

Vanessa Sofia Vilarinho da Silva

“A Dor: Perspectiva dos alunos do 1º e 4º Ano do Curso de Licenciatura em  
Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa”

Universidade Fernando Pessoa  
Escola Superior de Saúde  
Porto 2012



Vanessa Sofia Vilarinho da Silva

“A Dor: Perspectiva dos alunos do 1º e 4º Ano do Curso de Licenciatura em  
Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa”

Universidade Fernando Pessoa  
Escola Superior de Saúde  
Porto 2012

Vanessa Sofia Vilarinho da Silva

“A Dor: Perspectiva dos alunos do 1º e 4º Ano do Curso de Licenciatura em  
Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa”

A aluna:

---

(Vanessa Sofia Vilarinho da Silva)

*“Projecto de Graduação apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.”*

*“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente,  
é cuidar de alguém que você nunca viu na vida,  
mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela.  
Não se pode fazer isso apenas por dinheiro...  
Isso se faz por e com amor!”*

***Angélica Tavares***

## **Resumo**

A dor consiste num fenómeno multidimensional que trás um grande impacto a todos os níveis na vida dos doentes. Além do próprio indivíduo, ninguém consegue saber exactamente o que este refere sentir. Apesar de podemos vivenciar o mesmo tipo de dor a intensidade e a tolerância que cada um tem a essa dor é diferente, o que para uma pessoa consiste numa dor insignificante para outra pode ser motivo para nem conseguir levantar-se. Por isso, querer saber de que forma os alunos percebem este fenómeno, cuja importância é grande para que exista um bem-estar assim, como um bom nível de conforto.

Este estudo consiste num tipo de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, transversal e teve como instrumento de colheita de dados, um questionário que era constituído por perguntas fechadas e abertas, feitas de forma a responderem à questão deste estudo de investigação, sendo ela: “A Dor: Perspectiva dos alunos do 1º e 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa- Porto”.

Este trabalho teve como principais objectivos: identificar qual o significado de dor para os alunos do 1º e 4º ano do Curso Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa assim, como compreender qual a importância que estes mesmos alunos atribuem á avaliação da dor.

Em relação aos participantes era compreendido por 22 alunos do 1º ano e 19 alunos do 4º ano, sendo que a maioria era do género feminino, em relação à média das idades esta compreende aproximadamente os 24 anos.

Neste estudo a maioria dos alunos apresentou uma perspectiva sobre a temática que vai de encontro com a bibliografia, sendo que os que apresentaram mais dificuldades foram os inquiridos do 1º ano, estes resultados podem estar relacionados com o facto de estes alunos nunca terem estado num ensino clinico e ainda não apresentarem uma ideia bem sustentada.

**Palavras Chave:** Alunos de Enfermagem, perspectiva, avaliação, dor.

## **Abstract**

Pain is a multidimensional phenomenon that brings a big impact at all levels in patients' lives. In addition to the individual himself, no one can know exactly what this refers feel. Although we can experience the same kind of pain intensity and tolerance that everyone has this pain is different to what a person is a minor pain to another can be no reason to get up to. So, wondering how the students perceive this phenomenon, whose importance is great for there to be a well-being as well as a good level of comfort.

This type of study is a descriptive study with qualitative approach and was an instrument of data collection, a questionnaire was designed which consisted of closed and open questions, made in order to answer the question of this research study, with her "Pain: Perspective of the students of 1st and 4th year of the Bachelor of Nursing at the University Fernando Pessoa – Porto. This work had as main objectives: to identify the meaning of pain for the students of 1st and 4th year Degree Course in Nursing at the University Fernando Pessoa as well as understand how important these same students will attribute pain assessment.

Of participants was comprised of 22 students from 1st year and 19 students of 4th year, and most were females, compared to the average age that comprises approximately 24 years.

In this study the majority of students presented a perspective on the theme that resonates with the literature, and those who had more difficulties were the respondents in the 1st year, these findings may be related to the fact that these students have never been in a teaching clinic and still not having an idea well supported.

**Keywords:** Nursing Students, perspective, evaluation, pain.

## **Agradecimentos**

Agora que esta grande etapa chega ao fim, é o momento ideal para agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o meu sucesso, ajudando-me a ultrapassar algumas dificuldades que possam ter sido sentidas ao longo destes quatro anos.

Queria deixar um obrigado a toda a equipa de docentes, que sempre estiveram disponíveis e me ajudaram a crescer enquanto pessoa e aluna.

Também queria deixar um obrigado às minhas três amigas de curso, sendo elas a Ana, Tânia e a Silvana, por todo o apoio prestado, principalmente em algumas fases más que ocorreram ao destes quatro anos da licenciatura.

Agradeço a todos aqueles que me ajudaram no desenvolvimento deste Projecto de graduação sendo este obrigado dirigido:

- À minha orientadora Professora Mestre Filomena Cardoso por toda a ajuda e dedicação, que fez com que o desenvolvimento deste trabalho fosse possível;
- Ao Professor Doutor José Manuel dos Santos e Professor Doutor José Teixeira por todas as dicas, sugestões e pela disponibilidade sempre demonstrada;
- Um obrigado especial aos meus pais por todos os esforços que fizeram para que eu pudesse tornar um sonho realidade, assim como todo o apoio e compreensão que demonstraram nas horas mais difíceis.
- Um obrigado à minha avó que já não se encontra connosco, mas que sempre me apoiou, demonstrou orgulho em mim e que me ajudou a ser a pessoa que sou hoje.
- Agradecer ao Hugo, o meu eterno namorado por toda a paciência, incentivo e carinho demonstrado não só ao longo destes quatro anos, mas sim desde que estamos juntos.

Queria também deixar um obrigado a todos os colegas de curso, pois directa ou indirectamente contribuíram para o meu sucesso, assim como para a realização deste Projecto.

## **Siglas e abreviaturas**

**Cit.-** Citação

**CLE-** Curso de Licenciatura em Enfermagem

**DGS-** Direcção Geral de Saúde

**Et al.-** Outros autores

**EVA-** Escala Visual Analógica

**IASP-** International Association for Study of Pain

**Nº-** Número

**NPC-** National Pharmaceutical Council

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**Pág.-** Página

**PNLCD-** Plano Nacional de Luta Contra a Dor

**REPE-** Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SBED-** Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

**SNC-** Sistema Nervoso Central

**SPSS-** Statistical Package for the Social Sciences

**UFP-** Universidade Fernando Pessoa

## Índice Geral

<b>0- Introdução</b>	<b>1</b>
I- Fase Conceptual	
<b>Capítulo I- Do tema aos objectivos</b>	
1. Definição e justificação do Tema	3
2. Objectivos de investigação em estudo	4
3. Questões de investigação	5
<b>Capítulo II- Fundamentação Teórica</b>	
1. Dor	6
2. Fisiologia da dor	7
2.1. Classificação fisiológica da dor	10
2.1.1. Dor somática	10
2.1.2. Dor visceral	10
2.1.3. Dor superficial	11
2.1.4. Dor reflexa	11
2.1.5. Dor psicogénica/psicossomática	11
2.1.6. Dor neuropática	11
3. Classificação da dor segundo a sua duração	12
3.1. Dor Aguda	12
3.2. Dor crónica	13
4. Dor, como 5º Sinal Vital	15
5. Avaliação da Dor	16
5.1. Instrumentos de avaliação da Dor	18
6. Enfermagem e a Avaliação da Dor	20
7. Plano Curricular	23
II- Fase Metodológica	
<b>Capítulo I - Desenho de investigação</b>	
1. Pergunta de partida	25

2. Tipo de Estudo	25
3. Meio onde se desenvolve o estudo	26
4. População	26
5. Amostra	27
6. Processo de amostragem	27
7. Definição de variáveis	28
8. Considerações Éticas	29
9. Instrumento de recolha de dados	30
9.1. Pré-teste	31
9.2. Previsão do Tratamento e Apresentação dos Dados	32
III- Fase Empírica	
1- Apresentação e análise de dados	33
1.1. Caracterização da Amostra	33
1.2. Apresentação de Dados	36
2- Análise e Discussão dos Resultados	59
IV- Conclusão	64
IV- Referências Bibliográficas	66
<b>Anexos</b>	
I- Circular normativa DGS nº 9	
II- Plano curricular da Licenciatura em Enfermagem	
III- Programa curricular de Fundamentos de Enfermagem	
IV- Programa curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica	
V- Questionário	

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico nº 1-</b> Distribuição da frequência relativa correspondente ao género.	33
<b>Gráfico nº2-</b> Distribuição da frequência relativa correspondente ao ano do curso de Licenciatura em Enfermagem.	34
<b>Gráfico nº3-</b> Distribuição da frequência relativa sobre a questão “já alguma vez percepcionou alguma dor?”.	35
<b>Gráfico nº4-</b> Distribuição da frequência relativa sobre definição de Dor.	36
<b>Gráfico nº5-</b> Distribuição frequência relativa sobre a importância do estudo da fisiologia da dor.	38
<b>Gráfico nº6-</b> Distribuição da frequência relativa sobre “qual a dor mais importante de avaliar?”.	42
<b>Gráfico nº7-</b> Distribuição da frequência relativa sobre a questão ” qual a dor que interfere mais na vida de um doente?”.	44
<b>Gráfico nº8-</b> Distribuição da frequência relativa sobre “conhecimento das várias escalas da dor”.	47

## Índice de Tabelas

<b>Tabela nº1-</b> Distribuição da frequência relativa correspondente ao gênero em relação ao ano a frequentar.	33
<b>Tabela nº2-</b> Distribuição da frequência relativa segundo as idades.	34
<b>Tabela nº 3-</b> Distribuição da frequência relativa sobre definição de Dor, de acordo com o ano a frequentar.	37
<b>Tabela nº4-</b> Distribuição da frequência relativa sobre “ a dor deve ser avaliada uma vez turno”.	51
<b>Tabela nº5 -</b> Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “ a dor deve ser avaliada quando o doente referir dor”.	51
<b>Tabela nº6 -</b> Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “ a dor psicológica não necessita de avaliação”.	51
<b>Tabela nº7-</b> Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “ a dor deve ser avaliada uma vez dia”.	52
<b>Tabela nº8 -</b> Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “ a dor deve ser avaliada quando o enfermeiro ache necessário”.	52
<b>Tabela nº9 -</b> Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “ a dor deve ser avaliada quando a família pedir”.	53
<b>Tabela nº10-</b> Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “Qualquer tipo de dor que o doente possa ter é importante ser avaliada”.	53
<b>Tabela nº11 -</b> Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “Avaliar a dor é como avaliar qualquer outro sinal vital”.	54
<b>Tabela nº12 -</b> Distribuição da frequência relativa da expressão “A avaliação da dor pode ser feita através de qualquer escala existente”.	54
<b>Tabela nº13-</b> Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação ” a avaliação da dor deve ter em conta a idade do doente”.	55
<b>Tabela nº14 –</b> Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “independentemente da idade ou estado do doente, a dor deve ser avaliada”.	55
<b>Tabela nº15 –</b> Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “ durante o internamento a dor mais importante de avaliar é a dor física”.	56
<b>Tabela nº16 -</b> Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “ a dor deve ser avaliada após procedimentos invasivos”.	56

**Tabela nº17** – Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “A dor deve ser avaliada após procedimentos invasivos”. 57

**Tabela nº18-** Distribuição da frequência relativa sobre a expressão ”Na avaliação da dor a expressão facial, não é um factor importante”. 57

**Tabela nº19-** Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “ Avaliação dos outros sinais vitais é mais importante que a avaliação da dor”. 57

## Índice de Quadros

<b>Quadro nº1-</b> Distribuição da frequência relativa sobre as dores já percebidas.	35
<b>Quadro nº2 -</b> Distribuição da frequência relativa em relação à questão “ que tipos de dor conhece?”.	38
<b>Quadro nº3 -</b> Distribuição da frequência relativa em relação à diferença entre dor aguda e dor crónica.	40
<b>Quadro nº4-</b> Distribuição da frequência relativa e absoluta sobre o “porquê de considerar aquele tipo de dor mais importante de avaliar”.	42
<b>Quadro nº5 –</b> Distribuição da frequência relativa e absoluta sobre o “ porquê de considerar aquele tipo de dor o que interfere mais na vida de um doente”.	45
<b>Quadro nº6-</b> Distribuição da frequência relativa sobre a questão “ qual a dor interfere mais na vida do doente.”, de acordo com o ano que os inquiridos estão a frequentar.	47
<b>Quadro nº7-</b> Distribuição da frequência relativa sobre “conhecimento das várias escalas da dor” de acordo com o ano a frequentar.	48
<b>Quadro nº8 –</b> Distribuição da frequência relativa de acordo com a questão ” Quais as escalas de avaliação da dor que conhece”.	49

## **Índice de Figuras**

<b>Figura n°1-</b> Escala Visual Numérica.	19
<b>Figura n°2-</b> Escala Visual Analógica.	19
<b>Figura n°3-</b> Escala Qualitativa.	20
<b>Figura n°4-</b> Escala de Faces.	20

## **0. Introdução**

No âmbito do plano curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa/ Escola Superior de Saúde é proposta a realização de um Projecto de Graduação. Com a elaboração deste projecto pretende-se entre outros aspectos a aquisição de novos conhecimentos. Sendo assim, este projecto deu-se devido a uma inquietação a nível pessoal que o investigador achou pertinente estudar, que é se a Licenciatura em Enfermagem influencia a perspectiva dos alunos sobre a temática “A dor”. Tendo sido utilizado um estudo quantitativo com aplicação de questionários a alunos do 1º e 4º ano do Curso Licenciatura Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa- Porto.

Para se dar início à investigação em causa, é necessário primeiro referenciar a importância e a finalidade de um Projecto de Investigação. Este trabalho é pertinente para a área de Enfermagem, pois pode-se adquirir novos conhecimentos e relembrar certas teorias. Além disso, pode-se aplicar saberes a nível de metodologia em investigação e também aprofundar certos conhecimentos na área de investigação.

Investigação em Enfermagem tendo vindo cada vez mais a sofrer um aumento progressivo, contribuindo para um aumento de conhecimento e melhoria das práticas clínicas. Sendo assim a investigação em enfermagem surgiu com Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia., onde esta referia que para melhorar os cuidados prestados é necessário que exista uma colheita sistemática de dados, pois só assim era possível trabalhar em todos os campos, como por exemplo na promoção da saúde e prevenção da doença. (Fortin, 2009, pág. 26)

Segundo Fortin (2009, pág. 4), investigação científica define-se como “ o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. (...) distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso.”

Burns e Grove (cit. in Fortin 2009, pág. 5) definem a investigação como um processo sistemático, visando validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma directa ou indirecta, influenciarão a prática.

O desenvolvimento deste projecto é essencial, pois, além de ser necessário para o cumprimento do plano curricular da licenciatura, este irá ajudar o investigador a ganhar experiência no âmbito da elaboração de um projecto de graduação; rever e aplicar conceitos adquiridos anteriormente assim, como adquirir novos conceitos tanto a nível de científico, como sobre a temática em causa.

A Dor continua a ser um tema bastante debatido nos tempos de hoje, apesar de todos os estudos existentes ainda existe muitas inconformidades relativamente a esta temática. Esta consiste numa experiência multidimensional que é vista de forma subjectiva, pois o conceito de dor varia de pessoa para pessoa assim como a sua tolerância perante o estímulo doloroso. Apesar de todos os estudos, considero que ainda continua a ser um bocado negligenciada e que sofre juízos de valores por parte dos futuros profissionais assim, como dos actuais profissionais.

Este trabalho, está dividido em três fases, onde a primeira fase foi dedicado á apresentação do tema, do motivo da escolha deste assim como os objectivos pretendidos no final. Ainda foram desenvolvidos conceitos de vão ao encontro com a temática em estudo, sendo o tema A Dor- fisiologia, tipos de dor, instrumentos.

A segunda fase corresponde á descrição da metodologia e dos métodos adoptados para a realização das diferentes fases de investigação. Aqui, também foi caracterizada a amostra, as variáveis assim como foi exposto o método de colheita de dados que neste caso o método utilizado foi o questionário.

Por fim, a terceira fase corresponde á análise e discussão dos resultados obtidos assim como uma pequena conclusão com as principais ideias relativamente ao estudo em questão.

Quanto aos resultados esperados, o investigador considera que os alunos apresentam uma perspectiva sobre a dor que vai de encontro com o enquadramento teórico, existindo ainda assim algumas falhas em relação aos alunos do 1º ano, o que era previsto, visto que estes alunos não têm a experiência em ensinios clínicos.

## **I- Fase Conceptual**

Fortin (2009, pág. 39) afirma que “ (...) a fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação.”

A fase conceptual baseia-se em definir elementos de um determinado problema. Nesta fase o investigador desenvolve conceitos e angaria informação sobre a temática em causa, tendo como objectivo obter um problema claro e perceptível.

Esta fase inicia-se com a selecção do tema e com o motivo que levou o investigador a querer desenvolvê-lo. A partir daqui, desenvolve-se um problema, que será o ponto de orientação da investigação em causa, sendo necessário salientar que muitas vezes a escolha do tema é uma das etapas mais complicadas no desenvolvimento da investigação, tendo que se fazer bastante revisão da literatura para se chegar ao problema que realmente se quer desenvolver.

### *Capítulo I - Do tema aos objectivos*

Este capítulo centra-se na demonstração do tema pretendido, assim como a causa a que levou o investigador a querer fazer este estudo. Nesta fase pode-se entender qual o objectivo principal do investigador e a partir daqui chegar à questão problema.

#### **1. Definição e Justificação do Tema**

Segundo Fortin (2009 , pág. 67):

*“tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador (...) tendo em vista aumentar os seus conhecimentos”.*

O desenvolvimento de um tema de investigação consiste na fase mais importante e por vezes na fase mais difícil de todo o processo, pois exige muita revisão bibliográfica para que o investigador conheça o que já foi escrito e também “ (...) requer que o

investigador tenha curiosidade intelectual (...)” (Fortin, 2009, pág. 67) sobre temática em questão, para que melhor consiga formular o problema.

De acordo com a curiosidade que o investigador tem sobre o tema e de tentar entender de que forma é que ao longo da Licenciatura em Enfermagem a perspectiva que os alunos têm sobre a dor muda, desde que ingressam no curso até à finalização do mesmo. Por isso, a população em estudo são os alunos do 1º e 4º ano do Curso Licenciatura em Enfermagem, onde o 1º ano só pode falar de experiências vividas com eles e o 4º já pode fazer comparações entre vivências pessoais e experiências ocorridas em ensinos clínicos. A dor é algo muito subjectivo, e que depende muito das vivências de cada um, sendo importante que nunca duvidemos da pessoa e da intensidade que o outro diz sentir. Como futura profissional, penso que este é um tema importante porque mesmo a nível de profissionais ainda surgem dúvidas em relação ao tema em questão. Por isso, o meu problema em estudo é: “Qual a perspectiva dos alunos do 1º e 4º do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre dor.”.

## **2. Objectivos de Estudo**

De acordo com Fortin (2009, pág. 100) “O objectivo de estudo indica o porquê da investigação. Especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo”

Para melhor se puder desenvolver as questões de investigação, assim, como todo o processo de investigação, é necessário estipular alguns objectivos.

Para este estudo, foram traçados alguns objectivos, sendo eles:

- Identificar qual o significado de dor para os alunos do 1º e 4º ano do Curso Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa;
- Compreender qual a importância que os alunos do 1º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa atribuem á avaliação da dor.

## **3. Questões de investigação**

De acordo com Talbot (cit. in Fortin, 2009, pág. 101) “ (...) questões de investigação são premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.”

