através do cálculo de frequências simples relativas e absolutas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) e Teste de Correlação de Pearson (ρ).

Os resultados dão resposta aos objetivos e questões de investigação, estando organizados de acordo com a ordem com que estes foram definidos e são apresentados em forma de tabelas e gráficos.

7. Princípios éticos

Para que fosse realizada a investigação que iria envolver seres humanos e tendo em conta que estes possuem os seus direitos e que têm sempre que ser respeitados, tiveram-se em conta todas as normas éticas para este estudo de investigação. Pois segundo (Fortin, 2003, p.113), “a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação”.

No decorrer deste estudo foram assegurados os cinco principais princípios do Código de Ética de Investigação (Fortin, 2003). Sendo eles:

Direito à auto-determinação – “ Baseia-se no respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino (...) enquanto pessoa autónoma, ele é convidado a participar no estudo e escolhe voluntariamente nele participar ou não”. (Fortin, 2003, p.116). Perante este direito, todas as pessoas que eram submetidas a responder ao formulário, eram informados de uma forma clara, que a sua participação era livre e que poderiam ainda optar por desistir em qualquer momento.

Direito à intimidade – “ Faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a transmitir (...) determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”. (Fortin, 2003). Foi então fornecida a informação às pessoas que iriam participar nesta investigação, que eles gozavam do direito de negarem a partilhar qualquer informação que não considerassem pertinente, bem como de se negarem a responder a alguma questão.

Direito ao anonimato e confidencialidade –“ respeito pela não divulgação dos dados colhidos sem a autorização expressa do sujeito, e pela ocultação da identidade do indivíduo na associação às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.” (Fortin, 2003, p.117). Neste sentido, foi explicado que as informações que fornecessem seriam anónimas, isso significa, que o nome ou qualquer outra identificação que constasse do questionário seria eliminada e não seria incluída em qualquer registo.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo – “Corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes passíveis de lhe causarem mal ou de a prejudicarem” (Fortin, 2003). Se durante a recolha de dados fossem observados pelo investigador ou referidos pela pessoa quaisquer desconfortos, era lembrado o direito à desistência em qualquer momento.

Direito a um tratamento justo e equitativo –“ direito que o participante tem em ser esclarecido acerca da natureza, o fim e a duração da investigação, bem como dos objectivos e métodos utilizados.” (Fortin, 2003,). Foi providenciada toda a informação sobre a natureza da investigação, os objectivos, a metodologia e o tempo previsto para o preenchimento do instrumento de recolha de dados.

Para confirmação do respeito por todos estes princípios éticos, foi elaborado um consentimento informado (Em Anexo nº3), que foi sempre apresentado e assinado pelos participantes no estudo.

III. FASE EMPÍRICA

Terminado o enquadramento teórico e a metodologia de investigação, agora, é chegado o momento de apresentar toda a vertente empírica. A fase empírica segundo Fortin, (2009) “ (...) inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e análise estatística”. Desta forma, nesta fase serão apresentados os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

1. Apresentação dos dados

A apresentação dos dados estará organizada em dois pontos, o primeiro relativo à caracterização da amostra e o segundo relativo aos dados que permitirão obter uma resposta às questões de investigação formuladas para este estudo. Os dados serão apresentados em tabelas ou gráficos, de acordo com a sua natureza e tendo em conta a facilidade da sua leitura.

Caracterização da amostra

Obtiveram-se um total de 27 formulários devidamente preenchidos, tendo sido todos incluídos no tratamento dos dados que a seguir se apresenta. Para a caracterização da amostra serão utilizados os dados sociodemográficos relativos ao sexo e à idade; os dados clínicos relativos ao tipo de cirurgia efetuada, às técnicas de tratamento e vias analgésicas utilizadas, bem como os efeitos secundários referidos; e por fim, os dados sobre as informações e solicitações por parte dos inquiridos para o tratamento da dor, nomeadamente a disponibilização e utilidade da informação, a solicitação de terapêutica e o tempo de espera para que esta fosse administrada.

Dados sociodemográficos

Tabela nº1. Distribuição da amostra segundo o sexo.

| Sexo | n | % |
|-------------|----------|----------|
| Masculino | 6 | 22,20% |
| Feminino | 21 | 77,80% |
| Total | 27 | 100% |

A amostra é constituída por um total de 27 pessoas submetidas a artroplastia da anca ou do joelho. Destas, 21 (77,80%) pertencem ao sexo feminino e 6 (22,20%) ao sexo masculino, como se pode observar na tabela nº1.

Tabela nº2. Distribuição da amostra segunda a idade.

| Idade dos inquiridos | |
|-----------------------------|-------|
| Média | 66,85 |
| Mediana | 69 |
| Moda | 72 |
| Desvio padrão | 12,5 |
| Máximo | 83 |
| Mínimo | 18 |

A média de idades da amostra é de 66,85 anos, sendo a moda de 72 anos. As idades variam entre os 18 e os 83 anos, sendo o desvio padrão de 12,5, como se pode observar na tabela nº 2.

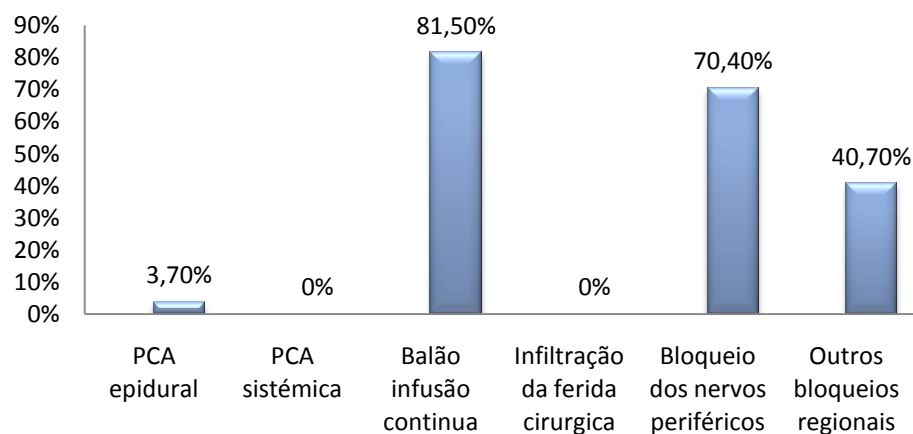
Dados clínicos

Tabela nº 3. Distribuição da amostra segundo o tipo de cirurgia.