Segundo Fortin (2009, pág. 164) “ (...) as questões de investigação são mais específicas e incluem os diferentes aspectos susceptíveis de serem estudados. As questões decorrem directamente do objectivo e indicam o que o investigador quer obter como informação.”

Foram traçadas algumas questões de investigação importantes abordar:

- O que entendem os alunos do 1º e 4º ano do Curso Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa por dor?
- Qual a importância que os alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa atribuem à avaliação da dor?

## *Capítulo II – Fundamentação Teórica*

A fundamentação teórica é de extrema importância, pois é através desta que se situa a área de investigação de qual se pretende abordar.

### **1. Dor**

A palavra dor deriva do latim da palavra “dolor” e é definida como uma “sensação a qual a pessoa experiencia desconforto, angústia, ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos.” (Free, 2002,pág 144).

De acordo com DGS ( 2008, pág.1) “A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo.”. Caracteriza-se por algo subjectivo, que varia com as experiências de cada um, da situação socio-económica e muitas vezes esta relacionado com o género e idade da pessoa. A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, causando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões tanto a níveis psicossociais como económicas (DGS, 2008).

*International Association for Study of Pain (IASP)* define dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a uma lesão real ou potencial", (cit. in Phipps et al., 2003, pág. 363).

A definição de dor segundo McCaffery (1989) (cit. in Phipps, 2003, pág. 36) é ” qualquer coisa que a pessoa que sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe.”.

Como sintoma ou doença, a dor é frequentemente o motivo da procura do sistema de saúde. Da análise crítica da sua expressão é que, independentemente dos métodos complementares, o diagnóstico é estabelecido e as estratégias terapêuticas também, conseguindo assim controlar ou eliminar as possíveis condições causais. (TEIXEIRA, 2001).

Apesar de todos os estudos sobre dor, nunca ninguém conseguiu definir esta de forma satisfatório, onde todos os autores sentissem que realmente aquela seria a mais verdadeira e completa definição.

Por isso, Melzack & Wall (1982) (cit. in Almeida, 2005, pág. 15) salientou que:

*“ é extraordinário verificar que, embora de enorme importância na medicina e biologia, a palavra DOR nunca foi definida de modo completamente satisfatório.”*

Dor é algo que todos os indivíduos já sentiram, alguns com maior intensidade que outros, e que se pudessem seria algo pela qual não queriam tornar a passar. Contudo, apesar de a dor consistir em algo incómodo e desagradável, esta faz parte de uma função biológica para manter a integridade da vida de um indivíduo. Apesar de ser uma sensação desagradável, muitas vezes pode ser responsável pela identificação e resolução de problemas maiores.

Segundo Milton (cit. in Calliet, 1999) :

“ A dor é a miséria perfeita,  
O pior dos demónios,  
E, quando excessiva,  
Esgota toda a paciência.”

## **2. Fisiologia da dor**

Até á década de 60, a dor foi considerada como uma resposta sensorial ligada à lesão tecidual, componentes tais como a componente afectiva, diferenças genéticas e ansiedade eram desvalorizados. Com o decorrer dos anos, grandes avanços foram surgindo relativamente a este campo, passando assim a ter uma grande importância a nível de enfermagem.

Um das primeiras teorias a surgir foi dada por Aristóteles e era designada pela “Teoria dos Afectos”, pois este afirmava que a dor era vista como uma emoção. Esta teoria acabou mais tarde por ser rejeitada por um grupo de teóricos que iam mais de acordo com a teoria de Descartes que dizia que a dor era a separação do corpo da alma. Contudo e apesar de várias teorias terem sido propostas, nenhuma era completa e precisa, sendo por isso consideradas bastante limitadas.

Assim, em 1965, Melzack e Wall, através de todas as teorias apresentadas até ao momento desenvolveram a sua, designada então de “Teoria de Portão”. O desenvolvimento desta teve um enorme contributo, pois foi a partir daqui que passou a existir um melhor entendimento acerca das quatro fases do processo de dor, sendo elas a transdução, transmissão, modulação e a percepção. A transdução e a transmissão implicam um processamento da mensagem dolorosa desde os nociceptores até à espinal medula, nesta ocorre a modulação que vai permitir estabelecer se os estímulos serão consciencializados como dor ou não. (Phipps, 2003)

A transdução baseia-se na conversão de estímulos dolorosos, sejam eles de origem térmica, química ou mecânica num impulso que é transportado desde a periferia até ao sistema nervoso central (SNC). Os nociceptores correspondem a extremidades nervosas, livres de neurónios aferente não-mielinizados ou, então mielinizados de forma escassa. Estes estão distribuídos de forma abundante pela pele e mucosas e de forma mais diminuída nas estruturas mais fundas como por exemplo as vísceras e articulações. Assim que existe um estímulo nocivo, os nociceptores podem ser activados pela libertação do tecido lesado como também por estímulos químicos que incluem as histaminas, as prostaglandinas, a bradiquinina e os ácidos. Contudo, a existência de edema dos tecidos pode causar dor devido á pressão que exerce nos nociceptores em tecidos vizinhos, esta pressão pode ser considera como sendo uma estimulação mecânica. (Phipps,2003)

Relativamente à transmissão e para uma melhor compreensão desta, há que referir que os impulsos dolorosos são transmitidos dois tipos de fibras até à espinal medula. Sendo elas as fibras A-delta e as fibras C. as primeiras correspondem a fibras de condução mais rápida e com presença de bainha de mielina, enquanto que as segundas correspondem a fibras não mielinizadas de condução mais lenta. as fibras A-delta transmitem as dores agudas e de fácil localização e distintas, já as fibras C são responsáveis pelo envio de impulsos mais lentos, difusos e viscerais.

Assim sendo, as fibras A-delta e fibras C são responsáveis pela transmissão de impulsos desde a periferia para o corno dorsal da espinal medula. Existe uma substância designada de substância P, que corresponde a um neurotransmissor de impulsos dolorosos, que provoca assim a transmissão sináptica do nervo aferente periférico para os nervos do feixe espinotalâmico.(Phipps, 2003)

A compreensão do estímulo doloroso, é resultante segundo Phipps (2003, pág. 367) “da modulação dos impulsos dos neurónios em vias ascendentes, com relação dos inibitórios pelas vias descendentes”.

A modulação é responsável pela consciencialização ou não do estímulo doloroso. No cérebro são onde se apresentam os receptores, aos quais estão associados compostos opiáceos. Assim sendo, existem dois pentapéptidos, que são formados por 5 aminoácidos, que se denominam por encefalinas idênticas a morfina endógena e de ocorrência natural, sendo elas a met-enkefalina e a leu-enkefalina. Além das endorfinas referidas anteriormente, existem outras que já foram sendo descobertas ao longo do tempo, como por exemplo a beta-endorfina, que se crê que estas são responsáveis pela supressão da dor por dois tipos de mecanismos. O primeiro tipo de mecanismo pode ser por acção pré-sináptica que tem como função a inibição da libertação da substância P do neurotransmissor e o segundo por acção pós-sináptica, que é para se dar início à condução do estímulo doloroso. Em locais como o tálamo, mesencéfalo, corno dorsal da espinal-medula podem-se apresentar estas endorfinas em níveis de concentração elevada.

Os impulsos inibitórios nociceptivos são conduzidos através das vias descendentes desde o tálamo (através do mesencéfalo e medula) até aos cornos dorsais da espinal-medula. Por fibras descendentes são libertadas serotonina, noradrenalina e endorfinas que inibem a libertação de neurotransmissores, desta forma os estímulos nociceptivos não conseguiram ser transmitidos até aos neurónios. (Phipps, 2003)

Relativamente à percepção esta corresponde á fase onde o individuo tem consciência da sua dor. A dor é vista como uma experiência multidimensional e subjectiva, que além das experiências vividas anteriormente pelo individuo, existem outros factores que podem influenciar esta nova vivencia. Tem-se como exemplo a mistura de emoções que uma pessoa sente quando tem presente dor.

Relativamente à tolerância da dor envolve a parte cónito-afectiva, e por isso, nem todos os indivíduos têm a mesma capacidade, havendo pessoas, que quando sujeitas ao mesmo estímulo doloroso uma pode mostrar ter mais tolerância do que a outra, porque o significado e a forma como a percebem é diferente entre os vários indivíduos. (Phipps, 2003)

Como referido anteriormente cada pessoa tem o seu significado de dor e este pode variar mesmo a pessoa sendo a mesma, mas em momentos diferentes da sua vida. Existem imensos factores que influenciam o significado de dor entre eles estão a idade, género, cultura e como referido anteriormente as experiências que possam ter sido anteriormente vividas.

Por isso, a forma a como um individuo reage perante um determinado estímulo doloroso não pode ser previsto nem julgado, é de extrema importância que a dor de cada um seja sempre valorizada, para que de uma certa forma se possa ter um controlo eficaz da mesma.

## **2.1 Classificação fisiológica da dor**

A classificação fisiológica da dor baseia-se nos mecanismos dolorosos, diferenciando as dores em nociceptivas e não nociceptivas. Considerando a dor nociceptiva aquela que resulta da activação de nociceptores (fibras A-delta e C) através de estímulos dolorosos, 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. Quanto à dor somática, visceral e reflexa correspondem, a tipos de dor nociceptivas. Quanto as restantes como a dor neuropática e a dor psicogénica/psicossomática fazem parte da dor não nociceptiva, ou seja corresponde a todo o tipo de dor que não apresenta lesão tecidual mas sim a causada por algum compromisso neurológico.

### **2.1.1. Dor somática**

A dor somática corresponde a um dor a nível dos músculos e nos ossos, é descrita como sendo uma sensação dolorosa rude, exacerbada ao movimento. É aliviada pelo repouso, é bem localizada e variável, conforme a lesão básica. Este tipo de dor, provem de uma lesão a nível muscular e ósseo. A dor somática tem como principal característica ser bastante precisa.

### **2.1.2. Dor visceral**

A dor visceral ocorre quando os estímulos que vão produzir a sensação de dor provêm das vísceras. É desencadeada sempre que se aumenta a tensão da parede da víscera, seja por distensão, inflamação, isquemia ou contração exagerada da musculatura. A dor visceral é uma sensação dolorosa profunda, surda e mal localizada, de início gradual e de longa duração. Frequentemente associa-se a sensações de náuseas, vômitos, e sudorese.

### **2.1.3. Dor Superficial**

A dor superficial consiste num tipo de dor que tem origem na pele ou no tecido subcutâneo. Quem sofre este tipo de dor consegue identificá-la com precisão.

### **2.1.4. Dor reflexa**

A dor reflexa consiste numa dor que é sentida em determinadas regiões que não são estimuladas por a lesão ou doença em causa. Esta pode aparecer associada a um "ataque cardíaco, onde por norma existe uma dor que irradia ao longo do braço esquerdo quando uma lesão ocorre a nível do miocárdio." (Phipps, 2003, pág. 371). Esta dor está associada na maioria das vezes, com lesões dos órgãos viscerais refletindo-se assim em superfícies cutâneas. Este tipo de dor ainda continua a ser estudado nos tempos de hoje, pois ainda hoje não conseguem justificar bem a sua origem.

### **2.1.5. Dor psicogénica/psicossomática**

O termo dor psicogénica é dado quando a causa patológica ainda não tenha sido encontrada, podendo até ter mais como base a ordem psicológica ou que propriamente alterações da parte física. Contudo é importante salientar que existem várias alterações fisiopatológicas que são diferentes de serem detectadas apesar de todos os meios sofisticados que existem nos dias de hoje. Segundo Phipps (2003, pág. 372): "é difícil distinguir as componentes físicas das emocionais, e importa lembrar que *toda a dor é real*.", seja ela física ou psicológica.

### **2.1.6. Dor neuropática**

A dor neuropática tem como origem uma lesão a nível do sistema nervoso central como do autónomo, que pode ocorrer de diversas formas: pode ser de forma aguda (tipo espasmódico) ou violenta (tipo queimadura).

Como dor neuropática temos também “a dor do membro fantasma que é experimentada após remoção cirúrgica de um membro.” (Phipps, 2003, pág. 372). Por norma, as pessoas em questão já sofriam bastantes dores antes do procedimento cirúrgico e irão continuar a manifesta-las após algum tempo depois de a cicatrização estar completa. É uma dor que muitas vezes não é compreendida, mas que traz bastantes transtornos ao doente em causa.

### **3. Classificação da dor conforme a sua duração**

A dor é basicamente dividida em dois tipos, ou seja pode ser aguda, duração mais curta, ou crónica que, segundo Murta (1999) é caracterizado por 6 meses de duração contínua.

#### **3.1. Dor aguda**

Dor aguda é designada por aquela que se manifesta durante um período de tempo relativamente curto. Pode durar minutos a algumas semanas e, em geral esta associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas. Em geral a dor desaparece quando a causa é correctamente diagnosticada e tratada.

Segundo Campos (2005), dor aguda esta “relacionada temporalmente à lesão causadora, isto é, deve desaparecer durante o período esperado de recuperação do organismo, (...) que está a provocar a dor (...). Não há um limite preciso estabelecido para sua duração na literatura mundial, variando entre 3 a 6 meses, limite máximo em que, a maioria dos autores passam a considerar sua presença como crónica. Contudo, a dor aguda pode ter duração extremamente curta, desde alguns minutos, até a algumas semanas, decorrentes das mais variáveis situações, incluindo causas inflamatórias, causas traumáticas, causas infecciosas, pós-operatórios e procedimentos médicos e terapêuticos em geral.”

A dor aguda por norma tem um início súbito e geralmente é acentuada. Serve de aviso de uma doença ou ameaça ao organismo. A dor aguda por ter inúmeras causas, esta pode ser leve e durar apenas uns minutos, como pode ser algo com maior gravidade e durar entre semanas a meses. Na maioria a dor aguda não dura mais de 3 meses e desaparece mal a causa subjacente a dor tenha sido tratada.

Por isso, segundo Metzger (2002, pág. 24) ”a dor aguda é um sintoma que tem como finalidade biológica a preservação da integridade do organismo. As reacções que ela desencadeia possuem efeitos benéficos (...) mas também, efeitos prejudiciais”. Segundo o mesmo autor, a dor aguda corresponde a um modelo biomédico, pois consiste num sintoma que tem uma causa por identificar, onde o seu desaparecimento irá ocorrendo assim que a cura de iniciar.

Segundo a NPC (2001), sendo a dor aguda limitada no tempo e apresentando funções benéficas para o organismo, ela não deverá ultrapassar certos limites devendo ser controlada, para que a sua intensidade não atinga níveis elevados durante um período de tempo mais ou menos prolongado.

A dor aguda não controlada a tempo pode trazer várias complicações, podendo mesmo passar de dor aguda a dor crónica. A dor aguda apesar de ter uma durabilidade menor, esta deve ser controlada o mais rapidamente possível, para evitar complicações fisiológicas e psicológicas.

### **3.2. Dor crónica**

De acordo com a DGS (2001, pág. 5) dor crónica define-se como quando ” a sua duração seja igual ou superior a 6 meses. As queixas dolorosas podem ocorrer em qualquer parte do corpo” e muitas vezes o doente não consegue identificar o local da dor, e muitas vezes não conseguem identificar quando começou a vivenciar esta sensação/ desconforto.

Outros autores referem que uma das definições mais utilizadas para dor crónica é uma dor superior a 3 meses ou que persista após um período que seria normal o tecido estar recuperado.

Salveti & Pimenta (2007), definem dor crónica como sendo “aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão, ou que está associada a processos patológicos crónicos. Apresenta-se com mais de três meses de duração e que se manifesta de modo contínuo ou recorrente.” Estas, afirmam também que a dor crónica é mais que um sintoma e que consegue ser bastante perturbadora para o quotidiano de uma pessoa, fazendo com que ocorram alterações a nível de actividades físicas, vida sexual, sendo podendo levar a uma alteração de humor e pensamentos negativos, levando muitas vezes ao desinteresse e isolamento perante a família.

A dor crónica é vista como um desafio terapêutico, pois esta afecta em muito a vida destes doentes. Por isso, existem pessoas que andam de médico para médico, tentando conseguir um alívio da dor. Muitas vezes encontram um tratamento que melhora durante um certo período de tempo, começando a partir de um certo momento a vivenciar aquela dor persistente e começam a perder a fé nas pessoas que estão a tentar buscar o alívio desta. Os doentes com dor crónica necessitam de um tratamento onde é necessário, segundo Metzger (2002, pág. 26) “uma abordagem multidisciplinar que mobilize as competências de especialistas na área somática, especialistas da dor e, também, de psicólogos e psiquiatras.” Por estas razões, este autor considera que a dor crónica corresponde a um modelo bio-psico-social.

Dor crónica é algo que aparece em todas as faixas etárias, apesar de várias pessoas acharem que só os idosos a apresentam. A verdade é que neste grupo é mais comum, devido a estar associada a desordens crónicas, particularmente doenças músculo-esqueléticas como artrites e osteoporose. Além disso, o aumento na incidência de cancro, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, as úlceras de pressão e as doenças cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas algícas nesse grupo etário.

Salveti e Pimenta (2007), defendem que dor crónica “é um problema de saúde pública, pela prevalência, alto custo e impacto negativo que pode causar na qualidade de vida de um paciente, como da sua família.”

#### **4. Dor, como 5º Sinal vital**

Segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED),” a necessidade da dor ser reconhecida como 5º sinal vital foi citada pela primeira vez em 1996 por James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor) ”. O seu grande objectivo foi de elevar a conscientização entre os profissionais de saúde acerca do tratamento da dor.

James Campbell (1996), (cit. in SBED) refere que “se a dor fosse aliviada com o mesmo zelo como os outros sinais vitais haveria uma melhor hipótese de promover tratamento adequado”. Foi então, em 1996 que a dor passou a ser designada por 5º sinal vital.

Segundo Botega & Fontana (2010) ” A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e económicas, o que a torna um problema de saúde pública”.

De acordo com Fontes & Jaques (2007) (cit. in CCS):

*”a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor (APS) estabeleceram diretrizes que a avaliação e registo da dor devem ser realizados com o mesmo rigor e seriedade que a tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, designando assim a dor como “5º sinal vital”.”.*

As intervenções para alívio da dor fazem parte do cuidado, por isso é fundamental compreender seu significado e aumentar o campo de saberes acerca da importância da sua mensuração. Por isso, técnicas que visem avaliar a dor podem ser utilizadas para cuidar de forma humanizada e assim, as medidas diagnósticas inovadoras passam também a estratégias de suporte que contribuem para a atenção às necessidades básicas do indivíduo doente. Neste sentido, avaliar a dor e empenhar medidas para seu alívio, proporcionando conforto e bem-estar ao paciente, podem ser considerados como dispositivos capazes de promover a saúde durante o internamento hospitalar como em cuidados domiciliares. (Botega et al., 2010)

No entanto, Fontes & Jaques (2007) (cit. in CCS), afirmam que se deve considerar que temperatura, pulso, respiração e tensão arterial podem ser mensurados objectivamente por instrumentos físicos, distinguindo-se da dor que é inerentemente subjectiva, portanto, só se pode avaliar segundo o paciente, sendo este o indicador mais seguro da sua intensidade.

A “ Dor como 5º sinal vital” é, para a American Pain Society, “um conceito e não uma norma de abordagem. A avaliação da dor não deverá estar dependente da avaliação dos sinais vitais, mas sim da situação de dor em si.”. (cit. in NPC, 2001).

A Direcção Geral de Saúde, em 1999, juntou um grupo de profissionais, que mais tarde veio a desenvolver um Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), que foi aprovado em Março de 2001. Foi considerado algo inovador, pois não existia nada assim a nível internacional. Sendo assim, o Governo Português foi considerado pioneiro devido em 1999 criar o Dia Nacional da Luta Contra a Dor.