| Tipo de cirurgia | n | % |
|---------------------|----|--------|
| Artroplastia Anca | 8 | 29,60% |
| Artroplastia Joelho | 19 | 70,40% |
| Total | 27 | 100% |

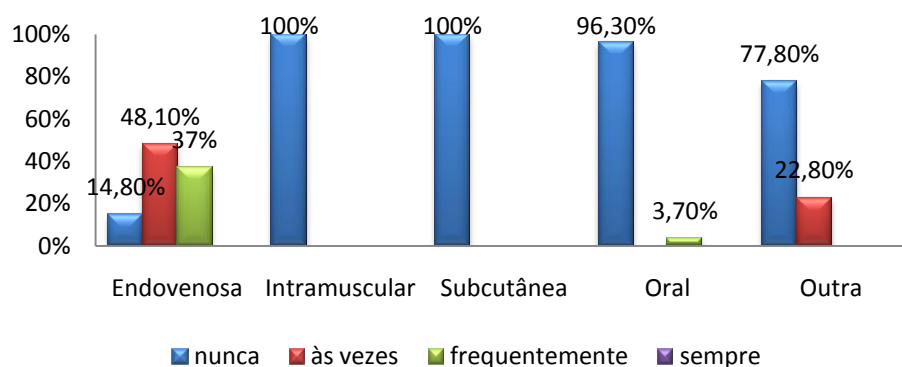
Do total da amostra, 8 (29,60%) pessoas foram submetidas a artroplastia da anca e 19 (70,40%) a artroplastia do joelho, como se pode observar na tabela nº3.

Figura nº 6. Distribuição da amostra pela utilização de técnicas de tratamento analgésico não convencionais.



As técnicas de tratamento analgésico não convencionais utilizadas na maioria da amostra foram, o balão de infusão contínua 22 (81,50%), seguido do bloqueio dos nervos periféricos 19 (70,40%) e outros bloqueios regionais 11 (40,70%). Observa-se a existência de técnicas que nunca foram utilizadas, nomeadamente a PCA sistêmica e a infiltração da ferida cirúrgica, como se pode observar na figura nº6.

Figura nº 7. Distribuição da amostra pelas vias convencionais mais utilizadas.



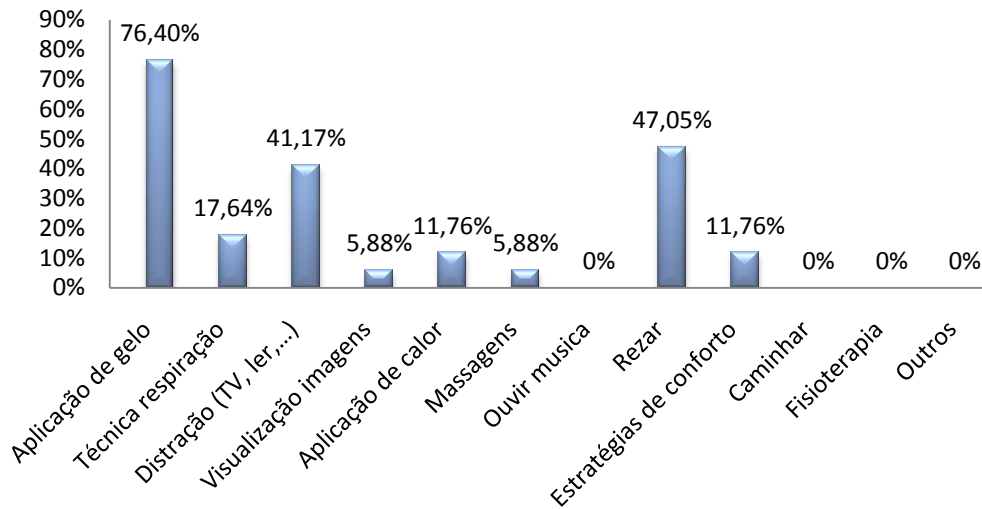
Das vias de administração convencionais, a mais utilizada foi a via endovenosa, em 13 (48,10 %) foi utilizada “às vezes” e em 10 (37,00%) “frequentemente”, apenas em 4 (17,4) nunca foi utilizada. Nenhuma das vias foi utilizada de forma contínua, e a intramuscular e subcutânea nunca chegaram a ser utilizadas, como se pode observar na figura nº7.

Tabela nº 4. Distribuição da amostra pela utilização de técnicas não farmacológicas.

| Utilização de técnicas não farmacológicas | n | % |
|---|----|--------|
| Sim | 17 | 63,00% |
| Não | 10 | 37,00% |
| Total | 27 | 100% |

Quando questionados se utilizaram técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, 17 (63,00%) admitiram ter utilizado pelo menos uma técnica e 10 (37,00%) referem não ter utilizado qualquer técnica não farmacológica, como podemos verificar na tabela nº4.

Figura nº 8. Distribuição da amostra pela utilização de técnicas não farmacológicas.



Do total da amostra que utilizarão técnicas não farmacológica para o alívio da dor (n=17), a maioria da amostra afirmou ter utilizado a aplicação de gelo 13 (76,40%), e cerca de metade identificou o rezar 8 (47,05%) e as técnicas de distração como ver televisão ou ler 7 (41,17%). As técnicas, ouvir música, caminhar, fisioterapia e outras não foram identificadas, como se pode observar na figura nº8.

Tabela nº 5. Distribuição da amostra pela frequência dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica.

| Efeitos secundários | Nunca | Às vezes | Frequentemente | Sempre | n % |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| Náuseas | 19 (70,40%) | 8 (29,60%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 27 (100%) |
| Sonolência | 14 (51,90%) | 11 (40,70%) | 2 (7,40%) | 0 (0%) | 27 (100%) |
| Prurido | 24 (88,90%) | 2 (7,40%) | 1 (3,70%) | 0 (0%) | 27 (100%) |
| Tonturas | 19 (70,40%) | 8 (29,60%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 27 (100%) |

Quando questionados sobre a frequência dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica, nomeadamente as náuseas, a sonolência, o prurido e as tonturas, a maioria referiu nunca os ter sentido. No entanto, e embora com baixa frequência (às vezes), quase metade da amostra referiu ter sentido sonolência 11 (40,7%) e 8 (29,60%) pessoas identificaram as náuseas e as tonturas como efeitos secundários, como se pode observar na tabela n.º5.

Tabela nº 6. Distribuição da amostra pela informação disponibilizada sobre as opções para o tratamento da dor.

| Informação sobre as opções para o tratamento da dor | n | % |
|--|----------|----------|
| Sim | 16 | 59,30% |
| Não | 11 | 40,70% |
| Total | 27 | 100% |

Quando questionados se receberam informação sobre as opções que tinham para o tratamento da dor, do total da amostra, a maioria 16 (59,30%) afirmou ter recebido essa informação, mas 11 (40,70%) referiram não ter recebido qualquer tipo de informação, como se pode observar na tabela nº 6.

Tabela nº 7. Distribuição da amostra pela utilidade da informação.

| Utilidade da informação | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Sim | 16 | 100% |
| Não | 0 | 0% |
| Total | 16 | 100% |

Do total da amostra que recebeu informação sobre as opções que tinha para o tratamento da dor 16 (59,30%), a totalidade 16 (100%) considerou ser útil essa informação, como se observa na tabela nº 7.

Tabela nº 8. Distribuição da amostra pela informação sobre métodos não farmacológicos para o controlo da dor, por parte do enfermeiro.

| Informação de métodos não farmacológicos por parte do enfermeiro | n | % |
|---|----------|----------|
| Sim | 12 | 44,40% |
| Não | 15 | 55,60% |
| Total | 27 | 100% |

Sobre a informação relativa aos métodos não farmacológicos para o controlo da dor, por parte do enfermeiro, mais de metade da amostra 15 (55,60%) referiu não ter recebido qualquer informação, como se pode verificar na tabela nº8.

Tabela nº 9. Distribuição da amostra pela solicitação de terapêutica para o controlo da dor.

| Solicitou terapêutica | n | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Sim | 12 | 44,40% |
| Não | 15 | 55,60% |
| Total | 27 | 100% |

Quando questionados se solicitaram terapêutica para o controlo da dor, a maioria 15 (55,60%), referiu não ter solicitado terapêutica para o controlo da dor, como se pode observar na tabela nº9.

Tabela nº 10. Distribuição da amostra pelo tempo de espera desde a solicitação até à administração da terapêutica.

| Tempo de espera | n | % |
|------------------------|----------|----------|
| <15 Minutos | 9 | 75,00% |
| 15-30 Minutos | 3 | 25,00% |
| 30-60 Minutos | 0 | 0% |
| > 1 Hora | 0 | 0% |
| Total | 12 | 100% |

Dos que solicitaram terapêutica 12 (44,40%), a maioria 9 (75,00%) observou um tempo de espera inferior a 15 minutos para que a sua solicitação fosse atendida, nenhum dos inquiridos esperou mais do que 30 minutos, como se pode verificar na tabela nº10.

Tabela nº 11. Distribuição da amostra segundo o nível de intensidade de dor sentida nas primeiras 24h após cirurgia.

| | Sem dor 0 | Dor ligeira 1-3 | Dor moderada 4-7 | Dor severa 8-10 | n % |
|---------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------|
| Menor dor sentida | 12 44,45% | 13 48,15% | 2 7,40% | 0 0,00% | 27 100% |
| Maior dor sentida | 1 3,70% | 5 18,50% | 14 51,85% | 7 25,93% | 27 100 |
| Dor sentida às 24h | 15 55,56% | 7 25,93% | 4 14,81% | 1 3,70% | 27 100% |

Quando questionados sobre o menor grau de dor que sentiram nas primeiras 24 horas após cirurgia, a maioria referiu ausência de dor 12 (44,45%) ou dor ligeira 13 (48,15%). Sobre o maior nível de dor sentida, a maioria referiu dor moderada 14 (51,85%) ou severa 7 (25,95%). Sobre o nível de dor sentida aquando da recolha de dados, ou seja, às 24 horas após a cirurgia, observa-se que mais de metade da amostra se encontrava com

ausência de dor 15 (55,56%), mas ainda referiram dor moderada 4 (14,81%) pessoas, como se pode observar na tabela nº 11.

Tabela nº 12. Distribuição da amostra pelo grau de satisfação com a gestão da dor.

| Grau de satisfação | Insatisfeito | Levemente satisfeito | Moderadamente satisfeito | Muito satisfeito | n |
|---------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
| | 0 | 1-3 | 4-7 | 8-10 | % |
| | 0 | 1 | 5 | 21 | 27 |
| | 0% | 3,70% | 18,52% | 77,78% | 100% |

Quando questionado sobre o grau de satisfação com a gestão da dor nas primeiras 24h, quase a totalidade da amostra afirmou estar muito satisfeito 21 (77,78%) ou moderadamente satisfeito 5 (18,52%), como se pode observar na tabela nº 12.

Tabela nº 13. Distribuição da amostra pela frequência de interferência da dor nas atividades de vida diária.

| AVD's | Nunca | Às vezes | Frequentemente | Sempre | n / % |
|---|----------------|-----------------|-----------------------|---------------|--------------|
| Atividades na cama (ex. Virar-se, sentar-se, mudar de posição) | 8 (29,60%) | 16 (59,30%) | 2 (7,40%) | 1 (3,70%) | 27 (100%) |
| Atividades fora da cama (ex. andar, sentar-se numa cadeira, ir à casa de banho) | 21 (77,80%) | 2 (7,40%) | 1 (3,70%) | 3 (11,10%) | 27 (100%) |
| Adormecer e Dormir | 14 (51,90%) | 10 (37,00%) | 3 (11,10%) | 0 (0%) | 27 (100%) |

Do total da amostra, observa-se que mais de metade referiu interferência “às vezes” nas atividades na cama 16 (59,30%). A maioria referiu que dor nunca interferiu nas atividades fora da cama 21 (77,80%) ou no adormecer e dormir 14 (51,90%). No entanto, realça-se que 10 (37,00%) pessoas referiram interferência “frequentemente” ou

“sempre” em todas as atividades, principalmente nas atividades fora da cama 4 (14,80%), como se pode observar na tabela nº 13.