## **5. Avaliação da dor**

A dor, continua a ser definida como algo que o doente diz sentir, por isso a avaliação desta continua a ter um carácter bastante subjectivo, pois cada um tem o seu limite de tolerância à dor, podendo-se relacionar muitas vezes com as experiências vivenciadas. Contudo, a interpretação que o enfermeiro faz da avaliação da dor também influencia o resultado final, pois o profissional só se pode basear nos resultados dos instrumentos de avaliação e no que o doente diz sentir.

Segundo a DGS (2008),” a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, que procura um cuidado individualizado e dirige-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la.”.

Muitas vezes a dor passa despercebida aos profissionais, porque muitos doente internados não têm capacidade de se expressar verbalmente, e muitas vezes é necessário estar atento a certas situações que vão surgindo como sinal. Para isso, os profissionais têm de ter capacidade de conseguir identificar este tipo de situações com alguns comportamentos que alguns doentes podem apresentar.

A observação dos comportamentos de dor é voltada para as respostas comportamentais de dor que Pimenta (1999) descreveu como: vocalização (choro, gemido), expressão facial (contração muscular), e movimento corporal (postura de proteção).

Paulino (2002) citou que:

*“ a componente comportamental engloba um conjunto das manifestações verbais e não verbais observáveis na pessoa que sofre (queixas, gemidos, mímicas e posturas anti-álgicas). ”*

Segundo Murta (1999), a utilização de formas profissionais de observação directa e sistemática do próprio comportamento do sujeito, objectivando o registo continuado, em amostragem de tempo e de tipos de estímulos responsáveis pela resposta de dor.

Se as avaliações forem realizadas e registadas sistematicamente, podem trazer um grande contributo para a melhoria deste fenómeno (dor). Contudo, ainda hoje, são poucos os serviços que utilizam os instrumentos de avaliação da dor. A utilização deste tipo de instrumentos padronizados para quantificar e avaliar as características da dor têm-se mostrado como uma estratégia positiva para o registo de dados sobre a dor e analgesia. Contudo, a inexistência destes instrumentos não traz qualquer impedimento para a avaliação e registo da mesma.

Existem vários objectivos para a avaliação de uma experiência dolorosa, tendo Rigotti et al. (2005) definido como: determinar os elementos que possam justificar, manter ou exacerbar a dor, sofrimento e a incapacidade, apurar o impacto da dor na vida do indivíduo e verificar a eficácia das intervenções terapêuticas propostas.

Todo o profissional de saúde, sem ter noção que o faz, têm tendência a comparar situações dolorosas entre pessoas com o mesmo diagnóstico, achando por vezes que uns doentes exageram mais que outros, o que não é correcto. Para se obter, uma resposta o mais fielmente possível, o melhor é que se tenha presente os nossos conceitos de dor, pois se nós compreendermos, será mais fácil entender o doente que esta à nossa frente.

Bigby (2003) (cit. in Jenko et al.; 2006) referiu que “compreendermo-nos a nós mesmo é fundamental para nos relacionarmos com os outros.”.

Como se pode observar, por tudo o que foi referido anteriormente, a avaliação da dor assim como o conceito desta, continuam envolta de uma enorme complexidade. Por isso, cada profissional deve ter em atenção os seus princípios básicos para que os seus cuidados façam a diferença.

### **5.1. Instrumentos de avaliação da dor**

Hoje em dia, existe um variado leque de instrumentos de avaliação da dor, onde para uma melhor avaliação é necessário que haja uma linguagem comum entre o profissional e o doente. Contudo, o método mais utilizado ainda hoje é o de questionar o paciente quanto à presença e a intensidade da dor.

Para avaliação da dor do paciente, pode-se usar uma grande variedade de escalas unidimensionais para mensurar a intensidade da dor, contudo, para o enfermeiro é um desafio adaptar cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora de cada paciente, sendo ele adulto ou criança, para que no final os resultados subjectivos possam ser traduzidos da forma mais objectiva possível.

Além da importância que têm para conseguir avaliar a dor, é importante para os profissionais terem noção se a analgesia aplicada após a primeira avaliação surtiu efeito, logo é necessário aplicar o mesmo instrumento de avaliação para se averiguar se a situação foi revertida.

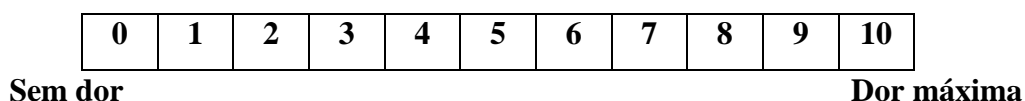
Não existe nenhum instrumento de avaliação ideal, o profissional deve ser capaz de seleccionar o melhor método de acordo com os meios disponibilizados pelo serviço e de acordo com as capacidades do doente em questão. Contudo é preciso ter em atenção e durante um internamento deve ser utilizado sempre o mesmo instrumento de avaliação.

Apesar dos instrumentos de avaliação aparentemente serem de fácil utilização, sempre que o profissional o utilizar num paciente é necessário que este explique o funcionamento deste, assim como conferir que o doente compreendeu o seu funcionamento.

Para a avaliação da dor existem vários tipos de instrumentos, podendo eles serem unidimensionais, multidimensionais e comportamentais. Na avaliação da dor as mais

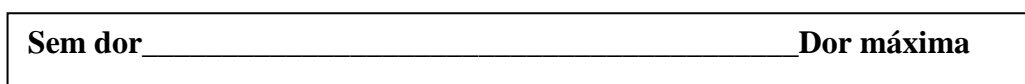
usuais são as unidimensionais, pois só avaliam a intensidade da dor, são escalas simples e que diminuem um pouco mais à subjectividade da dor do doente. Sendo assim, como escalas unidimensionais temos a Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica e a Escala Verbal. Este tipo de escalas são bem aceites no tratamento da dor aguda, mas quando se trata de dor crónica, acaba-se por não se obter tantos resultados, sendo por isso postas de parte. Estas escalas só podem ser colocadas a crianças com mais de 3 anos e a doente que esteja consciente e colaborante, contudo é de extrema importância salientar que existem outras escalas que preenchem requisitos anteriormente falados. A DGS, criou uma Circular Normativa nr.º 09 (Anexo I- Circular normativa nrº 9) onde os instrumentos de avaliação referidos são: Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa e a Escala de Faces. (DGS, 2003)

A Escala Visual Numérica, consiste numa régua graduada de zero a dez, onde o zero significa “ausência de dor” e o dez, “dor máxima”. A régua pode ser apresentada ao doente tanto na horizontal como na vertical. Depois do doente qualificar a sua intensidade da dor, esta é registada na folha de registo. (Figura n.º 1)



**Figura n.º 1:** Escala Visual Numérica (DGS, 2003, pág. 2)

Quanto á Escala Visual Analógica, consiste numa linha horizontal ou vertical, com um comprimento de 10 centímetros, onde numa extremidade tem escrito “sem dor” e a “dor máxima”. Esta escala pode ser utilizada em doentes que não conseguem verbalizar, pois a utilização desta é através da colocação de uma cruz no local onde o doente considera que reflecte a intensidade da sua dor. A medição é feita em centímetros, entre o início da linha e o local onde o doente assinalou, obtendo-se assim, uma classificação numérica, que deverá ser registada na folha de registo. (Figura n.º 2)



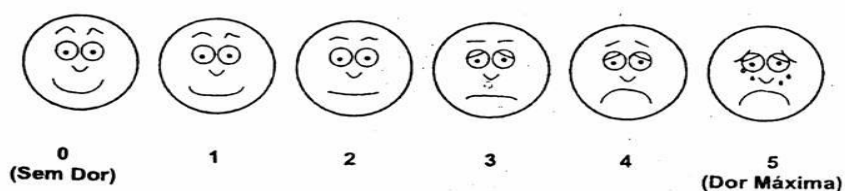
**Figura n.º 2:** Escala Visual Analógica (DGS, 2003, pág. 2)

Na utilização da Escala Qualitativa, pede-se ao doente que classifique a intensidade da Dor de acordo com os adjectivos a seguir referidos: “ sem dor”; “ dor ligeira”, “ dor moderada”, “ dor intensa” e “ dor máxima”. Conforme as escalas anteriores, após a sua avaliação deve-se efectuar o registo. (Figura n.º 3)

<b>Sem Dor</b>	<b>Dor Ligeira</b>	<b>Dor Moderada</b>	<b>Dor Intensa</b>	<b>Dor Máxima</b>
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

**Figura n.º 3:** Escala Qualitativa (DGS, 2003, pág.2)

Por último, destas quatro escalas temos a Escala de Faces, onde é solicitado ao doente, que classifique a sua intensidade de dor acordo com as seis faces representadas, sendo que a expressão neutra corresponde a “ sem dor” e a expressão de choro corresponde a “ dor máxima”. Tal como nas escalas anteriores, depois de avaliada a intensidade da dor, é necessário que o registo desta seja feito. ( Figura n.º 4).



**Figura n.º 4:** Escala de Faces (DGS, 2003, pág.3)

Os instrumentos anteriormente falados, embora sejam os mais utilizados para a avaliação da dor, têm o inconveniente de simplificarem demais a dor, podendo só ser avaliada quanto à sua intensidade e de não poder ser utilizada na dor crónica.

Quanto as escalas multidimensionais, estas são mais utilizadas na avaliação da dor crónica. Em geral, consistem em questionários que avaliam de forma rigorosa e mais específica a dor. Estes questionários não avaliam só a intensidade da dor, como também se destinam à avaliação da parte emocional e cognitiva do doente. Estes questionários devem ser preenchidos pelo doente.

## **6. Enfermagem e avaliação da dor**

Enfermagem como profissão inicia-se com Florence Nightingale que, para caracterizá-la, esboça o primeiro conceito de enfermagem: o que a enfermagem tem a fazer é colocar o paciente na melhor condição para a natureza agir, Nightingale (1980), além das outras premissas e normas nas quais todos os profissionais deveriam basear-se durante a sua prática, e que passaram a ser socialmente aceites e reconhecidas pela comunidade, caracterizando assim a profissão. (Angerami & Mendes, 1989).

A Enfermagem como profissão tem sido caracterizada, como nova ou recente, porém, os textos sobre a história da Enfermagem indicam que o enfermeiro e a Enfermagem existem desde o momento em que uma pessoa cuidou de outra. (Angerami & Mendes, 1989)

Segundo a REPE, (art. 4 n.º1, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro):

*“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”*

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2002, pág. 8), “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). “. Quer o enfermeiro, quer quem necessita de cuidados de enfermagem, devem possuir alguns valores e crenças de natureza individual. Assim, no âmbito do desenvolvimento do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural. (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Em 2003 a DGS, emitiu uma Circular Normativa (nº9), que confronta a dor como 5º sinal vital. Assim sendo, esta passou a ser considerada uma boa prática clínica, passando a ser obrigatório a avaliação e registo da intensidade da dor, tal como acontece com os outros sinais vitais (temperatura, tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória). (DGS, 2008).

Visto isto, o controle da dor deve ser uma preocupação para o profissional de saúde. A actuação da enfermeiro, em certos pontos pode ser de modo independente e colaborativo, pois este pode tentar compreender a identificação de queixa álgica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de factores que contribuam para a melhoria ou não da queixa álgica, a selecção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas implementadas. (Rigotti & Ferreira, 2005).

Para uma correcta avaliação da dor, o enfermeiro terá de proceder a uma análise das suas intervenções, avaliando assim a reacção dos doentes face as acções que lhes foram prestadas e sem necessário proceder alterações até que se consiga obter os resultados pretendidos.

Além do profissional ter de estar atento/ observar as queixas do doente este precisa de perceber até que ponto esta experiência dolorosa afecta o mesmo, de modo a que o enfermeiro consiga ajuda-lo. Para isso, é necessário que exista uma relação de empatia e respeito, de forma que a equipa de enfermagem possa actuar com mais facilidade e o mais rápido possível.

Assim sendo, a observação permite ao enfermeiro verificar aspectos comportamentais do doente que são concretos e observáveis, tais como:

- a existência de dor e suas características em termos de localização, intensidade, duração;
- as reacções comportamentais do doente à dor: expressão facial: existência de choro; como é que ele a expressa verbalmente; reacções do doente (se tem medo, fica angustiado, irritável, ou com insónias...);
- pode-se observar factores fisiológicos que muitas vezes estão associados: taquicardia, tensão arterial aumentada, taquipneia, palidez e sudorese. (Rigotti & Ferreira, 2005).

Para terminar, pode-se afirmar que existem várias técnicas que o enfermeiro pode desenvolver directa ou indirectamente com o doente, sendo elas:

- Criar um ambiente calmo;
- Relação de empatia de ambas as partes;

- Criar um relacionamento de confiança;
  - Mudança de decúbitos;
  - Apoio emocional tanto ao doente como à respectiva família;
  - Promover a auto-confiança;
  - Criar técnicas de distração, para desviar a atenção da experiência dolorosa.
- (Rigotti & Ferreira, 2005)

## **7. Plano Curricular**

Um dos factores de maior influencia para se averiguar a qualidade do ensino é o currículo. Não existe uma noção certa para este termo, mas sim várias noções. O currículo continua a ser reconhecido, com o plano de estudo de cada instituição de ensino. Currículo, neste caso significa pouco mais do que o elenco e a sequência de matérias propostas para um certo período de estudos, quer a um nível de escolaridade como até de um curso.

O plano curricular consiste numa distribuição de tempos lectivos semanais correspondentes a cada uma das disciplinas que o integram, de acordo com o peso que cada disciplina tem no decorrer dos anos de escolaridade. (Ribeiro,1989)

O conceito de currículo, está bastante parecido com o de programa onde em 1922 Franklin Bobbitt, em “The Curriculum” passou este para um conceito mais amplo, onde privilegia o âmbito escolar e todos os factores que nele possam interferir.

Analisando uma forma de traduzir estes novos conceitos, Ribeiro (1989,pág. 39), sugeriu a seguinte definição de currículo: "Plano estruturado de ensino-aprendizagem, incluindo objectivos ou resultados de aprendizagem a alcançar, matérias ou conteúdos a ensinar, processos ou experiências de aprendizagem a promover".

Contudo o currículo não consiste apenas na planificação dos estudos, também faz parte a prática onde é estabelecido um diálogo entre os vários intervenientes, ou seja entre as famílias, professores e alunos.

Para o melhor desenvolver do ensino/aprendizagem dos alunos de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, assim como todas as outras escolas da mesma área, desenvolveu um plano curricular com as inúmeras disciplinas e com as horas a que cada uma corresponde. (Anexo II- Plano curricular da Universidade Fernando Pessoa- Licenciatura em Enfermagem).

Nesta caso o que o investigador pretende saber, é quais as unidades curriculares em que a temática “ A dor” é abordada, para que melhor possa identificar o nível de desenvolvimento dos estudantes. Assim sendo, e após alguma pesquisa nos programas das várias disciplinas foi possível averiguar que esta temática era abordada em duas disciplinas fulcrais. A primeira disciplina onde é referenciada é do 1º ano, que é Fundamentos de Enfermagem (Anexo III- Programa de Fundamentos de Enfermagem) onde entre os diversos temas estão os sinais vitais que é onde esta inserido a temática em causa. De entre os vários sinais vitais (Tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura) temos a dor que foi considerada um sinal vital recentemente e é conhecida como sendo o 5º sinal vital. Portanto, nesta disciplina e segundo o plano curricular e o programa desta, estão contabilizadas para esta temática 3 horas, onde é abordado a definição de dor, os vários tipos de dor e as escalas de avaliação da dor.

Relativamente a Enfermagem Médico-cirúrgica (Anexo IV- Programa de Médico-cirúrgica) que é leccionada no 2º ano da Licenciatura, o tema em causa é abordado mais profundamente, sendo repetidos alguns conceitos assim com abordados outros novos. Nesta disciplina, a nível de programa curricular esta instituída a dor ter uma abordagem durante 12 horas sendo que fariam uma abordagem a nível da sua definição, da fisiologia da dor, classificação e tipos de dor e da monitorização da mesma, ou seja das várias escalas para a avaliação desta.

## **II – Fase Metodológica**

Segundo Fortin (2009, pág. 131), "(...) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação."

Fortin (2009,pág. 108) refere que "(...) a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenvolve o estudo e a população."

### *Capitulo I – Desenho de Investigação*

Fortin (2009, pág. 132), define desenho de investigação como sendo “ (...) o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas as questões de investigação colocadas (...)” .

#### **1. Pergunta de partida**

Segundo Fortin (2009, pág. 53) uma pergunta de partida “é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direcção que se quer tomar (...)”.

A pergunta de partida definida foi:

- Qual a perspectiva que os alunos do 1º e 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa têm sobre dor?

#### **2. Tipo de estudo**

Segundo Fortin (2009, pág. 133):

*“o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupo de sujeitos explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”.*

De acordo com a problemática em estudo “ Perspectiva dos alunos do 1º e 4º ano do Curso Licenciatura em Enfermagem sobre dor” o tipo de estudo desenvolvido foi um do tipo descritivo simples. Segundo Fortin (2009, pág. 163): “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra.”.

Quanto ao paradigma deste estudo, compreende um tipo de estudo quantitativo uma vez que consiste “(...) num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) esta abordagem reflecte um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível.”. Assim sendo, o método quantitativo tem como finalidade “ contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.”. (Fortin, 2009, pág. 22)

Relativamente extensão temporal, o paradigma utilizado foi uma abordagem transversal, uma vez que o grupo em estudo era restrito e foi realizado num único momento. (Fortin (a), 2009, pág. 252)

### **3. Meio onde se desenvolve o estudo**

Quando se inicia um estudo de investigação têm de se ter em atenção o meio onde se quer desenvolver o estudo. Por isso, o meio tem de ser definido e justificado, o porquê da escolha. É de extrema importância salientar que este estudo foi desenvolvido em meio natural pois foram estudos conduzidos fora do laboratório, ou seja as pessoas inquiridas não foram sujeitas a qualquer tipo de controlo laboratorial.

### **4. População**

Segundo Fortin (2009, pág. 202), “População é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

Para conseguir obter os dados para dar continuação à investigação em causa, foram seleccionados como população os alunos do 1º e 4º ano do Curso de Licenciatura em

Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa- Porto, a frequentar o ano lectivo 2011/2012. No 1º ano temos 27 alunos e no 4º ano 31 alunos, perfazendo um total de 58 alunos.

Conhecida a população alvo, que Fortin (2009, pág. 202) definiu como sendo “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.”, determinou-se os elementos do grupo onde será aplicado o questionário, a amostra.

## **5. Amostra**

Fortin (2009, pág. 202), definiu amostra como sendo “um sub-conjunto da população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo.”

Marconi & Lakatos (1991, pág. 163) afirmam que amostra é “uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população) ”

A amostra corresponde a uma representação da população, ou seja, esta é seleccionada de acordo com as características da população em estudo.

## **6. Processo de Amostragem**

Quanto ao método de amostragem pode-se classifica-lo em duas grandes categorias, sendo elas as amostras probabilísticas e não probabilísticas. O método utilizado foi o não probabilístico que consiste num “ procedimento de selecção segundo o qual elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar uma amostra.” (Fortin, 2009, pág. 208)

Existem vários métodos de amostragem não probabilista, mas o utilizado neste estudo de investigação foi o de amostragem accidental, ou seja, esta “é formada por sujeitos que estão facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local,(...). Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.” (Fortin, 2009, pág. 208)

Como referido anteriormente, a amostra corresponde a elementos com as mesmas características da população, portanto a amostra seleccionada corresponde a 22 alunos do 1º ano e a 19 alunos do 4ºano, tendo sido aos primeiros aplicado o questionário numa aula de Fundamentos de Enfermagem II, e aos segundos num Seminário de Integração à Vida Profissional.