Tabela nº 14. Distribuição da amostra pela frequência de alterações do estado anímico e emotivo.

| Alteração do estado anímico e emotivo | Nunca | Às vezes | Frequentemente | Sempre | n % |
|---------------------------------------|----------------|---------------|----------------|--------------|--------------|
| Ansioso/a | 15 (55,60%) | 8 (29,6%) | 4 (14,80%) | 0 (0%) | 27 (100%) |
| Deprimido/a | 21 (77,80%) | 5 (18,50%) | 1 (3,70%) | 0 (0%) | 27 (100%) |
| Assustado/a | 15 (55,60%) | 7 (25,90%) | 4 (14,80%) | 1 (3,70%) | 27 (100%) |
| Indefeso/a | 21 (77,80%) | 5 (18,50%) | 1 (3,70%) | 0 (0%) | 27 (100%) |

Sobre a interferência no estado anímico e emotivo, mais de metade da amostra referiu que essa interferência nunca foi sentida, principalmente no sentir-se deprimido ou indefeso 21 (77,80%). No entanto, quase metade referiu sentir-se “às vezes” ou “frequentemente” ansioso 12 (44,44%) ou assustado 11 (40,74%).

Tabela nº 15. Correlação de Pearson entre as variáveis o nível de intensidade de dor e o grau de satisfação

| | |
|--------------------|---------------------------|
| | Intensidade da dor às 24h |
| Grau de satisfação | - 0,749* |

* p< 0.000

Para obter uma resposta a esta questão foi efetuado Teste de Correlação de Pearson (P), tendo-se verificado existir uma correlação negativa forte ($r= -0,749$), estatisticamente significativa ($p= 0,000 < 0,05$), entre a intensidade da dor referida às 24 horas após

artroplastia da anca ou joelho e o grau de satisfação com a gestão da dor durante as primeiras 24 horas pós cirurgia. Isto é, quando a intensidade da dor tende a aumentar, o grau de satisfação tende a diminuir

2. Análise e interpretação dos resultados

Estes resultados mostram uma predominância do sexo feminino (77,80%) e uma média de idades elevada (66,85), o que vem de encontro a uma das principais etiologias que está na base da indicação para artroplastia da anca ou joelho, ou seja, a doença degenerativa osteoarticular que aumenta com o envelhecimento (Junior, Migon e Zabeu, 2010; Richman e Cabrera, 2014).

Em cirurgia ortopédica a eleição da técnica anestésica/analgésica depende da duração do procedimento, da agressão cirúrgica e da utilização de garrote pneumático (Alvarez, *et al* 2012). Nesta amostra, as técnicas predominantes para o tratamento analgésico não convencional no pós-operatório, foram o balão de infusão contínua (81,50%) e o bloqueio dos nervos periféricos (70,40%), descritas na literatura como técnicas a ponderar na analgesia do pós-operatório por apresentar entre outras vantagens, a incidência de efeitos secundários reduzida e a facilitação da recuperação funcional/fisioterapia ao permitirem uma analgesia seletiva da zona dolorosa (Muñoz, 2010). Na analgesia convencional, a via mais utilizada foi a endovenosa (48,10 % “às vezes” e 37,00% “frequentemente”), correspondente à analgesia solicitada pela pessoa na presença de dor irruptiva. Aproximadamente 60% da amostra utilizou técnicas não farmacológicas, como a aplicação de gelo (48,10%), o rezoar (29,69%) e a distração (25,90%). A frequência dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica, nomeadamente as náuseas, a sonolência, o prurido e as tonturas, a maioria referiu nunca os ter sentido, o que poderá estar relacionado com a técnica analgésica loco-regional utilizada na maioria das pessoas.

Relativamente à informação sobre as opções que tinham para o tratamento da dor, a maioria (59,30%) afirmou ter recebido essa informação, resultados que superam os obtidos em Espanha que apontam para percentagens entre os 24% (Garcia *et al*, 2005), e os 47% (Montes, 2008). No entanto, considera-se existir uma percentagem significativa (40,70%) de pessoas que não recebeu qualquer tipo de informação, o que estará em desacordo com o preconizado nos indicadores de qualidade para o controlo da dor pós-operatória (Garcia *et al*, 2005). A ausência de informação é uma das principais causas que poderá explicar a elevada incidência de dor e de insatisfação (Garcia *et al*, 2005 e Lemos, Pinto e Morais, 2009). É consensual na literatura que a informação oral e escrita às pessoas e seus familiares sobre a importância do controlo da dor, a utilização de escalas de avaliação da dor, as formas de tratamento e efeitos secundários inerentes aos procedimentos permitem estabelecer objetivos realistas para um melhor controlo terapêutico. Este dado é tão mais importante porque a totalidade da amostra que referiu ter recebido informação considerou-a útil e mais de metade da amostra (55,60%) referiu não ter recebido qualquer informação relativa aos métodos não farmacológicos para o controlo da dor, por parte do enfermeiro.

Quando questionados se solicitaram terapêutica para o controlo da dor, a maioria (55,60%) referiu não ter solicitado terapêutica para o controlo da dor, mas dos que pediram 75% observou um tempo de espera inferior a 15 minutos para que a sua solicitação fosse atendida, o que sugere ser um bom indicador de qualidade e próximo dos 83,5% obtidos por Caseiro *et al* (2009), num estudo sobre dor aguda pós-operatória no Serviço Nacional de Saúde e de 83,9% obtidos pelo (Gallego *et al*, 2004), que ao analisar o grau de satisfação e o tempo de espera na administração de terapêutica, demonstrou que satisfação é maior quando o tempo de espera é inferior a 15 minutos para enfermeiros, ($p= 0,006$) e para médicos ($p=0,02$), do que aqueles que esperam mais que 15 minutos até que lhes seja administrada analgesia, bem como (Garcia *et al*, 2005 e Tocher *et al*, 2012 e Alvarez, *et al* 2012).

Sobre o nível de intensidade de dor, observou-se que no período das primeiras 24 horas, todas as pessoas sentiram alguma dor. De acordo com os resultados, no momento da aplicação do formulário 55,56% das pessoas referiram ausência de dor. A presença de

dor que antecedeu à entrevista variou entre dor moderada (4-7 numa escala de 0 a 10) a severa (8-10 numa escala de 0 a 10) para 77,80% da amostra como sendo a maior dor sentida e ausência de dor ou dor ligeira (0-3 numa escala de 0 a 10) para 92,60% da amostra como sendo a menor dor sentida, nas primeiras 24 horas. Os estudos apontam que a dor cirúrgica ortopédica após artroplastia é mais intensa no primeiro dia e durante a mobilização ou fisioterapia.

Apesar dos níveis de dor serem elevados em algum momento, estudos nacionais e internacionais revelam que os doentes demonstram satisfação com a gestão da dor aguda no pós-operatório (Chung e Lui, 2003; Caseiro et al, 2009), à semelhança dos resultados obtidos nesta amostra, onde 77,78% revelaram estar muito satisfeito.