## **7. Definição de variáveis**

Segundo Fortin (2009, pág. 36) “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou de situações que são estudados numa investigação.”

Existem três tipos de variáveis, onde algumas destas podem ser manipuladas e outras controladas, dependendo do que pretendemos obter.

Sendo assim, podemos classifica-las em três tipos:

1. Variáveis independentes, são aquelas “ que o investigador manipula (...) para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin, 2009, pág. 37)
2. Variáveis dependentes, consistem naquelas que “(...) sofre o efeito esperado da variável independente (...)”. (Fortin, 2009, pág. 37);
3. Variáveis de atributo, baseiam-se nas “ (...) características dos sujeitos num estudo. Estas são geralmente variáveis demográficas: idade, sexo, (...). A escolha das variáveis de atributo é determinada em função das necessidades em estudo.” (Fortin, 2009, pág. 37).

Para esta investigação e face ao tema escolhido, as únicas variáveis em estudo são as variáveis de atributo, ou seja, as características próprias da população em estudo, ou seja, a idade, género, experiências pessoais, etc.

## 8. Considerações éticas

Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas(...). Na descrição dos fenómenos naturais, que podem ser a causa de efeitos favoráveis ou desfavoráveis, a responsabilidade do investigador no que concerne ao bem-estar dos sujeitos é mais reduzida. (Reynolds, 1979) (cit. in Fortin, 1999, pág. 113)

De acordo com Fortin (2009, pág. 114) a ética “(...) é um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Segundo os direitos fundamentais das pessoas existem “cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, que foram determinados pelos códigos de ética.” (Fortin, 2009, pág, 116)

Direito à autodeterminação: tem como objectivo o respeito pelas pessoas, onde cada uma tem direito a decidir sobre a sua participação na investigação. As pessoas tem o direito de serem informadas quanto a sua participação, assim, como de se querer retirar a qualquer momento.

Deste modo todos os alunos foram convidados a participar, sabendo que podiam decidir de forma livre se queriam participar nesta investigação ou não.

Direito à intimidade: a pessoa em questão tem direito de decidir sobre a extensão de informação que quer ceder para a investigação, assim como determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e pessoais.

Este estudo foi desenvolvido de forma a ser o menos invasivo possível, e onde a intimidade dos alunos não fosse posta em causa, sendo assim este direito respeitado durante a investigação.

Direito ao anonimato e confidencialidade: Este direito esta relacionado com que a identidade do sujeito nunca seja associada as respostas pretendidas, ou seja que todos os dados fornecidos sejam protegidos não podendo serem divulgados sem autorização do participante.

Considera-se que este direito foi respeitado, e que todos os alunos responderam ao respectivo questionário de forma anónima e confidencial.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo: Consiste no direito da pessoa estar protegida contra qualquer tipo de inconveniente susceptíveis de lhe causar algum mal ou a prejudicarem.

Desta forma, o estudo foi realizado sempre tendo atenção que estes devem ser eliminados.

Direito a um tratamento justo e leal: As pessoas em estudo têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação no desenvolvimento da investigação.

Quando feita a solicitação para a colaboração neste estudo, deve ser explicado a natureza, o fim, a duração da investigação em questão, assim como os métodos utilizados para o desenvolver desta.

Para o desenvolvimento do estudo em questão foram postas em prática todas as informações referidas anteriormente, para que os alunos consentissem ou não a sua participação.

Ao longo deste trabalho, o investigador respeitou todos os direitos anteriormente referidos de forma correcta.

## **9. Instrumento de colheita de dados**

A colheita de dados pode ser executada de várias formas, mas é da competência do investigador escolher qual o instrumento de medida que melhor se adapta ao objectivo do tema em estudo, com a finalidade de obter os dados que pretende. Entre os vários métodos existentes o seleccionado para esta investigação foi a aplicação de questionários.

Segundo Fortin (2009, pág. 374) o questionário corresponde a um “ conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos.”.

Como referido anteriormente, o método de colheita de dados preferencial foi o questionário, que pressupõe uma limitação na resposta às questões formuladas, este instrumento de colheita de dados permite controlar as respostas para que estas sejam colhidas de forma rigorosa, contudo este método ” necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.” (Fortin, 2009, pág. 249), enquanto que a entrevista ou é gravada ou escrita pelo investigador.

O questionário desenvolvido pelo investigador está dividido em 2 partes, sendo que a primeira corresponde à caracterização da amostra (idade, género, ano escolar a frequentar, experiência de dor) e na segunda parte apresentam-se algumas questões relacionadas com a dor, tendo este segundo grupo um total de 9 perguntas.

A finalidade deste questionário é de obter informação de como os alunos que ingressaram para o 1º ano, de acordo com as suas vivências pessoais, visto que ainda não tiveram contacto com o meio hospitalar vêm a dor, assim como os alunos que estão a terminar (4ºano), pois estes além das experiências pessoais já tiveram contacto durante os vários ensinamentos clínicos com o meio hospitalar.

### **9.1. Pré-teste**

De acordo com Fortin (2009, pág.373) o pré-teste corresponde a “ uma medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental. (...) , ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala.”.

Para averiguar a clareza e a compreensão das questões em causa, assim como o tempo médio para o preenchimento do questionário, foram aplicados pré-testes a 10% da população, ou seja, 2 pré-testes a alunos do 1º ano e 3 alunos do 4ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, onde afirmaram não encontrar dificuldades na realização do mesmo. Os elementos que realizaram o pré-teste foram excluídos da amostra para manter uma maior viabilidade do estudo em questão.

## 9.2. Previsão do Tratamento e Apresentação dos Dados

Segundo Fortin (2009(a), pág. 57):

*“ uma vez colhidos os dados é necessário organiza-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas de estatística para descrever a amostra, assim com as diferentes variáveis.”* .

Para o tratamento de dados estatístico deste trabalho utilizou-se o programa da IBM, o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 2.0 para ambiente Windows.

Para a realização da análise estatística deste projecto de graduação, utilizou-se a análise descritiva, que inclui as frequências relativas e absolutas.

### III – Fase Empírica

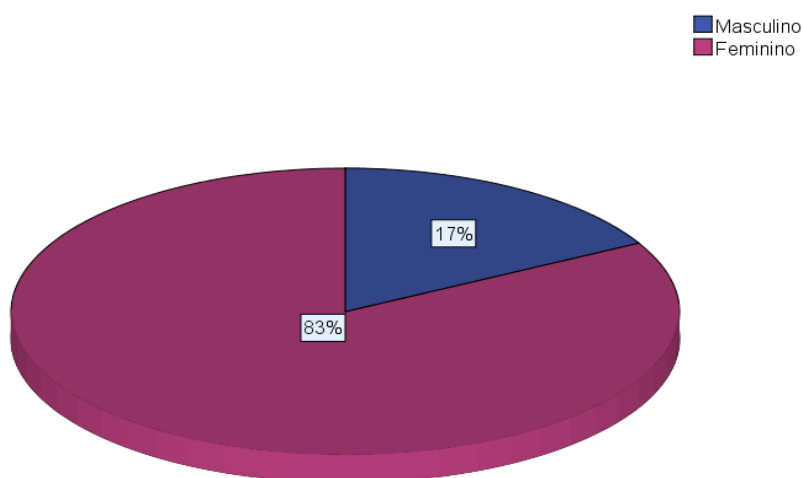
De acordo com Fortin (2009, pág.41) ” esta fase inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento de dados.” Para isto, utilizam-se técnicas de estatística passando em seguida para a interpretação dos dados e terminando com a discussão dos resultados dos mesmos.

#### 1. Apresentação e análise de resultados obtidos

A apresentação e análise dos dados, corresponde à parte onde o investigador vai organizar os dados obtidos durante a colheita de dados de forma a que no final consiga obter de forma clara todos os resultados pretendidos.

##### 1.1. Caracterização da amostra

**Gráfico nº1-** Distribuição da frequência relativa correspondente ao género.



A amostra referida anteriormente corresponde a um total de 41 alunos do 1º e 4º ano da Universidade Fernando Pessoa- Porto, sendo que 17% corresponde a alunos do género masculino e os restantes 83% ao género feminino.

**Tabela nº1-** Distribuição da frequência relativa correspondente ao género em relação ao ano.

		Ano a frequentar				Total	
		1º ano		4º ano		n	%
		n	%	n	%		
Género	Masculino	4	18%	3	16%	7	17%
	Feminino	18	82%	16	84%	34	83%
Total		22	100%	19	100%	41	100%

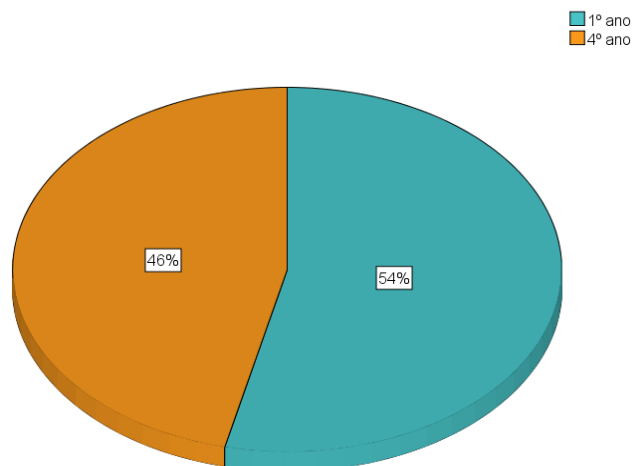
Relativamente à tabela 1, verifica-se que do 1ºano 18% representam o género masculino e 82% o género feminino. Por sua vez, no 4º ano 16% corresponde ao género masculino e 80%.

**Tabela nº2-** Distribuição da frequência relativa segundo as idades.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Soma
Total	18	50	24,41	6,81	1001

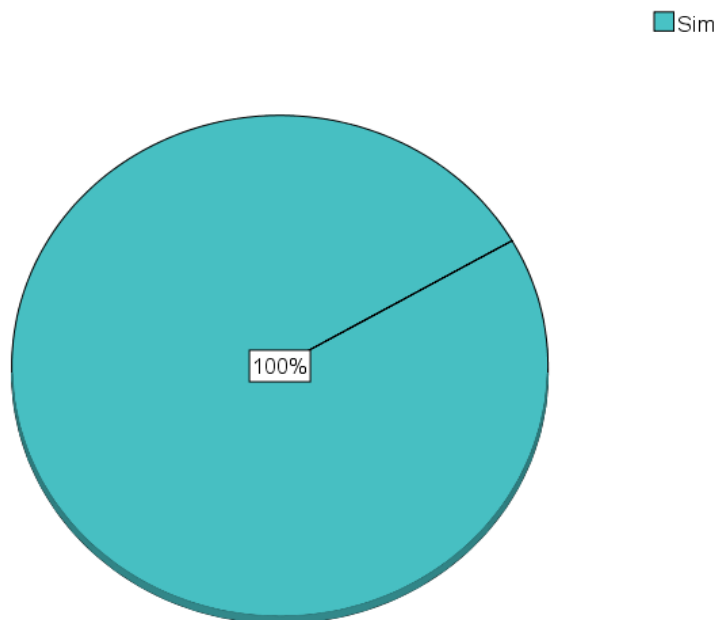
Perante a Observação da tabela pode-se constatar que as idades dos inquiridos variam entre os 18 anos, mínimo e os 50 anos que corresponde ao inquirido mais velho. Assim sendo à média de idades da amostra é de 24,41, obtendo-se um desvio padrão de 6,81. No final obteve-se uma soma de 1001.

**Gráfico nº2** – Distribuição da frequência relativa correspondente ao ano do curso de Licenciatura em Enfermagem.



De acordo com o Gráfico 3 verifica-se que 54% dos alunos pertencia ao 1º ano e 46% dos alunos pertencia ao 4º ano do curso Licenciatura em Enfermagem.

**Gráfico nº3** - Distribuição da frequência relativa sobre a questão “já alguma vez percepcionou alguma dor?”.



Após a análise do gráfico pode-se concluir que 100% da amostra, em algum momento já percepcionou alguma dor.

**Quadro nº1-** Distribuição da frequência relativa sobre as dores já percepcionadas.

<b>Categoria</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>Odontalgias</b>	9	14,5%
<b>Cefaleias</b>	19	30,6%
<b>Dor abdominal</b>	13	21%
<b>Lombalgias</b>	4	6,4%
<b>Dor muscular</b>	3	4,9%
<b>Odinofagia</b>	3	4,9%
<b>Otalgia</b>	4	6,4%
<b>Parto</b>	3	4,9%
<b>Dor traumática</b>	2	3,2%
<b>Dor emocional</b>	2	3,2%

**Total n:**

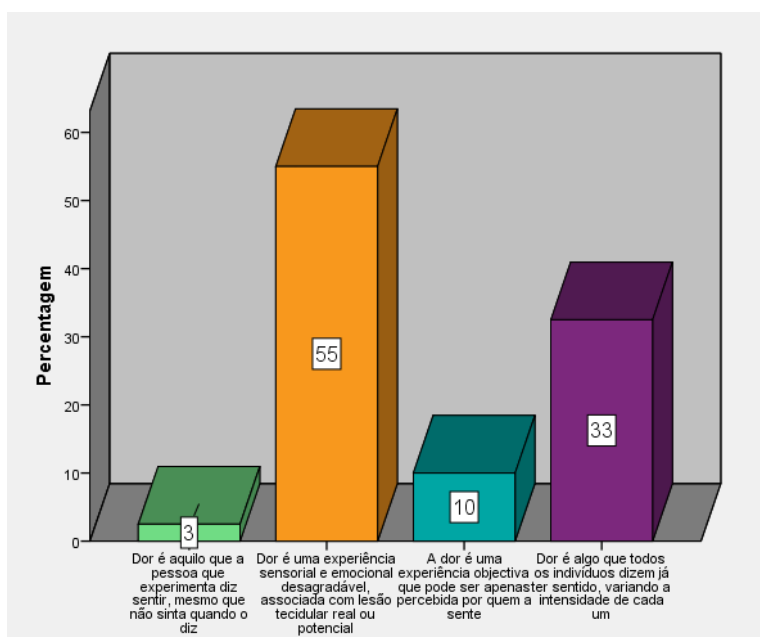
62

100%

De acordo com o quadro 1 pode-se afirmar que as dores que se obteve uma frequência maior de resposta foi nas cefaleias com uma percentagem de 30,6%, em seguida temos a dor abdominal com uma percentagem de 21% e as odontalgias com uma de 14,5%. Em seguida, apresentam-se outras dores que os inquiridos referiram mas que aparecem com menos frequência como as lombalgias, otalgias que tem percentagem de 6,4% cada uma. Com uma percentagem de 4,9% apareceu as dores musculares, odinofagias, parto. Relativamente à dor traumática e a dor emocional conseguiu-se uma percentagem de 3,2%.

## 1.2. Perspectiva dos alunos sobre dor

**Gráfico nº4-** Distribuição da frequência relativa sobre definição de Dor.



De acordo com o gráfico 4 a maioria da amostra 55% definiu dor como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com lesão tecidual real ou potencial*”. De seguida 33% dos inquiridos escolheram que a “*dor é algo que todos os indivíduos dizem já ter sentido, variando a intensidade de cada um*”. Seguidamente 10% da amostra define dor como sendo “*uma experiência objectiva que pode ser apenas percebida por quem a sente*”. Por fim, apenas 3% respondeu que a dor “*é aquilo que a pessoa que experimenta diz sentir, mesmo que não sinta quando o diz*”.

**Tabela nº 3-** Distribuição da frequência relativa sobre definição de Dor, de acordo com o ano a frequentar.

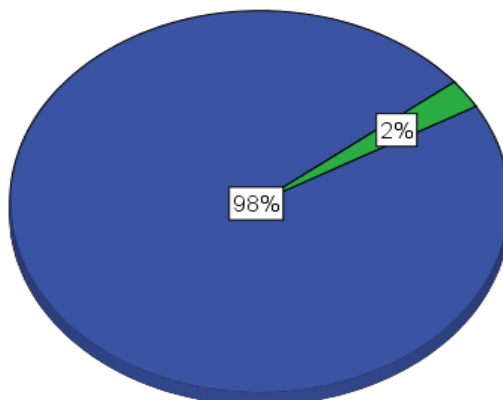
		Definição de dor								Total	
		Dor é aquilo que a pessoa que experimenta diz sentir, mesmo que não sinta quando o diz.		Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com lesão tecidual real ou potencial.		A dor é uma experiência objectiva que pode ser apenas percebida por quem a sente.		Dor é algo que todos os indivíduos dizem já ter sentido, variando a intensidade de cada um.		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano a frequentar	1º ano	1	4,8%	7	33,3%	3	14,3%	10	47,6%	21	100%
	4º ano	0	0%	15	78,9%	1	5,3%	3	15,8%	19	100%
Total		1	3%	22	55%	4	10%	13	33%	40	100%

Ao analisar a tabela nº3 verifica-se que quanto hipótese que afirma que “*Dor é aquilo que a pessoa que experimenta diz sentir, mesmo que não sinta quando o diz*” obteve-se 4,8% de respostas do 1º ano e do 4ºano não se obteve nenhuma, perfazendo no total de respostas de 3% entre os vários inquiridos dos diferentes anos. Relativamente à expressão a” *Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com lesão tecidual real ou potencial*”, verifica-se que se destaca com uma percentagem de 55% entre os dois anos, sendo que do 1º ano obteve-se uma percentagem de 33,3% e do 4º ano 78,9%. Seguidamente 14,3% corresponde à percentagem dos alunos do 1ºano que respondeu com a hipótese “*A dor é uma experiência objectiva que pode ser apenas percebida por quem a sente*” e 5,3% à dos alunos do 4º ano obtendo no total dos dois anos 10%. Por último, temos a hipótese a “*Dor é algo que todos os indivíduos dizem já ter sentido, variando a intensidade de cada um*” esta hipótese surge com uma

percentagem de 47,6% para os alunos do 1ºano e de 15,8% para os do 4º ano, perfazendo no total dos dois anos 33%.

**Gráfico nº5** - Distribuição frequência relativa sobre a importância do estudo da fisiologia da dor.

■ Sim  
■ Não



Relativamente à opinião dos alunos sobre a importância do estudo da fisiologia da dor, pode-se afirmar que 98% dos alunos considera ser importante, enquanto 2% afirmam que esta não tem importância no decorrer do Curso de Licenciatura em Enfermagem

**Quadro nº2** - Distribuição da frequência relativa em relação à questão “ que tipos de dor conhece?”

Tipo de Dor	Ano	Fr	%
Dor Visceral	1º ano	9	11,11%
	4º ano	12	14,81%
	<b>Total</b>	21	25,92%
Dor neuropática	1º ano	8	9,87%
	4º ano	13	16,04%
	<b>Total</b>	21	25,91%
Dor somática	1º ano	6	7,40%
	4º ano	5	6,20%

	<b>Total</b>	11	13,60%
<b>Dor reflexa</b>	<b>1º ano</b>	3	3,70%
	<b>4º ano</b>	5	6,20%
	<b>Total</b>	8	9,90%
<b>Dor superficial</b>	<b>1º ano</b>	15	18,51%
	<b>4º ano</b>	3	3,70%
	<b>Total</b>	18	22,21%
<b>Todos os tipos de dor</b>	<b>1º ano</b>	0	0%
	<b>4º ano</b>	2	2,46%
	<b>Total</b>	2	2,46%
	<b>Total:</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Relativamente ao quadro 2 pode-se observar que relativamente à dor visceral, do 1ºano 11,11% afirmam ter conhecimento deste tipo de dor, enquanto que do 4º ano 14,81% responderam que a conheciam. No total obteve-se 25,92% de respostas relativamente ao conhecimento deste tipo de dor.

No que respeita à dor neuropática, dos questionados do 1º ano 9,87% afirmaram ter presente à existência deste tipo de dor e do 4º ano 16,04%. Perfazendo um total dos dois anos de 25,91%.

Sobre a dor somática, dos inquiridos do 1ºano 7,40% responderam conhecer esta dor, enquanto que do 4ºano obteve-se uma percentagem de 6,20%. Visto estes resultados, no total obteve-se uma percentagem de 13,60%.

Relativamente ao conhecimento da dor reflexa, dos questionados do 1º ano obteve-se uma resposta de 3,70%. Em relação aos questionados do 4ºano apenas 6,20% afirmaram conhecer. Perfazendo no total uma percentagem de 9,90%.

Quanto à dor superficial, dos inquiridos do 1ºano 18,51% afirmam conhecer, em relação aos alunos do 4ºano apenas 3,70% afirmaram o mesmo. Obtendo um total de respostas entre os dois anos de 22,21%.

Relativamente a todos os tipos de dor, ou seja, os inquiridos conhecerem todas as dores referidas anteriormente, do 1º ano dos questionados nenhum respondeu e em relação aos alunos do 4º ano obteve-se uma percentagem de 2,46%. No total obteve-se uma percentagem de 4,8% no total dos dois anos.

**Quadro nº3** - Distribuição da frequência relativa em relação à diferença entre dor aguda e dor crónica.

Definição	Ano	Dor aguda		Dor crónica	
		%	Fr	%	Fr
<b>Dor de início recente e de provável duração limitada.</b>	<b>1º ano</b>	95%	21	5%	1
	<b>4º ano</b>	100%	19	0 %	0
	<b>Total</b>	98%	40	2%	1
<b>Principal causa de incapacidade física e psicológica.</b>	<b>1º ano</b>	14%	3	86%	19
	<b>4º ano</b>	26%	5	74%	14
	<b>Total</b>	20%	8	80%	33
<b>Dor transitória, que deverá ser aliviada ou eliminada, sempre que possível.</b>	<b>1º ano</b>	100%	22	0%	0
	<b>4º ano</b>	100%	19	0%	0
	<b>Total</b>	100%	41	0%	0
<b>Duração superior a seis meses, não estando associada à ocorrência que a provocou.</b>	<b>1º ano</b>	18%	4	82%	18
	<b>4º ano</b>	0%	0	100%	19
	<b>Total</b>	10%	4	90%	37
<b>Normalmente acompanhada de patologia e resolve-se com a cura desta.</b>	<b>1º ano</b>	64%	14	36%	8

	<b>4º ano</b>	74%	14	26%	5
	<b>Total</b>	68%	28	32%	13

Através do quadro apresentado anteriormente, pode-se verificar que, em relação à primeira afirmação *“Dor de início recente e de provável duração limitada”* de forma global 98% dos participantes responderam como sendo dor aguda e apenas 2% respondeu como sendo dor crónica. No que respeita aos alunos do 1º ano 95% responderam com sendo dor aguda e os restantes 5% afirmaram ser dor crónica. Relativamente aos alunos do 4º ano todos (100%) responderam que se tratava de dor aguda.

Na segunda afirmação *“Principal causa de incapacidade física e psicológica”*, pode-se observar que no geral 20% responderam que se tratava de dor aguda e 80% afirmou que se tratava de dor crónica. Da amostra do 1º ano, 14% afirmaram que a expressão se referia a dor aguda e os restantes 86% responderam que se tratava de dor crónica. Em relação aos alunos do 4º ano, 74% afirmam que se tratava de dor crónica enquanto apenas 26% afirmam que a expressão se refere a dor aguda.

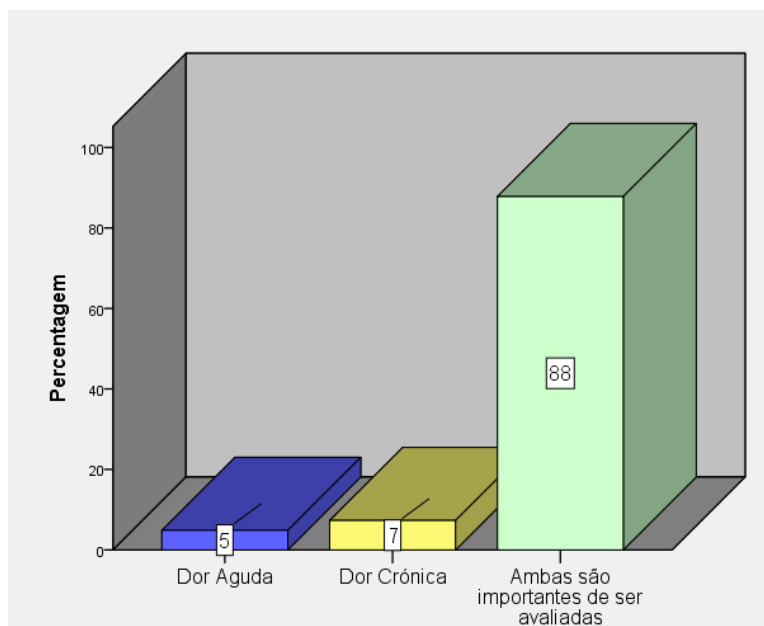
Relativamente à terceira afirmação *“Dor transitória, que deverá ser aliviada ou eliminada, sempre que possível”*, pode-se constatar que 100% dos inquiridos responderam que correspondia a dor aguda, independentemente do ano que estes estavam a frequentar.

Em relação à quarta expressão *“Duração superior a seis meses, não estando associada à ocorrência que a provocou.”*, dos participantes do 1º ano 18% responderam que se tratava de dor aguda, enquanto 82% afirmaram tratar-se de dor crónica. Relativamente aos alunos do 4º ano todos, ou seja 100% responderam tratar-se de dor crónica. Deste modo, mostrando os resultados de uma forma geral 90% afirmam tratar-se de dor crónica enquanto 10% assumiram ser dor aguda.

Por fim, na última afirmação *“Normalmente acompanhada de patologia e resolve-se com a cura desta”*, assim, do total dos 41 participantes 68% responderam que esta afirmação referia-se à dor aguda, enquanto 32% afirmam tratar-se de dor crónica. Os

alunos do 1º ano 64% asseguram que esta expressão se refere a dor aguda enquanto 36% responderam que se tratava de dor crónica. Relativamente aos participantes do 4ºano 74% afirmam tratar-se de dor aguda, enquanto 26% responderam que esta se referia a dor crónica.

**Gráfico nº6-** Distribuição da frequência relativa sobre “qual a dor mais importante de avaliar?”.



De acordo com o gráfico 6 pode-se constatar que 88% da amostra respondeu que considera ambas as dores importantes de serem avaliadas, 7% afirmam ser a dor crónica, enquanto os restantes 5% dizem que a dor aguda é a mais importante de avaliar entre as opções.

**Quadro nº4-** Distribuição da frequência relativa e absoluta sobre o “porquê de considerar aquele tipo de dor mais importante de avaliar?”.

<b>Categorias</b>	<b>Respostas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dor aguda</b>	<i>“Dor súbita e na maioria das vezes é de causa desconhecida”</i>	2	4,9%
		<b>Total: 2</b>	<b>Total:4,9%</b>
<b>Dor crónica</b>	<i>“Não sendo controlada, afecta a qualidade de vida do doente”</i>	2	4,9%

		<b>Total: 2</b>	<b>Total:4,9%</b>
<b>Ambas</b>	<i>“Não se sabe o que o doente sente”</i>	2	4,9%
	<i>“A dor não se vê”</i>	1	2,4%
	<i>“A dor é um incomodo”</i>	6	14,6%
	<i>“ Todas as dores são reais”</i>	1	2,4%
	<i>“ Para um correcto plano de tratamento ”</i>	4	9,7%
	<i>“ Provocam instabilidade física e emocional”</i>	3	7,4%
	<i>“Dor é dor”</i>	1	2,4%
	<i>“ São um mecanismo de alerta do organismo”</i>	1	2,4%
	<i>“Interferem no conforto do doente”</i>	6	14,6%
	<i>“Altera a qualidade de vida do doente”</i>	1	2,4%
	<i>“ Dor é o 5º sinal vital”</i>	2	4,9%
	<i>“ Permite avaliar o bem estar do doente”</i>	2	4,9%
	<i>“ Ambas são importantes ”</i>	3	7,4%
	<i>“ Provocam mal-estar”</i>	3	7,4%
	<i>“ Podem significar lesões tecidulares ”</i>	1	2,4%
		<b>Total: 37</b>	<b>Total: 90,2%</b>
	<b>Total: 41</b>	<b>Total: 100%</b>	

De acordo com o quadro nº 4, para um fácil compreensão dividiu-se os resultados por categorias, sendo elas dor aguda, dor crónica ou ambas, onde dentro de cada uma destas categorias tem um leque de expressões obtidas. Portanto, pode-se afirmar que em relação à categoria de Dor Aguda houve uma percentagem de 4,9% de inquiridos que consideraram que esta era mais importante de avaliar pois era *“uma dor de início súbito*

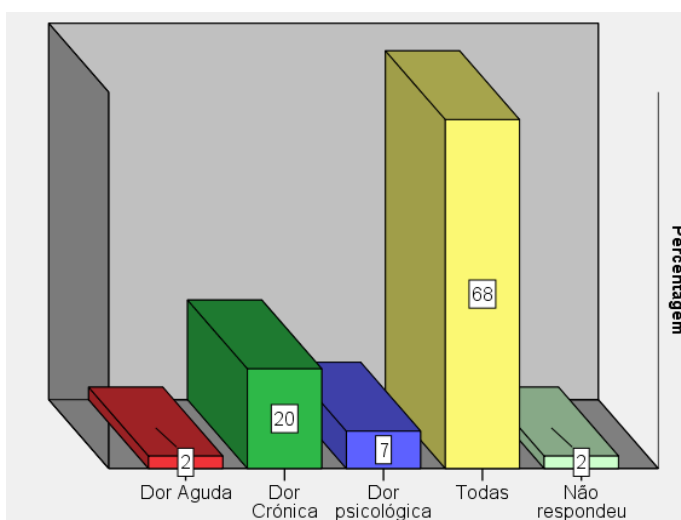
e na maioria das vezes tem causa desconhecida”. Perfazendo um total de respostas nesta categoria de 4,9%.

Relativamente á categoria Dor Crónica, obteve-se para a expressão “*Não sendo controlada, afecta a qualidade de vida do doente*” uma percentagem de respostas dos inquiridos também de 4,9%. No final obteve-se uma percentagem igual, devido a ser apenas esta a expressão respondida.

De acordo com a observação do quadro nº4 pode-se afirmar desde já que a categoria Ambas, foi a que obteve o maior número de respostas, perfazendo um total de 90,2%. Nesta categoria destacam-se duas respostas com maior percentagem sendo elas “*A dor é um incómodo*” e “*Interferem no conforto do doente*” com uma percentagem de 14,6%, cada uma. Em seguida, apresenta-se a expressão “*Para um correcto plano de tratamento*” com 9,7%, seguindo-se a “*Provocam instabilidade física e emocional*”, “*Provocam mal-estar*” e “*Ambas são importantes*” com 7,4%. Em seguida com 4,9% temos as expressões: “*Não se sabe o que o doente sente*”, “*Dor é o 5º sinal vital*” e porque “*Permite avaliar o bem-estar do doente*”.

Por fim, apresentam-se as seguintes expressões: “*Todas as dores são reais*”, “*Dor é dor*”, “*Podem significar lesões tecidulares*”, “*Altera a qualidade de vida do doente,*” “*São um mecanismo de alerta do organismo*” com uma percentagem cada uma de 2,4%.

**Gráfico nº7-** Distribuição da frequência relativa sobre a questão ” qual a dor que interfere mais na vida de um doente?”.



Relativamente ao Gráfico 7 onde a questão colocada foi “ qual a dor que interfere mais na vida de um doente?”, de entre as várias opções a mais respondida foi “todas” com 68% de respostas obtidas, seguindo-se a “dor crónica” com 20%, tendo a dor psicológica ficado com 7% e enquanto, que 2% afirmaram que a dor aguda era a que mais interferia na vida do doente. E apenas 2% não responderam ao questionado.

**Quadro nº5** – Distribuição da frequência relativa e absoluta sobre o “ porquê de considerar aquele tipo de dor o que interfere mais na vida de um doente”.

<b>Categorias</b>	<b>Respostas</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>Dor Aguda</b>	<i>“Sem respostas”</i>	0	0%
		<b>Total: 0</b>	<b>Total: 0%</b>
<b>Dor Psicológica</b>	<i>“Se a nível psicológico o doente não se apresentar bem, a qualidade de vida estará comprometida”</i>	1	2,5%
	<i>“Uma dor sem solução medicamentosa”</i>	2	5%
	<i>“Não se consegue avaliar a dor”</i>	1	2,5%
		<b>Total: 4</b>	<b>Total: 10%</b>
<b>Dor Física</b>	<i>“ Sem respostas”</i>	0	0%
		<b>Total: 0</b>	<b>Total: 0%</b>
<b>Dor Crónica</b>	<i>“ Interfere na vida do doente a longo prazo ”</i>	4	10%
	<i>“ Difícil de suportar ”</i>	1	2,5%
	<i>“ Limita os doentes nas actividades de vida diária (AVD's) ”</i>	1	2,5%
		<b>Total: 6</b>	<b>Total: 15%</b>
<b>Todas</b>	<i>“ Todas causam desconforto ”</i>	6	15%
	<i>“ Interferem no dia-a-dia ”</i>	6	15%
	<i>“ Reduz a qualidade de vida ”</i>	12	30%
	<i>“ Cada individuo tem o seu nivel ”</i>	3	7,5%

<i>de tolerância à dor</i>		
<i>“ Mecanismo de alerta do organismo ”</i>	1	2,5%
<i>“Todas são importantes, nenhuma pode ser desvalorizada”</i>	2	5%
	<b>Total:30</b>	<b>Total: 75%</b>
	<b>Total n= 40</b>	<b>Total: 100%</b>

Relativamente ao quadro nº5, para ser mais fácil compreender os dados obtidos, as respostas foram divididas por categorias, sendo elas, dor aguda, dor física, dor psicológica, dor crónica ou todas as opções. Houve dois tipos de categoria que não se obteve nenhuma resposta que foi na dor física e na dor aguda. Relativamente à Dor Psicológica obteve-se uma percentagem total de respostas 10% sobre a amostra total. A expressão *“Se a nível psicológico o doente não se apresentar bem, a qualidade de vida estará comprometida”* obteve uma percentagem de 2,5%, *“Uma dor sem solução medicamentosa”* com 5% e a *“Não se consegue avaliar a dor”* com uma percentagem de 2,5%.

Sobre a categoria Dor Crónica obteve-se três expressões sendo elas: *“ Interfere na vida do doente a longo prazo ”* com 10% de respostas , *“Difícil de suportar”* com uma percentagem de 2,5% e por fim *“ Limita os doentes nas actividades de vida diária ”* com igualmente 2,5%.

Por fim, temos a categoria que Todas as dores interferem na vida de um doente com uma percentagem total 75%, sendo sem dúvida aquela que mais se destaca. Dentro desta categoria tem varias expressões que passo a citar juntamente com a respectiva percentagem: *“ Todas causam desconforto ”* com 15%, *“Interferem no dia-a-dia”* igualmente com 15%, *“ Reduz a qualidade de vida do doente ”* com 30%, *“Cada individuo tem o seu nível de tolerância à dor”* com 7,5%, *“ Mecanismo de alerta do organismo ”* com 2,5% e por fim *“ Todas são importantes, nenhuma pode ser desvalorizada ”* com 5% das respostas.

**Quadro nº6-** Distribuição da frequência relativa sobre a questão “ qual a dor interfere mais na vida do doente.”, de acordo com o ano que os inquiridos estão a frequentar.

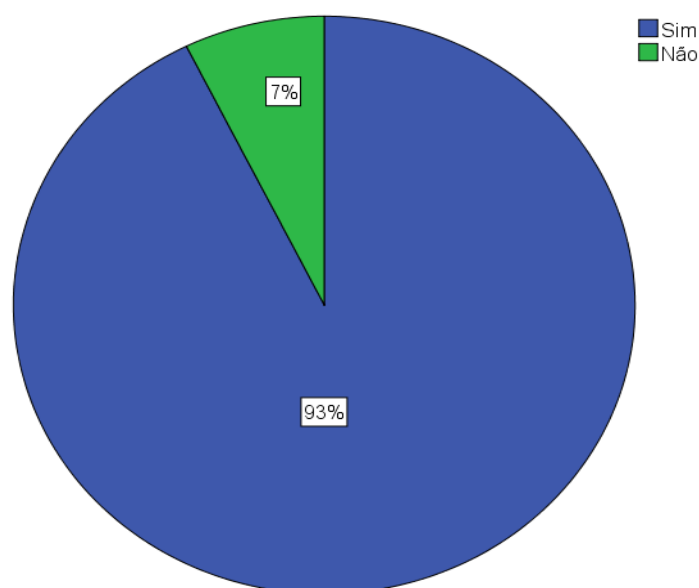
			<b>Dor aguda</b>	<b>Dor crónica</b>	<b>Dor psicológica</b>	<b>Todas</b>	<b>Não respondeu</b>	<b>Total</b>
<b>Ano a frequentar</b>	<b>1º ano</b>	<b>n</b>	0	3	2	16	1	22
		<b>%</b>	0%	13,7%	9,1%	72,7%	4,5%	100%
	<b>4º ano</b>	<b>n</b>	1	5	1	12	0	19
		<b>%</b>	5,3%	26,2%	5,3%	63,2%	0%	100%
<b>Total</b>		<b>n</b>	1	8	3	28	1	41
		<b>%</b>	2,4%	19,5%	7,3%	68,4%	2,4%	100%

De acordo com o quadro 6 pode-se afirmar 13,7% dos inquiridos do 1º ano respondeu que a dor que interfere mais na vida de um doente é a dor crónica, 9,1% afirma ser a dor psicológica, 72,7% afirma que todas as dores interferem e 4,5% não responderam ao questionado. Nenhum dos inquiridos selecionou a opção dor aguda.

Relativamente aos alunos do 4º ano 5,3% afirmam ser a dor aguda, 26,2% responderam como sendo a dor crónica, 5,3% responderam ser a dor psicológica, 63,2% afirmaram que todas os tipos de dor interferem na vida de um doente.

De forma geral, a maioria respondeu que todas as dores interferiam, obtendo uma percentagem de 68,4%, 2,4% afirmam ser a dor aguda, 19,5% responderam a dor crónica, 7,3% afirmou ser a dor psicológica. Apenas 2,4% não responderam na totalidade dos inquiridos.

**Gráfico nº8 -** Distribuição da frequência relativa sobre “conhecimento das várias escalas da dor”.



De acordo com o gráfico 8, pode-se afirmar que 93% dos inquiridos afirmam ter conhecimento da existência das várias escalas da dor enquanto os 7% restantes responderam não ter conhecimento.

**Quadro nº7-** Distribuição da frequência relativa sobre “conhecimento das várias escalas da dor” de acordo com o ano a frequentar.

		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
<b>1º ano</b>	n	19	3	22
	%	86%	14%	100%
<b>4º ano</b>	n	19	0	19
	%	100%	0%	100%
<b>Total</b>	n	38	3	41
	%	93%	7%	100%

De acordo com o quadro 7 pode-se afirmar que 86% do 1ºano afirmam ter conhecimento das várias escalas da dor e 14% afirmaram não ter conhecimento da existência da mesma. Em relação ao inquiridos do 4ºano todos afirmaram conhecer, obtendo assim 100% de respostas positivas.