Como consequência dos níveis de intensidade de dor obtidos observa-se que mais de metade referiu interferência “às vezes” nas atividades na cama (ex. Virar-se, sentar-se, mudar de posição), mas a maioria referiu ausência de interferência nas atividades fora da cama (ex. andar, sentar-se numa cadeira, ir à casa de banho) e no adormecer e dormir, sugerindo uma interferência mínima da intensidade da dor nas AVD's. No entanto, os baixos scores obtidos nas atividades fora da cama podem estar relacionados com o facto de algumas pessoas ainda não terem efetuado o levante às 24 horas após cirurgia.

Sobre a interferência no estado anímico e emotivo (ansioso, deprimido, assustado e indefeso), mais de metade da amostra referiu que essa interferência nunca foi sentida. No entanto, a ansiedade (44,44%) e o medo (40,74%), surgem como as alterações mais referenciadas (“às vezes” ou “frequentemente”), o que vem reforçar a necessidade de uma atenção especial à informação transmitida às pessoas que vão experienciar dor aguda no pós-operatório (Bassols, 1999).

À questão sobre a existência de relação entre o nível de intensidade da dor e o grau de satisfação, com a gestão da dor às primeiras 24 horas após cirurgia, em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho, obteve-se nesta uma correlação negativa forte ($r = -0,749$, $p = 0,000$), indicando que quando a intensidade da dor tende a

aumentar, o grau de satisfação tende a diminuir. Dado que vem contrariar o obtido em outros estudos que referem não existir correlação entre a satisfação e a eficácia do tratamento da dor, já que as pessoas tendem a expressar satisfação com o tratamento recebido apesar de experimentarem diferentes níveis de intensidade de dor, contudo sugerem manter-se a avaliação dos graus de satisfação para se introduzirem medidas de correção adequadas (Garcia *et al*, 2005).

De acordo com Garcia *et al*, (2005), tem-se vindo a demonstrar que programas de controlo da dor pós operatória assentes num modelo organizativo das unidades funcionais de dor aguda, como é a realidade da unidade hospitalar onde se realizou este estudo, revelam que um aumento da percentagem de pessoas com dor mais controlada e melhores índices de satisfação.

PARTE III

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu observar a importância da existência de unidades funcionais de dor aguda, segundo o modelo organizativo preconizado pela DGS. Embora estas estruturas tenham vindo a aumentar nas últimas décadas, ainda são insuficientes. Observou-se ainda que não há a prática de avaliar o grau de satisfação das pessoas com a gestão da dor aguda, e em Portugal os dados também ainda são insuficientes, pelo que a orientação deste estudo foi nesse sentido, considerando-se assim inovador.

A questão de partida desta investigação foi “Qual a relação entre o nível de intensidade de dor e o grau de satisfação com a gestão da dor aguda nas primeiras 24h, em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho?”, assim, ao contrário de outros estudos, verificou-se nesta amostra a existência de uma correlação negativa forte ($r = -0,749$, $p = 0,000$), entre o nível de intensidade de dor às 24 horas após a cirurgia e o grau de satisfação com a gestão da dor durante esse período, sem se estabelecer uma causa efeito, este dado que vem apontar para a importância do controlo da dor e a sua associação com os maiores níveis de satisfação das pessoas. Assim, melhores resultados em ambas as variáveis poderão ter impacto económico e social, não só na qualidade dos cuidados prestados mas também na recuperação das pessoas depois de submetidas a uma cirurgia.

Relativamente aos objectivos inicialmente propostos tendo em conta a metodologia de investigação apresentada, pensa-se terem sido concretizados, no entanto, algumas dificuldades foram sentidas que residem essencialmente na existência de poucos estudos sobre esta problemática e que possam fundamentar a posterior discussão dos resultados, mas também a disponibilidade de tempo para conseguir uma amostra significativa.

O facto de a amostra ser reduzida, implica outras limitações, ao não permitir avaliar, por exemplo a relação entre as técnicas analgésicas instituídas, ou ainda o impacto das técnicas loco-regionais nos efeitos secundários identificados. O facto de se utilizarem escalas para quantificar apenas a intensidade da dor (escalas unidimensionais) apenas

permite quantificar a componente sensorial da dor e não os componente afectivos e cognitivos que lhes estão associados, já que esta demonstrado que o valor sensorial referido pelos doentes estão influenciados pelo estado emotivo que experimentam.

Pelo interesse profissional e especialmente pelo envolvimento individual criado na construção do estudo, resta-me o compromisso de dar continuidade a outras questões de investigação que ficaram por estudar.

Realço também, principalmente o excelente relacionamento, apoio, ajuda e compreensão do Professor Manuel dos Santos e do Enfermeiro Henrique Dias, que foi sem dúvida, um factor bastante positivo na elaboração do deste estudo, sem os quais este objetivo seria difícil de alcançar.

Todo o processo de investigação constituiu uma oportunidade que considero ter sido - enriquecedora permitindo aprofundar conhecimentos teóricos e desenvolver novos conhecimentos no âmbito da investigação, assim como desenvolver uma atitude crítico-reflexiva sobre o mesmo.

Por fim, a dor aguda é um fenómeno muito mais amplo no contexto hospitalar, sugerindo-se no futuro a continuidade deste estudo com uma amostra mais alargada e que inclua outros serviços da unidade hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agualusa L, Lopes J, Serra S., Patto T., (2007) Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, *Volume 15, n°1, Enfermagem*, Permanyer Portugal
- Allvin R, Brasseur L, Crul B, Dhal J, Lehmann K, Nicosia F, Puig MM, Rawal N, Richards S, Wheatley R (1998) . *European Minimum standards for the management of postoperative pain. EuroPain Task Force*. Pegasus Helthcare Intl,UK,.
- Andrade, F. A., Pereira, L. V. & Sousa, F. (2006). *Mensuração da dor no idoso*. Revista Latino-am Enfermagem, 14(2) 271-276.
- Angellotti, G. (2007). *Terapia cognitiva-comportamental no tratamento da dor*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 37.007).
- Aoki, S. (2008) Medicina Física e de Reabilitação no Tratamento da Dor. In: Sakata, R. e Issy, A. (Ed.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFEST-EPM: dor*. São Paulo, Manole, pp. 225-241.
- Australian and New Zealand Colleg of Anaesthetists and Faculty of pain medicine (2005). *Acute pain management: Scientific evidence*. [em Linha]. Disponível em http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/file/publications/synopses/cp104_3.pdf
- Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE (1999). *An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain)*. Pain.1999;83:9-16.
- Beaugard L, (1998) *Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day-surgery*. Can J Anaesth 1998; 45(4): 304-11.
- Binoche, T. e Martineau, C. (2006). *Guia prático do tratamento das dores*. São Paulo, Andrei Editora, pp. 22, 27, 76.
- Campbell J (1996). Pain as the 5th vital sign [presidential address]. American Pain Society; November 11 1996.
- Caseiro JM.(2004) *A Organização da Analgesia do Pós-Operatório – Biblioteca da dor*. Permanyer Portugal;