**Quadro nº8** – Distribuição da frequência relativa de acordo com a questão ” Quais as escalas de avaliação da dor que conhece”.

	<b>Ano a Frequentar</b>				<b>Total</b>	
	<b>1º ano</b>		<b>4º ano</b>			
	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>Escala Visual Analógica</b>	5	2,98%	17	10,12%	22	13,10%
<b>Escala de Norten</b>	4	2,39%	5	2,98%	9	5,37%
<b>Escala de Faces</b>	16	9,52%	19	11,30%	35	20,82%
<b>Escala Verbal</b>	6	3,57%	14	8,33%	20	11,90%
<b>Escala de Braden</b>	4	2,39%	4	2,39%	8	4,78%
<b>Escala de Glasgow</b>	9	5,35%	3	1,80%	12	7,15%
<b>Escala Numérica</b>	17	10,12%	19	11,3%	36	21,42%
<b>Escala Qualitativa</b>	13	7,73%	13	7,73%	26	15,46%
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>44,05%</b>	<b>94</b>	<b>55,95%</b>	<b>168</b>	<b>100%</b>

Num total de 41 alunos participantes nestes estudo, apenas 38 afirmaram conhecer pelo menos uma das escalas referidas, assim dos 21 alunos correspondentes ao 1º ano apenas 19 estão inseridos no grupo que afirmam conhecer, tal como a totalidade dos alunos do 4º ano. É de salientar que cada aluno respondeu a esta pergunta com mais do que uma hipótese, perfazendo um total de respostas de 168.

De acordo com o quadro apresentado anteriormente, pode-se constatar que em relação à Escala Visual Analógica, do 1º ano só 2,98% afirma conhecer, enquanto o 4º ano apresenta uma percentagem de 10,12%, ou seja, a percentagem total dos dois anos é de 13,10%.

Relativamente à Escala de Norton 2,39% dos inquiridos do 1º ano afirmaram que esta pertencias às escalas de avaliação de dor, tendo-se obtido do 4º ano uma percentagem de 2,98%, perfazendo um total dos dois anos de 5,37%.

Após a observação da tabela pode-se afirmar que em relação aos alunos do 1º ano, 9,52% afirmam que a Escala de Faces pertence as escalas de avaliação da dor. A respeito dos alunos do 4ºano obteve-se uma percentagem de 11,30% de respostas. A percentagem obtida através dos dois anos foi de 20,82%

Relativamente à Escala Verbal ser um meio de avaliação da dor, 3,57% dos alunos do 1º ano concordaram, enquanto do 4º ano obteve-se um número significativamente maior, sendo ele de 8,33%. No final obteve-se uma percentagem de 11,90%.

Quanto à Escala de Braden, 2,39% dos inquiridos do 1ºano como do 4ºano responderam que esta pertencia aos tipos de escala de dor que estes conheciam. Obtendo-se no final uma percentagem de 4,78% de respostas nesta escala.

Relativamente à opção Escala de Glasgow, dos inquiridos do 1º ano obteve-se uma percentagem de 5,35%, a considerar este tipo de escala própria para a avaliação da dor. Dos questionados do 4ºano obteve-se uma percentagem de 1,80%, perfazendo no final uma percentagem de 7,15% no que diz respeito à junção de respostas dos dois anos.

No seguimento da observação do quadro, pode-se afirmar que relativamente à opção Escala Numérica, dos questionados do 1º ano obteve-se uma percentagem de 10,12% e para o 4º ano uma de 11,30%. Assim sendo, no final atingiu-se uma percentagem de 21,42% para o conhecimento desta escala como sendo uma das escalas de avaliação da dor.

Por último, existia a opção de Escala Qualitativa com sendo uma das escalas de avaliação da dor e obteve-se uma percentagem de 7,73% nos alunos do 1º ano, assim como nos do 4ºano. Visto que amostra era igual e que a percentagem de respostas foi a mesma, o total de respostas entre o 1º e 4º ano foi de 15,46%.

**Tabela nº4-** Distribuição da frequência relativa sobre “ a dor deve ser avaliada uma vez turno”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	12	29%
<b>Concordo</b>	13	32%
<b>Concordo às vezes</b>	7	17%
<b>Não concordo</b>	9	22%
<b>Total</b>	41	100%

De acordo com a tabela anterior (tabela 4), pode-se verificar que 29% afirmaram “concordar totalmente”, 32% “concordam”, 17% afirmam “concordar às vezes” e 22% da amostra refere “não concordar” com a afirmação “*dor deve ser avaliada uma vez turno*”.

**Tabela nº5 -** Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “ a dor deve ser avaliada quando o doente referir dor”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	21	51%
<b>Concordo</b>	9	22%
<b>Concordo às vezes</b>	8	20%
<b>Não concordo</b>	3	7%
<b>Total</b>	41	100%

Relativamente à tabela 5 pode-se afirmar que mais de metade da amostra, ou seja, 51% responderam “concordo totalmente”, 22% afirmaram “concordar”, 20% dizem que “concordam as vezes” e apenas 7% dizem “ não concordar” com a expressão “*a dor deve ser avaliada quando o doente a referir*”.

**Tabela nº6 -** Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “ a dor psicológica não necessita de avaliação”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	0	0%
<b>Concordo</b>	1	2,5%
<b>Concordo às vezes</b>	1	2,5%
<b>Não concordo</b>	39	95%
<b>Total</b>	41	100%

Em relação à tabela 6, onde as respostas obtidas para a afirmação “ *a dor psicológica não necessita de avaliação*”, foram de 95% para a resposta “ não concordo”, e de 2,5% tanto para a resposta “concordo às vezes” como para a “concordo”. Não tendo sido obtida nenhuma resposta para o “concordo totalmente”.

**Tabela nº7-** Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “ a dor deve ser avaliada uma vez dia”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	2	5%
<b>Concordo</b>	5	12%
<b>Concordo às vezes</b>	15	37%
<b>Não concordo</b>	19	46%
<b>Total</b>	41	100%

De acordo com a tabela 7, onde a afirmação colocada era “ *a dor deve ser avaliada uma vez dia*”, pode-se afirmar que 46% respondeu “não concordar”, 37% afirmou “ concordar às vezes”, 12% respondeu “ concordar” e apenas 5% afirmou “concordar totalmente”.

**Tabela nº8 -** Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “ a dor deve ser avaliada quando o enfermeiro ache necessário”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	9	22,3%
<b>Concordo</b>	14	34,1%

<b>Concordo às vezes</b>	9	22,3%
<b>Não concordo</b>	9	22,3%
<b>Total</b>	41	100%

Relativamente à expressão “a dor deve ser avaliada quando o enfermeiro ache necessário”, pode-se afirmar de acordo com a tabela 8 que as respostas foram em percentagem muito idênticas, tendo-se obtido um resultado de 22,3% para “concordo totalmente”, “concordo às vezes” e para “não concordo”. Tendo sido a maior percentagem para a escolha “concordo” com 34,1%.

**Tabela nº9** - Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “a dor deve ser avaliada quando a família pedir”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	1	2%
<b>Concordo</b>	4	10%
<b>Concordo às vezes</b>	19	46%
<b>Não concordo</b>	17	42%
<b>Total</b>	41	100%

Após a observação dos resultados da tabela 9, pode-se afirmar que 46% dos inquiridos responderam “concordar às vezes”, 42% responderam “não concordar”, 10% afirmam “concordar” e apenas 2% responderam “concordo totalmente” relativamente à expressão “a dor deve ser avaliada quando a família pedir”.

**Tabela nº10**- Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “Qualquer tipo de dor que o doente possa ter é importante ser avaliada”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	29	70,7%
<b>Concordo</b>	8	19,5%
<b>Concordo às vezes</b>	4	9,8%
<b>Não concordo</b>	0	0%

<b>Total</b>	41	100%
--------------	----	------

Relativamente à expressão “*Qualquer tipo de dor que o doente possa ter é importante ser avaliada*” a tabela 10 mostra que 70,7% responderam concordar totalmente, enquanto 19,5% afirmam concordar e 9,8% responderam concordar às vezes, não tendo ninguém respondido que não concordava.

**Tabela nº11** - Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “Avaliar a dor é como avaliar qualquer outro sinal vital”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	23	56%
<b>Concordo</b>	11	27%
<b>Concordo às vezes</b>	5	12%
<b>Não concordo</b>	2	5%
<b>Total</b>	41	100%

Relativamente à tabela 11, pode-se constatar que 56% da amostra responderam concordar totalmente com a expressão “*Avaliar a dor é como avaliar qualquer outro sinal vital*”, enquanto 27% afirmam só concordar, 12% afirma concordar por vezes e por fim, 2% afirmaram não concordar.

**Tabela nº12** - Distribuição da frequência relativa da expressão “A avaliação da dor pode ser feita através de qualquer escala existente”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	4	10%
<b>Concordo</b>	15	37%
<b>Concordo às vezes</b>	7	16%
<b>Não concordo</b>	15	37%
<b>Total</b>	41	100%

De acordo com a tabela 12, pode-se observar que relativamente à expressão “*A avaliação da dor pode ser feita através de qualquer escala existente*”, 10% da amostra

afirmou concordar totalmente, 37% respondeu concordar, 16% afirmou concordar às vezes e 37% afirmou não concordar.

**Tabela nº13-** Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação ” a avaliação da dor deve ter em conta a idade do doente”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	11	27%
<b>Concordo</b>	23	56%
<b>Concordo às vezes</b>	5	12%
<b>Não concordo</b>	2	5%
<b>Total</b>	41	100%

De acordo com a tabela 13, pode-se afirmar que relativamente à resposta concordo foi a mais seleccionada, com 56% de respostas. Apenas 27% afirmaram concordar totalmente com a afirmação, 12% dos inquiridos responderam concordar as vezes e por fim, 5% afirmou discordar com a expressão ” *a avaliação da dor deve ter em conta a idade do doente*”.

**Tabela nº14** – Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “independentemente da idade ou estado do doente, a dor deve ser avaliada”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	23	56%
<b>Concordo</b>	13	32%
<b>Concordo às vezes</b>	4	10%
<b>Não concordo</b>	1	2%
<b>Total</b>	41	100%

Após a observação dos resultados da tabela 14, pode-se afirmar que a maioria da amostra seleccionou com resposta “ concordo totalmente”, tendo-se obtido 56% das respostas, 32% afirmou concordar apenas, 10% responderam concordar às vezes e 2%

afirmaram não concordar com a seguinte afirmação “*independentemente da idade ou estado do doente, a dor deve ser avaliada*”.

**Tabela nº15** – Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “ durante o internamento a dor mais importante de avaliar é a dor física”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	0	0%
<b>Concordo</b>	8	19%
<b>Concordo às vezes</b>	16	39%
<b>Não concordo</b>	17	42%
<b>Total</b>	41	100%

Após a observação da tabela 15 pode-se afirmar que 42% não concorda com a afirmação que “ *durante o internamento a dor mais importante de avaliar é a dor física*”, 39% concorda às vezes, 19% afirma concordar, não tendo ninguém respondido que concordava totalmente.

**Tabela nº16** - Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “ a dor deve ser avaliada após procedimentos invasivos”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	8	20%
<b>Concordo</b>	14	34%
<b>Concordo às vezes</b>	12	29%
<b>Não concordo</b>	7	17%
<b>Total</b>	41	100%

Relativamente à tabela 16, pode-se verificar que 20% afirmaram “concordar totalmente”, 34% concordaram, 29% afirmam concordar às vezes e 17% da amostra refere não concordar com a afirmação “ *a dor deve ser avaliada após procedimentos invasivos*”.

**Tabela nº17** – Distribuição da frequência relativa sobre a afirmação “A dor deve ser avaliada após procedimentos invasivos”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	8	20%
<b>Concordo</b>	14	34%
<b>Concordo às vezes</b>	12	29%
<b>Não concordo</b>	7	17%
<b>Total</b>	41	100%

De acordo com a tabela 17, onde a afirmação colocada era “ *A dor deve ser avaliada após procedimentos cirúrgicos*”, pode-se afirmar que 17% respondeu não concordar, 29% afirmou concordar às vezes, 34% respondeu concordar e apenas 20% afirmou que concordava totalmente.

**Tabela nº18-** Distribuição da frequência relativa sobre a expressão ”Na avaliação da dor a expressão facial, não é um factor importante”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Concordo totalmente</b>	0	0%
<b>Concordo</b>	4	10%
<b>Concordo às vezes</b>	5	12%
<b>Não concordo</b>	32	78%
<b>Total</b>	41	100%

Relativamente à afirmação “*Na avaliação da dor a expressão facial, não é um factor importante*”, pode-se constatar através da tabela 18 que 78% da amostra respondeu não concordar com a mesma, enquanto 12% afirmou concordar às vezes e 10% responderam concordar, não tendo sido obtida nenhuma resposta para o “concordo totalmente”.

**Tabela nº19-** Distribuição da frequência relativa sobre a expressão “ Avaliação dos outros sinais vitais é mais importante que a avaliação da dor”.

	<b>n</b>	<b>%</b>
--	----------	----------

<b>Concordo totalmente</b>	0	0%
<b>Concordo</b>	3	7%
<b>Concordo às vezes</b>	10	25%
<b>Não concordo</b>	28	68%
<b>Total</b>	41	100%

Em relação à tabela 19, pode-se afirmar que a maioria da amostra afirmou não concordar com a expressão “*Avaliação dos outros sinais vitais é mais importante que a avaliação da dor*”, 25% afirmou concordar às vezes e 7% respondeu concordar. Relativamente à opção concordo totalmente, não houve Nenhuma resposta.

## 2. Discussão dos resultados

Chegada a esta etapa do projecto de investigação e após a apresentação dos resultados é importante discuti-los para assim chegar a uma conclusão sobre os objectivos inicialmente propostos.

Relativamente ao género apresentado no gráfico nº1 verifica-se que a maioria dos participantes é do género feminino (sendo que no 1º ano é de 82 % e no 4ºano de 84%). Esta percentagem vai de encontro com a ideia de Benner (2001), que afirma que de acordo com a história da enfermagem, esta profissão foi sempre exercida maioritariamente por mulheres.

No que respeita à idade dos inquiridos verifica-se que a média das mesmas é de 24,41 anos, o que corresponde ao esperado visto que é uma idade que se enquadra com o respectivo percurso académico.

Um aspecto importante a salientar é que todos os alunos que participaram neste estudo de alguma forma já percepcionaram dor. As cefaleias, dor abdominal e odontalgias foram as mais referidas surgindo com uma percentagem de 30,6%, 19,4% e 14,5% respectivamente. Outros tipos de dor que aparecendo foram lombalgias, dores musculares e otalgias.

Quanto à definição de dor verifica-se que 33,3% dos alunos do 1º ano e a maioria dos do 4º ano (78,9%) optaram pela hipótese de que *“Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com lesão tecidual real ou potencial”*, que corresponde à definição da IASP citada anteriormente na bibliografia. Relativamente à expressão *“Dor é aquilo que a pessoa que experimenta diz sentir, mesmo que não sinta quando o diz”* pode-se verificar que nenhum dos alunos do 4º ano e apenas 4,8% dos do 1º ano optaram por esta resposta. Desta forma poucos foram os alunos que seguiram a ideia de McCaffery (1989) (cit. in Phipps, 2003, pág. 36) cuja definição de dor é a citada anteriormente. Uma outra hipótese de definição de dor de acordo com a bibliografia apresentada é *“Dor é algo que todos os indivíduos dizem já ter sentido, variando a intensidade de cada um”*, quanto a esta hipótese 47,6% dos alunos do 1º ano e 15,8% do 4º ano optaram por esta hipótese. Por último a única hipótese que não corresponde à fundamentação teórica é hipótese *“A dor é uma experiência objectiva que*

pode ser apenas percebida por quem a sente”. Verifica-se que 14,3% dos alunos do 1º ano e 5,3% do 4º ano responderam com esta hipótese.

Relativamente os tipos de dor que os alunos conhecem verifica-se segundo o quadro X que os dois tipos de dores mais conhecidas por ambos os alunos são a dor visceral e a dor neuropática

Relativamente aos tipos de dor conhecidos pelos alunos, verifica-se que apenas 2,4% dos alunos conhecem todos os tipos de dor apresentados, sendo eles: dor visceral, dor neuropática, dor somática, dor reflexa e dor superficial. Em particular os tipos de dor mais conhecidos são a dor visceral, a dor superficial e a dor neuropática. Este facto pode ser explicado pelas várias sensações de dor experimentadas pelos alunos. Apesar dos todos os tipos de dor serem abordados durante o CLE é possível que os alunos reconheçam a dor que mais experimentaram como por exemplo dor abdominal, que é um exemplo de dor visceral ou lombalgias e dores musculares, exemplo de dor somática.

Quanto á distinção entre dor aguda e dor crónica verifica-se que a maioria dos alunos quer do 1º ano quer do 4º ano distingue facilmente estes dois tipos de dor. No quadro nº 3 anteriormente apresentado são descritas cinco expressões relativas a cada tipo de dor. Segundo a NPC (2001) dor aguda é uma dor que é limitada num tempo mais ou menos prolongado”, que segundo Campos (2005) decorre das mais variadas situações como causas inflamatórias traumáticas, infecciosas, etc.

Como se verifica no quadro nº. 3, em relação à dor aguda 98% dos alunos afirma que esta é uma “dor de início recente e provável duração limitada”, 100% dos alunos afirma também que esta é uma “ dor transitória, que deverá ser avaliada ou eliminada sempre que possível” e por fim 68% dos alunos refere que esta dor é “ normalmente acompanhada de patologia e resolve-se com a cura desta”. Desta forma a opinião dos alunos em relação à dor aguda vai de encontro com a bibliografia apresentada anteriormente. No que se refere à dor crónica 80% dos alunos refere que esta é “ a principal causa de incapacidade física e psicológica” e 90% refere que esta tem uma “ duração superior a seis meses, não estando associada à ocorrência que a provocou”. Esta opinião de dor crónica é sustentada pela definição de dor crónica segundo a DGS (2001, pág. 5) que define esta dor como quando “ a sua duração seja igual ou superior a seis

meses”. É também suportada por Salvetti & Pimenta (2007) quando afirmam que esta dor consegue ser bastante perturbadora para o quotidiano de uma pessoa, podendo mesmo provocar alterações a nível das actividades físicas e psíquicas.

Seguidamente, ressalta-se que 88% dos alunos afirma que tanto a dor aguda como a dor crónica são importantes de ser avaliadas, apoiando-se na ideia de que ambas as dores são um incómodo e que interfere no conforto do doente, afirmam ainda que é importante avaliar todas as dores para a execução de um correcto plano de tratamento. Estas expressões que os inquiridos fizeram referência são apoiadas pela DGS (2008) quando afirma que “ a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, que procura um cuidado individualizado e dirige-se à sua causa desencadeante de dor a fim de alivia-la”.

Salienta-se também que 68% dos alunos refere que todos os tipos de dor (aguda, crónica, psicológica, física) interferem na vida de um doente, justificando-se que todas causam desconforto e reduzem a qualidade de vida interferindo assim no dia-a-dia dos doentes. A DGS (2008) sustenta esta ideia salientando que a dor é uma das principais causas do sofrimento humano, causando incapacidades , comprometimento da qualidade de vida é imensuráveis repercussões tanto a níveis psicossociais como económicas.

Em relação às escalas de dor pode-se verificar que de uma perspectiva geral, a maioria dos alunos conhecem as várias escalas de dor, sendo que 86% do 1º ano e 100% do 4º ano referem conhece-las. No quadro nº. 8 anteriormente descrito verifica-se que 5,37% das respostas são relativas à escala de Norton, 4,78% corresponde à escala de Braden e 7,15% à escala de Glasgow, estando estas respostas erradas, visto que estas escalas são referentes ao risco de Ulceras de pressão (Norton e Braden) e ao grau de consciência (Escala de Glasgow). Por outro lado, 13,10% refere conhecer a escala visual analógica, 20,82% refere conhecer a escala de faces, 11,90% a escala verbal, 21,425 a escala numérica e por último 15,46% a escala qualitativa. Estas respostas vão de encontro à bibliografia referida anteriormente.

No que respeita à avaliação da dor foi utilizada a escala de Likert no questionário aplicado com o objectivo de averiguar a opinião dos alunos sobre este mesmo tema. Assim é de salientar que a maioria dos alunos refere que a dor deve ser avaliada quando o doente referir dor e não restringir a avaliação da dor a uma vez por dia ou uma vez por

turno. O que vai de encontro com a ideia da *American Pain Society* (cit. in *NPC, 2001*) em que afirma que “avaliação da dor não deverá estar dependente da avaliação dos sinais vitais, mas sim da situação de dor em si.”. E esta avaliação da dor, segundo a maioria dos alunos, deve ser avaliada independentemente da idade ou estado do doente, pois de acordo com a bibliografia as escalas abordadas anteriormente só podem ser utilizadas em crianças com mais de 3 anos e a doentes consciente e colaborantes, contudo existem outras escalas que preenchem os requisitos anteriormente falados (DGS, 2003).

É de evidenciar também que a maioria dos alunos refere que qualquer tipo de dor que o doente possa ter é importante de ser avaliada incluindo a dor psicológica em que 95% dos alunos não concorda com a expressão “ a dor psicológica não necessita de avaliação”, o que vai de encontro com a ideia de McCaffery (1989) (cit. in Phipps, 2003, pág. 36) que afirma que dor é “ qualquer coisas que a pessoa que diz que é, existindo sempre que ela diz que existe.”. É de valorizar também que nenhum dos alunos concorda perfeitamente com o facto da dor mais importante de ser avaliada durante um internamento ser a dor física, sendo que 42% dos alunos discorda com esta mesma ideia. Significa que durante um internamento a dor física deve sim ser avaliada mas nunca esquecendo a dor psicológica pois o doente encontra-se fragilizado com a doença, com o ambiente estranho onde está inserido e com todas as mudanças da sua vida. Esta ideia é sustentada com a opinião de Phipps (2003, pág. 372) que afirma que “ é difícil distinguir as componentes físicas das emocionais, e importa lembrar que toda a dor é real”, seja ela física ou psicológica.

Quanto à dor como 5º sinal vital verifica-se que a maioria dos alunos concorda totalmente com a avaliação da dor como se de qualquer outro sinal vital se tratasse, sendo que 68% dos alunos não concorda com a afirmação “Avaliação dos outros sinais vitais é mais importante que a avaliação da dor”. De acordo com a bibliografia, Fonte & Jaques (2007) (cit. in CCS) afirmam que “(...) a avaliação e registo da dor devem ser realizados com o mesmo rigor e seriedade que a tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura (...)”, assim pode-se contactar que as respostas obtidas vão de encontro com a ideia do autor referido.

No que diz respeito às várias escalas de avaliação da dor verifica-se que a maioria dos alunos refere que a dor pode ser avaliada através de qualquer escala mas que essa

mesma avaliação deve ter em conta a idade do doente, isto é, deve-se usar uma escala adaptada à idade de cada doente. Esta ideia vai de encontro com a DGS (2008), que caracteriza-se por algo subjectivo, que varia com as experiências de cada um, da situação socio-económica e muitas vezes esta relacionado com o género e idade da pessoa. Um outro aspecto importante é que 78% dos alunos não concorda com a expressão que afirma que na avaliação da dor a expressão facial não é um factor importante. Deste modo a ideia dos alunos vai de encontro coma opinião de Pimenta (1999) , que afirma que a observação dos comportamentos de dor é voltada para as respostas comportamentais de dor, que o autor descreveu como: expressão facial (contração muscular), vocalização (choro, gemido) e movimento corporal (postura de proteção).

#### **IV. Conclusão**

No término deste Projecto de Investigação torna-se pertinente rever as questões anteriormente colocadas.

O Projecto de Graduação teve como objectivo identificar qual é a perspectiva dos alunos do 1º e 4º ano do CLE da UFP sobre dor. A investigadora considerou este tema pertinente a ser estudado, pois é necessário elucidar os alunos para a importância que a dor tem na vida de um doente, assim como o seu alívio.

Quanto aos objectivos descritos anteriormente pode-se afirmar que estes foram atingidos, pois foi possível identificar qual o significado de dor para os alunos do 1º e 4º ano do CLE da UFP, assim como compreender qual a importância que os alunos do 1º e 4º ano do CLE da UFP atribuem á avaliação da dor.

Como conclusão deste projecto salienta-se que em geral os alunos apresentam uma perspectiva sobre dor que vai de encontro com a bibliografia apresentada anteriormente, apesar de os alunos do 1º ano apresentarem algumas lacunas no que respeita principalmente às escalas de avaliação da dor. Estes resultados obtidos podem ser explicados pelo facto de nenhum destes alunos não ter tido ainda contacto com ensinamentos clínicos, o que faria com que a sua perspectiva de dor fosse mais sólida.

Desta forma seria pertinente averiguar se é importante reforçar no plano curricular a temática da dor, para que desta forma os alunos do 1º ano não apresentem tantas lacunas quando iniciarem um ensino clínico, assim como os alunos que estão a terminar a licenciatura não apresentem como futuros profissionais.

Assim sendo, a investigadora propõe que plano curricular sobre esta temática seja revisto, visto que existem várias lacunas da parte dos vários alunos num tema tão importante como este.

Como referido anteriormente dor consiste numa temática que ainda causa alguma polémica, mas a avaliação desta e o controlo da mesma são de maior importância para que exista um bom nível de cuidados por parte dos enfermeiros. Por isso, a investigadora considerou pertinente avaliar qual a perspectiva que os futuros enfermeiros têm sobre a mesma.

Dado termo a este Projecto de Investigação, pode concluir-se que a investigação deste forneceu à investigadora um aprofundamento dos conhecimentos da temática em causa assim como, aquisição de novos conhecimentos científicos a nível da, tal como um desenvolvimento a nível pessoal e profissional.

Para dar termo a este trabalho, considera-se que ainda existe muito para investigar nesta área e que a realização deste serve para investigações futuras, sendo que a investigadora considera pertinente que um dia haja um estudo de investigação sobre esta temática comparando os vários anos e assim avaliar a perspectiva que os alunos de cada ano têm sobre a temática em questão.

## V. Referências Bibliográficas

- Almeida, Armando (2005). *Neurobiologia da dor*. Apontamentos das aulas do curso de especialização em ciências da dor. Braga. Pág. 15
- Angerami, E.L.S.; Mendes, I.A.C.(1989). Revista Gaúcha Enfermagem vol. 10 nr. 1 - O saber, a saúde e a investigação em enfermagem.- [Em linha] Disponível em: <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo39fin.pdf> [consultado em: 22/03/2012]
- Benner, P. (2001) *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto
- Bobbitt, F. (1922). *The Curriculum Making in Los Angeles*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bottega, F. H. & Fontana, R. T. (2010). Revista de Enfermagem vol. 19 nr.2 Florianópolis April/ June 2010 - *A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral* – ISSN 0104-0707. [Em linha] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200009> [consultado em: 10/01/2012]
- Caillet, Rene. (1999). *Dor: Mecanismos e tratamento*. Porto alegre. Artmed.
- Campos, Shirley (2005) . *Medicina avançada – Dor / Dores* . [ Em linha]. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/14091> [consultado em: 12/02/2012]
- Fontes, K. B. & Jaques, A. E. (2007). *Ciência, Cuidado e Saúde* v. 6 (2007) - ISSN 1984-7513. [Em linha]. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5361>. [consultado em: 12/01/2012]

- Fortin, M (2009a). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (2009). O processo de investigação. Loures; Lusociência. Pág.
- FREE, Mary Moore (2002) – Cross cultural conceptions of pain and pain control, Baylor University Medical Center, Vol.15, nr.º2, April 2002, p.143-145.
- Hesbeen, Walter (1997). Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lisboa: Lusociência.
- Metzger, C. et al. (2002). Cuidados de enfermagem. Lisboa. Lusociência. Pág. 24, 25, 26
- Marconi, M. A.; Lakatos, E. M.(1990) - Técnicas de pesquisa. 2ª Edição. São Paulo. Atlas.
- Murta, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. In J. M. M. M. Carvalho (Eds.), *Dor – um estudo multidisciplinar* (2ª ed., pp. 174-195). São Paulo: Summus Editorial.
- National Pharmaceutical Council (2001). Pain: current understanding of assessment management, and treatments. [Em linha]. Disponível em: <http://www.npcnow.org/SearchResults.aspx?psel=all&query=pain>. [consultado em: 16/01/2012]
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem.Lisboa. Pág. 9
- Paulino, M. (2002). Aspectos psicológicos da Dor. Revista do Interno. Lisboa
- Phipps, W. et al (2003). Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. Lisboa, Lusodidáctica. Pág. 363,

- Phipps, W. et al (1999). Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. Lisboa, Lusodidáctica.
- Pimparel, M. e Marques, C. (1998). Dor Oncológica – Guia Prático. Coimbra.
- Pimenta, C. A. M. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In J. M. M. M. Carvalho (Eds.), *Dor – um estudo multidisciplinar* (2ª ed., pp. 31-46). São Paulo: Summus Editorial.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização (5ª edição). Porto Alegre: Artamed.
- Portugal, DGS (2001). Dor crónica de origem não maligna. [Em linha]. Disponível em : <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005647.pdf> - [consultado em: 1/03/2012] pág. 5
- Portugal, DGS (2003). 5º Sinal Vital. Circular normativa n.º 09/DGCG.
- Portugal, DGS (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular normativa N.º:11/DSCS/DPCD.
- Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros, art. 4 n.º 1, Decreto de Lei 161/96, de 4 de Setembro.
- Ribeiro, V. M. Brant (1989). A questão da qualidade do ensino nos planos oficiais de desenvolvimento da educação: 1955/1960. Brasília. pág.35-44.
- Rigotti, M. A.; Ferreira, A. M. - Nursing interventions to the patient with pain (2005) – [ Em linha] Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf> – [consultado em: 1/02/2012]
- Salvetti, Marina Góes; Pimenta, Cibele A. M. – Revista Escola de Enfermagem – Dor crónica e a crença de auto-eficácia.(2007). [Em linha]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a17.pdf> - [consultado em: 16/3/2012]

- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – 5º Sinal Vital - Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital – [Em linha] Disponível em: [http://www.dor.org.br/profissionais/5\\_sinal\\_vital.asp](http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp) . [consultado em: 10/01/2012]
- Sousa, F. A. E. F. (2002) Dor: o quinto sinal vital. Revista Latino Americana Enfermagem, Vol. 10, nr. 3, pág. 446-447.
- Teixeira, M.J. (2001) Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. JBA, Curitiba, Vol.1, nr.4, pág. 329-334, out./dez

# **ANEXOS**

## Anexo I- Circular Normativa DGS nr. 9



Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**

Nº 09/DGCG  
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

### I – NORMA

Atendendo a que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a “**Dor como o 5º sinal vital**”.

Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

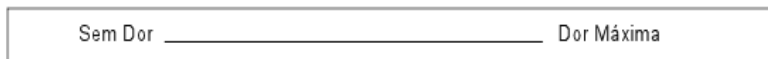
1. O registo sistemático da intensidade da Dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “*Escala Visual Analógica*” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “*Escala Numérica*”, “*Escala Qualitativa*” ou “*Escala de Faces*”.
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

### II – REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da Dor pode efectuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- b) A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente.
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita.

- d) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios.
- e) A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- f) 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.
- g) É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala utilizada.

**Escala Visual Analógica**



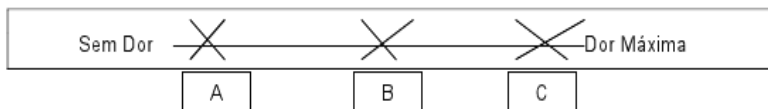
A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”.

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

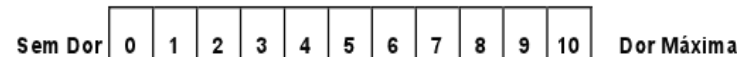
Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

*Exemplo:*

Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Sem Dor” (posição A). Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Dor Máxima” (posição C).



**Escala Numérica**



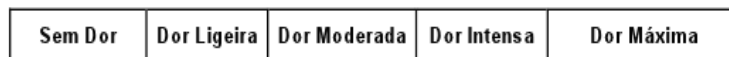
A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

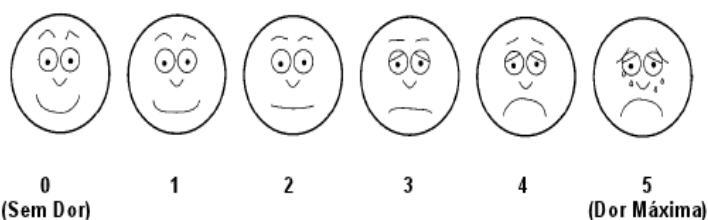
A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

**Escala Qualitativa**



Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

**Escala de Faces**



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima".

Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

**Folha de Registo dos Sinais e Sintomas Vitais**

Na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, deve ser incluído espaço próprio para registo da intensidade da Dor, como, a título de exemplo, se indica:

REGISTO DE SINAIS E SINTOMAS VITAIS																			
Mês																			
Dia																			
Turno																			
		SINAIS E SINTOMAS																	
		DOR	T	FC	FR	TA	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Dor	10																		
Máxima	9																		
Dor	8																		
Intensa	7																		
	6																		
Dor	5																		
Moderada	4																		
	3																		
Dor	2																		
Ligeira	1																		
Sem Dor	0																		
FR – Frequência Respiratória TA – Tensão Arterial F.C. – Frequência Cardíaca T – Temperatura					Observações														

**III – FUNDAMENTAÇÃO**

A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.

**Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003**

---

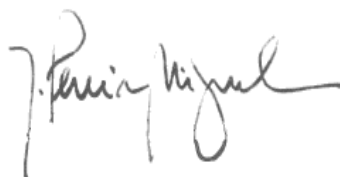
Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da Dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.

Se por um lado a Dor Aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a Dor Crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes.

Com a criação do *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, estão a desenvolver-se e a criar-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem da Dor.

Importa, assim, que a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde



*Prof. Doutor José Pereira Miguel*

## Anexo II- Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem UFP

19 174

Diário da República, 2.ª série — N.º 180 — 18 de Setembro de 2006

### 7.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II — Ensino Clínico.	723 — ENF	Semestral .....	390	E: 280; S: 70	15
Enfermagem de Urgência e Emergência II — Ensino Clínico.	723 — ENF	Semestral .....	390	E: 280; S: 70	15

### 8.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Proj. de Graduação e Integração Profissional .....	723 — ENF	Trimestral .....	780	E: 350; S: 70; O: 72	30

#### Despacho n.º 19 002/2006

A requerimento da Fundação Ensino e Cultura Fernando Pessoa (FFP), entidade instituidora da Universidade Fernando Pessoa (UFP), reconhecida como de interesse público, ao abrigo do disposto no Estatuto do Ensino Superior Particular e Cooperativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 16/94, de 22 de Janeiro, alterado, por ratificação, pela Lei n.º 37/94, de 11 de Novembro, e pelo Decreto-Lei n.º 107/96, de 31 de Julho, foi autorizada pelo despacho n.º 16 236/2006 (2.ª série), de 8 de Agosto, do director-geral do Ensino Superior, a adequação ao Processo de Bolonha do curso da licenciatura em Enfermagem, aprovada pela Portaria n.º 419/2002, de 19 de Abril, alterada pela Portaria n.º 247/2003, de 18 de Março, e pela Portaria n.º 949/2005, de 29 de Setembro.

Ao abrigo do n.º 2 do artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, e em cumprimento do n.º 6 daquele despacho, o reitor faz saber que:

#### 1.º

##### Autorização de adequação

1 — A adequação do curso de licenciatura em Enfermagem foi autorizada pelo registo número R/B-AD-803/2006, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 152, de 8 de Agosto de 2006.

2 — O 1.º ciclo de estudos resultante dessa adequação denomina-se Enfermagem.

#### 2.º

##### Plano de estudos

A estrutura curricular e o plano de estudos do 1.º ciclo aprovados constam do anexo ao presente despacho.

#### 3.º

##### Grau

A conclusão com aproveitamento de todas as unidades curriculares e a obtenção dos 240 ECTS que integram o plano de estudos do 1.º ciclo confere o grau de licenciado.

#### 4.º

##### Transição curricular

As regras de transição entre a anterior organização de estudos e a nova organização decorrente do processo de adequação são fixadas pelo órgão legal e estatutariamente competente da Universidade.

#### 5.º

##### Início de funcionamento

O 1.º ciclo de estudos em Enfermagem inicia o seu funcionamento em 2006-2007.

#### 6.º

##### Normas regulamentares

Nos termos da lei, o órgão legal e estatutariamente competente da Universidade aprova as normas regulamentares do funcionamento da licenciatura.

8 de Agosto de 2006. — O Reitor, *Salvato Vila Verde Pires Trigo*.