- Caseiro, JM et al (2009). *Estudo sobre dor aguda pós-operatória no Serviço Nacional de Saúde- Resultados Preliminares*; Porto, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.
- Chapman, C., Nakamura, Y. & Flores, L. (1999). *Chronic pain and consciousness: a constructivist perspective*. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial Factors in Pain* (pp. 35-55). New York: The Guilford Press.
- Chung W.Y., Lui C. Z., (2003), *Postoperative pain management: Study of patients level of pain and satisfaction with health care providers responsiveness to their reports of pain*, Medical Center, Hong kong
- Direcção Geral de Saúde (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 26 de Março de 2001, Lisboa)
- Direcção Geral de Saúde (2003). *Circular normativa n°09* de 14 de Junho de 2003, Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Circular normativa n°11* de 18 de Junho de 2008, Lisboa.)
- Direcção Geral de Saúde (2012). *Circular normativa n°003* de 19 de Outubro de 2003, Lisboa.)
- Direcção-Geral da Saúde (2001): Plano Nacional de Luta Contra a Dor. [Em linha]. Disponível em http://www.academia.edu/350728/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor_Nacional_lan_for_the_Fight_Against_Pain_. [Consultado em 07/03/2014].
- Elia N, Lysakowski C, Tramer MR, Phil (2005). *Does multimodal analgesia with acetaminophen, nonsteroidal antiinflammatory drugs, or selective cyclooxygenase-2 inhibitors and patient-controlled analgesia morphine offer advantages over morphine alone? Meta-analyses of randomized trials*. *Anesthesiology* ; 103(6): 1296-04.
- Englbrecht JS, (2010) Pogatzki-Zahn EM. *Pain management after ambulatory surgery in Germany. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2010; 45(1): 44-55.
- Exadaktylos AK, Buggy DJ, Moriarty DC, March E, Sessler DI (2006). Can anesthetic technique for primary breast cancer surgery affect recurrence of metastases? *Anesthesiology* 105(4):660-4.

- Fanelli G, Berti M, Baciarello M. Updating postoperative pain management: from multimodal to context-sensitive treatment. *Minerva Anesthesiol.* 2008;74:489-500.
- Fernandes A, Gomes A, Correia D, Medeiros (2014) Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, *Volume 16, nº1, Dor Aguda*, Permanyer Portugal
- Field MJ, Cassel CK (1997), eds. Committee on Care at the End of Life. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life.* Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Fonseca S., Oliveira R., Leão A, Patrícia S. (2012), *Informatização da Unidade Funcional de Dor do Hospital de São João*, Porto
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à Realização.* Loures, Lusociência.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização.* Loures: Lusociências - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: Da concepção à Realização.* Loures, Lusociência
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta.
- Gallego J.I., Rodríguez M. R., Guerrero J.C., (2004), *Estimación de la prevalência e intensidad del dolor postoperatorio y su relación com la satisfaccion de los pacientes*, *Rev Soc Esp Dolor* , 11: 197-202
- Garcia F.Z., Garcia I.L., Garijo R.L., Ruiz P.R., Liébana R.T., (2005), *Primier Documento de Consenso, Dolor Postoperatorio*, Las Matas, Madrid
- Gómez-Arnau JI, Aguilar JL, Bovaira P, Bustos F, De Andrés J, de la Pinta JC et al (2010). *Grupo de Trabajo de NVPO de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. Recomendaciones de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios y/o asociados a las infusiones de opioides.* *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2010; 57(8): 508-24.
- Gonçalves, E., Melo, G., Costa, I., et al. (2007). *Núcleo de estudos de cuidados paliativos, associação portuguesa de médicos de clínica geral: recomendações para o tratamento da dor.* *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23, pp. 457-460.

- Gonçalves, Ferraz – *Dor oncológica*. In: PORTELA, J. Luis coord.; NETO, Isabel Galriça, coord. – *Dor e cuidados paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal. D.L.1999. ISBN 972-733-059-2. P. 9-21.)
- Grunenthal. [Em linha]. Disponível em http://www.grunenthal.pt/grt-web/Grunenthal_Portugal_Ltda/Tratamento_da_Dor/Sobr_a_Dor/Diferencas_entre_sexos/167000136.jsp [Consultado em 20/04/2014].
- Guimarães, S. (1999). *Introdução ao estudo da dor*. In: *Carvalho, M. (Ed.). Dor um estudo multidisciplinar*. São Paulo, Summus editorial, pp.13-18
- Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J (2009) . *Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review*. *Anesthesiology*; 111(3): 657-77
- Junior M.A.; Migon E.Z., Zabeu J.J. (2010), *Dor no Joelho após Artroplastia Total – Uma abordagem Sistematizada*, São Paulo
- Kazanowski, M. e Laccetti, M. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro, Editora LAB, pp.5-6; pp. 23-32; p.42; p. 53.
- Kazanowski, M. e Laccetti, M. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro, Editora LAB, pp.5-6; pp. 23-32; p.42; p. 53.
- Kehlet H, Dahl JB (2003). *Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery*. *Lancet*. 2003;362:1921-8
- Landa JI (2004). *Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos sobre el dolor postoperatorio*. *Jano*, Suplemento de Congresos, mayo de 2004. p. 10-2.
- Leal E.L., Ribeiro J.J., Oliveira M.M., Roquete, *Aspectos Psicossociais Associados a Dor Pos Operatória em Individuos Submetidos a Cirurgia Coronária*, Hospital de Santa Marta, Lisboa.
- Lemos P, Pinto A, Morais G. (2009), *Patient satisfaction following day surgery*. *J Clin Anesth* 2009; 21(3): 200-5.
- Leonor A. Cardoso R. (2007) Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, *Volume 15 nº1, Emfermagem*, Permanyer Portugal
- Liu SS, Richman JM, Thirlby RC, et al (2006). *Efficacy of continuous wound catheters delivering local anesthetic for postoperative analgesia: a quantitative and qualitative systematic review of randomized controlled trials*. *J Am Coll Surg*.;203(6): 914-32.

- Lopes, S. & Macedo, G. (2010). *Avaliação da eficácia da intervenção em grupo para diminuição do sofrimento psicológico em doentes com dor crónica*. In (pp.35). Coimbra
- MacPherson, R. (2000). The pharmacological basis of contemporary pain management. *Pharmacology & Therapeutics*, 88, pp.163-175.
- Maria M., (2011) *Vigilância Epidemiológica da Infecção do local Cirurgico da Artroplastia da Anca e Joelho*, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Mattila K, Hynynen M(2009); *Intensium Consortium Study Group. Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units*. *Acta Anaesthesiol Scand*; 53(4): 455-63.
- McDaid C, Maund E, Rice S, Wright K, Jenkins B, Woolacott N (2010). *Paracetamol and selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for the reduction of morphine-related side effects after major surgery: a systematic review*. *Health Technol Assess*; 14(17): 1-153.
- Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, Ricchi E, Chiari P, Di Giacinto I, Carosi F, et al (2005). *Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital*. *Eur J Pain* 2005; 9: 485-95.
- METZGER, Christiane; MULLER, André; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane, (2002) – “Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da dor; Modalidades de tratamento; Psicologia do doente”. Loures: Lusociência.
- Milhomens R., Rocha F.D., Costa I, Raposo M.B. (2012), *Manual de dor crónica*, Instituto Português de oncologia de Lisboa, Grunenthal Portugal
- Moller JT, Cluitmans P, Rasmussen LS, Houx P, Rasmussen H, Canet J et al (2008), *Long-term postoperative cognitive dysfunction in the elderly ISPOCD1 study. ISPOCD investigators. International Study of Post-Operative Cognitive Dysfunction. Lancet*; 351(9106): 857-61.
- Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. (2008), *Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento*. *Rev Soc Esp Dolor* 2008; 15: 75-82.
- Muñoz J.M. (2010), *Manual De Dolor Agudo Postoperatorio*, Hospital Universitario La Paz, Ergon Barcelona

- Ohio State University Medical Center (2014). *Total Knee Replacement*.
- Phipps, W. et al. (1999). *Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa, Lusodidacta
- Phipps, W. et al. (1999). *Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa, Lusodidacta.
- Pimparel, M., Marques, C. (1998). *Dor Oncológica – Guia Prático*. Coimbra.
- Polit D., Hungler B., (1995), Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Artes Médicas, 3ª Edição, Porto Alegre
- Powell, R., Downing, J., Ddungu, H. et al. (2010). *Antecedente de dor e avaliação da dor*. In: Kopf, A. e Patel, N. (Ed.). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle, IASP Press, pp. 65-77.
- Powell, R., Downing, J., Ddungu, H. et al. (2010). *Antecedente de dor e avaliação da dor*. In: Kopf, A. e Patel, N. (Ed.). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle, IASP Press, pp. 65-77.
- Quintal, M. (2004). *Biblioteca da Dor: Dor Neuropática*. Lisboa, Permanyer Portugal, pp. 2-3.
- Ready LB, Chadwick HS & Ross B (1999) *Age predicts effective epidural morphine dose after abdominal hysterectomy*. *Anesth Analg* 66(12): 1215–8.
- Richman S., Cabrera G., (2014), *Total Hip Arthroplasty, Minimally Invasive*, Cinahl Information Systems, Glendale, CA
- Rigotti, M. A. & Ferreira, A. M. (2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. *Arquivo Ciência Saúde*. 12(1), 50-54.
- Sakata, R. (2008 1). *Relaxantes Musculares*. In: Sakata, R. e Issy, A. (Ed.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFEST-EPM: dor*. São Paulo, Manole, pp. 193-194.
- Sakata, R. e Issy, A. (2008). *Nomenclatura e Classificação da Dor*. In: Sakata, R. e Issy, A. (Ed.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFEST-EPM: dor*. São Paulo, Manole, pp. 2-4.
- Schestatsky, P. (2008). *Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática*. *HCPA*,28(3), pp. 177-179

- Segerdahl M, Warrén-Stomberg M, Rawal N, Brattwall M, Jakobsson J. Clinical (2008) *practice and routines for day surgery in Sweden: results from a nation-wide survey*. Acta Anaesthesiol Scand; 52(1): 117-24
- Seixas, D., Galhardo, V., Guimarães, M. *et al.* (2009). *Dor na esclerose múltipla: caracterização de uma população portuguesa de 85 doentes*. Acta Médica Portuguesa, 22(3), p. 234.
- Serra, Luís M. (2001) *A. Critérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia*. Lisboa : Lidel, edições técnicas, lda.
- Tavares, J. (2006). *Medicamentos da dor e seus mecanismos de acção*. In: Guimarães, S., Moura, D. e Silva, P. (Ed.). *Terapêutica medicamentosa e as suas bases farmacológicas*. Porto, Porto Editora, pp. 120-127.
- Thomas, J. e Gunten, C. (2009). Tratamento farmacológico da dor. In: Roenn, J., Paice, J. e Preodor, M. (Ed.). *Current. Diagnóstico e tratamento da dor*. São Paulo, McGraw- Hill, pp. 21-28.o
- Tocher J., Rodgers S., Smith M., Walt B., (2012) *Pain Management and Satisfaction in Postsurgical Patients*, Journal of Chincial Nursing, Blackwell
- Torres LM. (1995) *Confort vs analgesia en el dolor postope-ratorio*. Rev Soc Esp del Dolor 1995; 2: 149-50
- Venes, Donald. (2001) *Taber' s Cyclopedic Medical Dictionary - Edition 19*. Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Villegas, M. (2005). Evaluación y Diagnóstico del Dolor. In: Vélez, H., *et al.* (Ed.). *Fundamentos de Medicina: Dolor y Cuidados Paliativos*. 1ª Edição. Medellín, Colombia, Corporación para Investigaciones Biológicas, pp. 25-31.
- Villegas, M. (2005). Evaluación y Diagnóstico del Dolor. In: Vélez, H., *et al.* (Ed.). *Fundamentos de Medicina: Dolor y Cuidados Paliativos*. 1ª Edição. Medellín, Colombia, Corporación para Investigaciones Biológicas, pp. 25-31.
- Wu CL, Cadwell MD (2002). *Effect of post-operative analgesia on patient morbidity*. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 16 (4): 549-63.

ANEXOS

Anexo nº 1 - Formulário



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

ID:

Formulário

No âmbito da Unidade Curricular Projecto de Graduação e Integração Profissional, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pretende-se realizar um estudo de investigação sobre a relação entre o nível de intensidade de dor e o grau de satisfação com a gestão da dor aguda nas primeiras 24h, em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho. Para isso, solicita-se que responda a este formulário.

Os dados colhidos serão mantidos **anónimos e confidenciais**.

Parte I (Respostas obtidas através de consulta do processo clínico)

Sexo : M F

Idade _____ anos

Tipo de cirurgia. Anca Joelho

Tempo que passou depois da cirurgia _____

Métodos e técnicas utilizadas na gestão da dor aguda nas primeiras 24h.

Técnicas de tratamento não convencionais

| | Sim | Não |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| PCA epidural | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PCA sistémica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Balão de infusão continua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infiltração da ferida cirúrgica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bloqueio de nervos periféricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros bloqueios regionais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vias de administração de

Nunca Às vezes Frequentemente Sempre

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

5. Com que frequência a dor interferiu com as seguintes actividades diárias de vida?

| | Nunca | Às vezes | Frequen- temente | Sempre |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Actividades na cama (ex. virar-se, sentar-se, mudar de posição, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actividades fora da cama (ex. andar, sentar-se numa cadeira, ir ao WC,.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adormecer e dormir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Indique com que frequência a dor alterou o seu estado anímico e emotivo nas primeiras 24h:

| | Nunca | Às vezes | Frequen- temente | Sempre |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ansioso/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deprimido/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assustado/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Indefeso/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Dos efeitos secundários da terapêutica abaixo referidos, indique com que frequência os sentiu:

| | Nunca | Às vezes | Frequen- temente | Sempre |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Náusea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonolência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prurido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tontura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Em algum momento recebeu informação sobre as opções que tinha para o tratamento da sua dor?

Sim Não

a) Em caso afirmativo, considerou útil essa informação?

Sim Não

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes

9. Foi informado sobre a utilização de métodos não farmacológicos, por parte do enfermeiro, no controlo da dor?

Sim Não

10. Utilizou/ Foi utilizado algum método não farmacológico para aliviar a sua dor?

Sim Não

a) Em caso afirmativo, quais os seguintes métodos que utilizou:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aplicação de gelo | <input type="checkbox"/> Ouvir música |
| <input type="checkbox"/> Respirar profundamente | <input type="checkbox"/> Rezar |
| <input type="checkbox"/> Distração (ver TV, ler) | <input type="checkbox"/> Estratégia de conforto |
| <input type="checkbox"/> Visualização de imagens | <input type="checkbox"/> Caminhar |
| <input type="checkbox"/> Aplicação de Calor | <input type="checkbox"/> Fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Massagens | <input type="checkbox"/> Outros |

11. Alguma vez solicitou terapêutica para o controlo da dor?

Sim Não

a) Em caso afirmativo, quanto tempo teve que esperar até que fosse administrada?

<15min 15-30min 30-60min <1h

12. Nesta escala de 0 a 10, em que 0 equivale a nada satisfeito e 10 a totalmente satisfeito, indique o seu grau de satisfação com os resultados no alívio da dor, durante o seu internamento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada
satisfeito

Totalmente
Satisfeito

Anexo nº 2 – Pedido à Comissão de Ética

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de
Administração do CHTMAD, EPE

Eu, Fernando José Duarte Magalhães, aluno do 4º ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no âmbito da disciplina Projecto de Investigação e Integração Profissional, pretendo proceder à realização de um estudo de investigação sob o tema “Gestão da dor aguda em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho nas primeiras 24 horas, pós cirurgia”. Os objetivos deste estudo serão: Avaliar o nível de intensidade da dor em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho; Avaliar o grau de satisfação com a gestão da dor em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho; Conhecer a relação entre o nível de intensidade da dor e o grau de satisfação, com a gestão da dor em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho; Conhecer a interferência da dor nas actividades de vida diária; Conhecer a relação entre o nível de intensidade da dor e a técnica analgésica instituída, na gestão da dor em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho.

O motivo da escolha desta instituição reside no facto de a mesma dispor de uma Unidade Funcional de Dor Aguda, cujo modelo organizativo obedece as recomendações das boas práticas no controle de dor aguda do pós-operatório.

Esta recolha terá por base um formulário construído para o efeito (em anexo), que inclui questões dirigidas aos utentes submetidos a artroplastia da anca e joelho e questões cujas respostas serão obtidas directamente do processo clínico. Este estudo, conta com a supervisão pedagógica do Enf.º Henrique José de Oliveira Dias, do Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro EPE e do Professor José Manuel dos Santos, da Universidade Fernando Pessoa.

Venho por isso solicitar a V. Exa. autorização para a referida recolha de dados na instituição que V.Exa. preside.

Disponibilizo-me para acrescentar qualquer informação que considere pertinente na análise deste pedido, e a entregar uma exemplar do trabalho quando o mesmo estiver concluído.

Com os melhores cumprimentos,

Universidade Fernando Pessoa, 28 de Março de 2014

O Requerente

Anexo nº 3 – Consentimento Informado

Informações ao paciente e conformidade

Exmo/a senhor/a:

Este questionário, tem como objetivo saber qual a relação entre o nível de intensidade de dor e o grau de satisfação com a gestão da dor no pós-operatório, em pessoas submetidas a artroplastia da anca e joelho, no centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro EPE. Asseguramos ainda que todos os dados recolhidos destinam-se apenas a uma pesquisa académica, no âmbito da unidade curricular de Projeto de Graduação e Integração Profissional, do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

A sua participação é voluntária e toda a informação que fornecer será anónima. Isso significa, que o seu nome ou qualquer outra identificação que conste do questionário será eliminada e não irá ser incluída em qualquer registo. Garanto ainda que, as suas respostas a este questionário não serão compartilhadas com o seu médico ou equipa de enfermagem. Pode ainda optar por desistir em qualquer momento do questionário. Peço apenas, que responda com a máxima sinceridade a todas as questões colocadas, o importante é que as suas respostas traduzam a sua forma de pensar e agir.

Muito Obrigado.

Eu, abaixo assinado/a, reconheço que os procedimentos e objetivos da investigação sobre este estudo me foram explicados e me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.

Assinatura:

Data: ____/____/2014

Relação entre a intensidade da dor aguda no pós-operatório e a satisfação dos doentes