#### ANEXO

Plano de estudos:

#### Universidade Fernando Pessoa

#### Escola Superior de Saúde

#### Licenciatura em Enfermagem

#### 1.º ciclo

#### 1.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Anatomofisiologia I .....	729-S	Semestral .....	182	T: 40; TP: 20; PL: 20	7
Antropossociologia da Saúde .....	312-SOC	Semestral .....	26	T: 20	1
Bioquímica Fisiológica .....	421-BB	Semestral .....	104	T: 20; TP: 20; PL: 20	4
Fundamentos e Procedimentos em Enfermagem I .....	723-ENF	Semestral .....	156	T: 60; PL: 80	6
Ética e Deontologia Profissional .....	226-FE	Semestral .....	78	T: 20	3
Psicologia Aplicada .....	311-PSIC	Semestral .....	104	T: 40; TP: 20	4
Microbiologia Geral .....	421-BB	Semestral .....	130	T: 40; PL: 20	5

## 2.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Anatomofisiologia II .....	729-S	Semestral .....	130	T: 40; TP: 20; PL: 20	5
Farmacologia e Terapêutica Geral .....	421-BB	Semestral .....	104	T: 40; TP: 20	4
Biofísica e Biomecânica .....	449-C. Fis.	Semestral .....	104	T: 20; TP: 20	4
Princípios de Pedagogia e Didáctica .....	142-C. Ed.	Semestral .....	52	T: 20	2
Métodos e Técnicas de Comunicação .....	090-DP	Semestral .....	104	TP: 20; PL: 20	4
Fundamentos e Procedimentos em Enfermagem II	723-ENF	Semestral .....	208	T: 60; PL: 80	8
Língua Inglesa I .....	222-LLE	Semestral .....	78	TP: 60	3

## 3.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Fundamentos e Procedimentos em Enfermagem III — Ensino Clínico.	723-ENF	Semestral .....	312	E: 168; S: 77	12
Projecto de Graduação .....	723-ENF	Semestral .....	104	T: 13; TP: 13	4
Métodos e Técnicas de Investigação .....	723-ENF	Semestral .....	26	T: 7; TP: 13	1
Bioestatística e Epidemiologia .....	462-EST	Semestral .....	130	T: 26; TP: 39	5
Enfermagem de Intervenção Familiar e Comu- nitária I.	723-ENF	Semestral .....	130	T: 78; TP: 26	5
Língua Inglesa II .....	222-LLE	Semestral .....	78	TP: 52	3

## 4.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem Médico-Cirúrgica I .....	723-ENF	Semestral .....	312	T: 200; TP: 40	12
Microbiologia Clínica .....	729-S	Semestral .....	78	TP: 20	3
Enfermagem Materno-Infantil I .....	723-ENF	Semestral .....	234	T: 120; TP: 40	9
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I ...	723-ENF	Semestral .....	156	T: 60; TP: 20	6

## 5.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem Médico-Cirúrgica II — Ensino Clínico	723-ENF	Semestral .....	780	E: 504; S: 196	30

## 6.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem Materno-Infantil II — Ensino Clínico	723-ENF	Semestral .....	312	E: 224; S: 56	12
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiá- trica II — Ensino Clínico.	723-ENF	Semestral .....	156	E: 112; S: 28	6
Gestão de Serviços de Enfermagem .....	345-GA	Semestral .....	52	T: 24	2
Organização Política Portuguesa e da União Europeia.	313-CPCID	Semestral .....	52	T: 24	2
Enfermagem de Urgência e Emergência I .....	723-ENF	Semestral .....	130	T: 80; TP: 16	5
Língua Estrangeira .....	222-LLE	Semestral .....	78	TP: 56	3

## 7.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II — Ensino Clínico.	723-ENF	Semestral .....	390	E: 280; S: 70	15
Enfermagem de Urgência e Emergência II — Ensino Clínico.	723-ENF	Semestral .....	390	E: 280; S: 70	15

## 8.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Proj. de Graduação e Integração Profissional ...	723-ENF	Trimestral .....	780	E: 350; S: 70; O: 72	30

II SÉRIE



Depósito legal n.º 8815/85 ISSN 0870-9963

Preço deste número (IVA incluído 5%)

€ 3,84



Diário da República Electrónico: Endereço Internet: <http://dre.pt>  
 Correio electrónico: [dre@incm.pt](mailto:dre@incm.pt) • Linha azul: 808 200 110 • Fax: 21 394 5750

Toda a correspondência sobre assinaturas deverá ser dirigida para a Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A., Departamento Comercial, Sector de Publicações Oficiais, Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5, 1099-002 Lisboa

### Anexo III- Plano Curricular de Fundamentos de Enfermagem, UFP 1º Ano



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

#### FICHA PROGRAMÁTICA DA UNIDADE CURRICULAR

<b>Unidade Curricular:</b>	Fundamentos e Procedimentos em Enfermagem I		
<b>Docente:</b>	Anabela Rodrigues	<b>Grau académico:</b>	Doutoramento em Psicologia
<b>Docente:</b>	Manuela Guerra	<b>Grau académico:</b>	Mestre em Ciências da Enfermagem
<b>Docente:</b>	José Teixeira	<b>Grau académico:</b>	Licenciado em Enfermagem
<b>Ciclos de Estudos:</b>	1º Ciclo	<b>Semestre Curricular:</b>	1º Semestre
<b>Curso:</b>	Enfermagem	<b>Ano Lectivo:</b>	2011/2012
<b>Nº total de ECTS:</b>	6	<b>Nº ECTS Contacto:</b>	
<b>Tipologia de aulas:</b>	As aulas terão natureza teórica (T) e prática laboratorial (PL)		

#### Objectivos da unidade curricular e competências a atingir:

A unidade curricular de Fundamentos e Procedimentos em Enfermagem I, tem como principal finalidade proporcionar aos estudantes da licenciatura de Enfermagem a aquisição de competências científicas, técnicas e interpessoais que permitam desenvolver intervenções de enfermagem adequadas a indivíduos, família e comunidade, em qualquer momento do ciclo de vida. Assim, o estudante deverá atingir os seguintes objectivos:

- o Promover o espírito de pertença à UFP e ao curso;
- o Analisar a pessoa como um todo, de forma holística;
- o Compreender a importância da satisfação das necessidades humanas – contínuo saúde/doença (independência/dependência);
- o Desenvolver capacidades na execução de procedimentos de enfermagem relacionados com a satisfação das necessidades;
- o Desenvolver competências no âmbito das relações interpessoais e da relação de ajuda;
- o Utilizar uma metodologia científica na determinação da necessidade de cuidados de Enfermagem.



**Avaliação**

A componente lectiva será constituída por aulas teóricas e práticas laboratoriais.

A avaliação da unidade curricular será efectuada através de uma avaliação contínua que contempla os seguintes momentos:

**Componente Teórica** = 2 Provas de avaliação escrita que incidem nos conteúdos programáticos leccionados.

**Componente Prática** = Incidirá sobre a participação, pontualidade, apresentação pessoal adequada, destreza manual, competências relacionais, desempenho prático e execução dos vários procedimentos demonstrados ao longo do semestre (30%) e uma prova prática individual (70%).

**Classificação Final** = CF = (CT + CP): 2

O aluno deverá obter a nota **mínima de 9,5 valores** a cada componente para a sua aprovação.

A nota final da unidade curricular será determinada pela aplicação da fórmula acima mencionada.

É condição regulamentar para a aprovação do aluno a frequência de **50%** das aulas teóricas bem como de **80%** das aulas práticas.

A falta de comparência nas provas de avaliação implica a classificação de zero para efeitos de cálculo da classificação final acima descrita e à não atribuição dos ECTS correspondentes.

**A aprovação à UC implica a obrigatoriedade da realização da prova prática individual.**

**Sistema de Distribuição de Créditos:**

**1- Componente Teórica - 3 ECTS**

**2- Componente Prática – 3 ECTS**

Conteúdos da Componente Teórica	Horas Contacto	Datas	DOCENTE
<b>1.UFP: Projecto pedagógico, científico e cultural - CLE na UFP</b> <b>2. Evolução histórica da prática dos cuidados</b> 2.1. História, conceitos e contextos 2.2. Concepção dos cuidados de Enfermagem 2.3. Algumas concepções teóricas de enfermagem - Escolas de Enfermagem 2.4. Padrões de Qualidade e Competências para o Enfermeiro de cuidados Gerais	6 h	20/09 27/09	José Teixeira



### Avaliação

A componente lectiva será constituída por aulas teóricas e práticas laboratoriais.

A avaliação da unidade curricular será efectuada através de uma avaliação contínua que contempla os seguintes momentos:

**Componente Teórica** = 2 Provas de avaliação escrita que incidem nos conteúdos programáticos leccionados.

**Componente Prática** = Incidirá sobre a participação, pontualidade, apresentação pessoal adequada, destreza manual, competências relacionais, desempenho prático e execução dos vários procedimentos demonstrados ao longo do semestre (30%) e uma prova prática individual (70%).

**Classificação Final** = CF = (CT + CP): 2

O aluno deverá obter a nota **mínima de 9,5 valores** a cada componente para a sua aprovação.

A nota final da unidade curricular será determinada pela aplicação da fórmula acima mencionada.

É condição regulamentar para a aprovação do aluno a frequência de **50%** das aulas teóricas bem como de **80%** das aulas práticas.

A falta de comparência nas provas de avaliação implica a classificação de zero para efeitos de cálculo da classificação final acima descrita e à não atribuição dos ECTS correspondentes.

**A aprovação à UC implica a obrigatoriedade da realização da prova prática individual.**

**Sistema de Distribuição de Créditos:**

**1- Componente Teórica - 3 ECTS**

**2- Componente Prática – 3 ECTS**

Conteúdos da Componente Teórica	Horas Contacto	Datas	DOCENTE
<b>1.UFP: Projecto pedagógico, científico e cultural - CLE na UFP</b> <b>2. Evolução histórica da prática dos cuidados</b> 2.1. História, conceitos e contextos 2.2. Concepção dos cuidados de Enfermagem 2.3. Algumas concepções teóricas de enfermagem - Escolas de Enfermagem 2.4. Padrões de Qualidade e Competências para o Enfermeiro de cuidados Gerais	6 h	20/09 27/09	José Teixeira



10.3- A relação de ajuda 10.4- A comunicação terapêutica			
<b>PROVAS DE AVALIAÇÃO TEÓRICA</b>		<b>08/NOV-1 h</b> <b>03/JAN-1 h</b>	16 SEMANAS DE TRABALHO TEÓRICO

<b>ANO LECTIVO 2011-12</b>		
<b>CONTÉUDOS DA COMPONENTE PRÁTICA-LABORATORIAL</b>		
<b>SEMANA</b>	<b>DATA</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>
<b>1ª Semana</b>	13/09 14/09	Recepção ao aluno/ apresentação da metodologia de Avaliação da componente
<b>2ª Semana</b>	20/09 21/09	Admissão do Doente/ Avaliação Inicial de Enfermagem/Colheita de dados
<b>3ª Semana</b>	27/09 28/09	Admissão do Doente/ Avaliação Inicial de Enfermagem/Colheita de Dados
<b>4ª Semana</b>	04/10 05/10 (Feriado)	Lavagem das mãos
<b>5ª Semana</b>	11/10 12/10	Uso de dispositivos esterilizados e barreiras protectoras
<b>6ª Semana</b>	18/10 19/10	Cuidados de higiene e conforto
<b>7ª Semana</b>	25/10 26/10	Cuidados de higiene e conforto
<b>8ª Semana</b>	01/11(Feriado) 02/11	Posicionamentos +Levante e transferência do doente
<b>9ª Semana</b>	08/11 09/11	Posicionamentos +Levante e transferência do doente
<b>10ª Semana</b>	15/11 16/11	Avaliação de T.A + Pulso+Temperatura
<b>11ª Semana</b>	22/11 23/11	Avaliação Dor + Respiração + Escalas de avaliação
<b>12ª Semana</b>	29/11 30/11	Nebulização + Inaloterapia + Oxigenoterapia
<b>13ª Semana</b>	06/12 07/12	Aspiração de secreções + Cuidados a dreno torácico
<b>14ª Semana</b>	13/12 14/12	Aplicação do Processo de enfermagem/ CIPE - Registos de enfermagem
<b>15ª Semana</b>	03/01 04/01	PROVA PRÁTICA INDIVIDUAL – 1º grupo
<b>16ª Semana</b>	10/01 11/01	PROVA PRÁTICA INDIVIDUAL – 2º grupo
<b>17ª Semana</b>	17/01 18/01	<b>Avaliação da disciplina+</b> discussão de notas

**Bibliografia recomendada:**

[1] BOLANDER, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa, Ed Lusodidacta

## Anexos IV- Programa Curricular de Enfermagem Médico- cirúrgico I, UFP 2º ano



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

### FICHA DA UNIDADE CURRICULAR

<b>Unidade Curricular</b>	<b>Enfermagem Médico-Cirúrgica I</b>
---------------------------	--------------------------------------

<b>PORTO:</b>			
<b>Docente:</b>	Conceição Antunes: 50 horas ( T )	<b>Grau académico:</b>	Mestre em Educação/Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
<b>Docente:</b>	Anabela Rodrigues: 18 horas (T) + 40 (TP)	<b>Grau académico:</b>	Doutora em Psicologia/Licenciada em Enfermagem
<b>Docente:</b>	Teresa Guerreiro: 6 horas (T)	<b>Grau académico:</b>	Mestre em Bioética
<b>Docente:</b>	António Moreira José Nunes 46 horas (T) (partilhadas)	<b>Grau académico:</b>	Mestre em Ciências de Enfermagem Licenciado em Enfermagem
<b>Docente:</b>	Esmeralda 30 horas (15T + 15 TP)	<b>Grau académico:</b>	Mestre em Psicologia/Licenciada em Enfermagem
<b>Docente:</b>	Jorge Maciel: 50 horas (T) – partilhadas com D. Jorge Marvão e Dr. Paulo Amado	<b>Grau académico:</b>	Doutor em Medicina
<b>Docente:</b>	Jorge Marvão	<b>Grau académico:</b>	Licenciado em Medicina
<b>Docente:</b>	Paulo Amado	<b>Grau académico:</b>	Mestre em medicina
<b>Ciclos de Estudos:</b>	1º Ciclo	<b>Semestre Curricular:</b>	2º Semestre
<b>Curso:</b>	Enfermagem	<b>Ano Lectivo:</b>	2011-2012
<b>Nº total de ECTS:</b>	12	<b>Nº ECTS Contacto:</b>	
<b>Tipologia de aulas:</b>	<b>Aulas teóricas - 200h T: (50h Patologia + 150h Enfermagem) + e aulas teórico-práticas (40h TP de Enfermagem) = 240 horas de contacto</b>		

A unidade curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica I pretende dotar os estudantes de um conhecimento dos Fenómenos de Enfermagem mais comuns na área da Enfermagem Médico-cirúrgica e Especialidades.

Estimula-se a reflexão e a análise crítica, a utilização do método científico de trabalho, o processo de tomada de decisão e a aplicação de estratégias para a resolução de problemas.

Para além da aquisição de novos conhecimentos, os estudantes devem saber relaciona-los com os anteriormente adquiridos, de forma a potenciar e adquirir as competências na prestação de cuidados ao indivíduo e à família, numa perspectiva holística.



### **OBJECTIVOS**

- Adquirir conhecimentos acerca das patologias do foro médico e cirúrgico;
- Explicar as alterações fisiológicas associadas às manifestações clínicas observadas e esperadas na pessoa;
- Conhecer os fenómenos de enfermagem e as atitudes terapêuticas mais comuns na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Adquirir e desenvolver conhecimentos acerca de procedimentos específicos em enfermagem, tendo por base as etapas do processo de enfermagem;
- Definir intervenções de enfermagem e estratégias específicas para a resolução de problemas/necessidades mais comuns na área da Enfermagem Médico-cirúrgica;
- Desenvolver o processo de tomada de decisão;
- Interiorizar princípios científicos;
- Manusear correctamente e com destreza os materiais utilizados nos cuidados ou nas intervenções de enfermagem;
- Desenvolver competência de pesquisa bibliográfica, apresentação e discussão de trabalhos em sala de aula;
- Compreender o papel da família enquanto prestadora de cuidados de saúde à pessoa com alterações médicas e cirúrgicas.

### **COMPETÊNCIAS**

Com o trabalho a desenvolver na Unidade Curricular, o estudante deve estar apto para as intervenções de enfermagem e as competências essenciais numa abordagem das situações médicas e cirúrgicas. Neste sentido, pretende-se que o estudante adquira ou desenvolva as seguintes competências:

- Relaciona as intervenções de enfermagem com as alterações fisiológicas na pessoa e com os planos farmacológicos prescritos;
- Conhece os fenómenos de Enfermagem mais comuns em Enfermagem Médica e Cirúrgica;
- Identifica de forma adequada os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados na avaliação de situações de saúde, no âmbito da Enfermagem Médica e Cirúrgica;
- Identifica a forma de recolha de informação para a construção de diagnósticos de enfermagem em situações de doença em contexto hospitalar de acordo com CIPE;
- Utiliza o método de trabalho específico em enfermagem, nomeadamente colheita de dados, diagnóstico, planeamento, intervenções e avaliação dos resultados de enfermagem ao cuidar da pessoa do foro Médico e Cirúrgico;
- Justifica o planeamento de cuidados e as intervenções de enfermagem seleccionadas face às necessidades/problemas identificados e prioritários na pessoa;
- Desenvolve a tomada de decisão em contexto de intervenções de enfermagem na área Médica e Cirúrgica adequada à resolução de problemas;
- Elabora planos de cuidados individualizados no âmbito da Enfermagem Médica e Cirurgia em situações reais ou simuladas;
- Desenvolve a capacidade de observação e a capacidade de análise crítica, face aos contextos teóricos/práticos no âmbito da Enfermagem Médica e Cirúrgica;



- Aplica os conhecimentos teóricos/práticos adquiridos, em novos contextos de formação;
- Integra conhecimentos das diferentes unidades curriculares na resolução de situações-problemas do domínio da Enfermagem Médica e Cirúrgica;
- Reconhece os limites éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem,
- Demonstra capacidade de trabalhar em grupo e promove o espírito de interajuda, demonstrando respeito pelos pares;
- Relaciona-se com colegas, professores e outros com vista ao estabelecimento de uma relação construtiva e terapêutica;
- Demonstra capacidade de comunicação escrita e oral;
- Interioriza os princípios científicos de cada procedimento de enfermagem;
- Manuseia correctamente o material para cada procedimento específico;
- Demonstra destreza manual e a sensibilidade na execução de cada procedimento;
- Seleccionar a informação bibliográfica de forma crítica, em função da Unidade Curricular.

### **METODOLOGIA DE ENSINO**

No contexto desta unidade curricular pretendemos que o ensino não esteja centrado nos conteúdos, mas nos objectivos de formação que conduzem ao desenvolvimento das competências. Será dada ênfase aos objectivos e às capacidades que promovem a autonomia intelectual do estudante, a sua capacidade de reflectir, de resolver problemas, de comunicar, de trabalhar em equipa, e de se adaptar à mudança. Ao longo do desenvolvimento da unidade curricular poderão ser feitas reflexões com os estudantes acerca da implementação de metodologias de ensino-aprendizagem mais activas e cooperativas. Pretende-se desenvolver um ensino do tipo tutorial e personalizado, que incentive a reflexão e que valorize processos de natureza cognitiva e interpessoal, defendendo a aquisição de conceitos, a resolução de problemas, a pesquisa e os trabalhos práticos.

#### **Aulas Teóricas:**

- Metodologia activa com apoio de meios audiovisuais;
- Análise e discussão de textos (artigos; estudos de caso);
- Trabalho de pesquisa bibliográfica com apoio do docente;
- Debates tendo por base casos clínicos, de modo a promover a aplicação do Processo de Enfermagem, associado aos fenómenos, diagnósticos e intervenções de enfermagem específicos

#### **Aulas Teórico-Práticas:**

- Metodologia activa/participativa com demonstração de procedimentos de enfermagem;
- Simulação de casos que necessitem de intervenção do enfermeiro;
- Trabalho de grupo para análise e discussão de Casos Clínicos transversais aos diferentes conteúdos e áreas científicas, de forma a permitir ao estudante a visão holística do cuidar;
- Trabalho de pesquisa bibliográfica.



**PROPOSTA DA METODOLOGIA E PLANIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO**

<b>2º Porto: 19/6/12</b>	Freqüência individual	40%
Esta UC é composta por duas partes: a patologia médica e cirúrgica (PMC), coordenada pelo Professor Doutor Jorge Maciel e a enfermagem médico – cirúrgica (EMC) coordenada pela Professora Doutora Anabela Rodrigues, avaliadas autonomamente.	<b>Trabalho de Grupo</b> (resultante da análise e resolução de quatro casos clínicos)	
3ª frequência da área de PMC, tendo em vista a frequência da área de EMC, serão realizadas duas frequências (2ª e 3ª) e dois trabalhos de grupo de avaliação de respostas individuais baseia-se ao longo das aulas teórico-práticas e baseia-se na análise e resolução de problemas prioritários da especialidade, tendo em vista a integração dos conhecimentos e as respostas às necessidades do trabalho de carácter teórico, e a apresentação de um trabalho de carácter teórico (revisão de literatura de um tema médico-cirúrgico) nas sessões		20%
Os conteúdos a avaliar em cada uma das frequências são definidos pelos respectivos docentes.		
Avaliação de PMC: 1ª frequência x 0,5 + 2ª frequência x 0,5		
Avaliação de EMC: (1ª Frequência x 0,4) + (2ª frequência x 0,4) + (trabalhos de grupo x 0,2)		
A classificação final da unidade curricular resulta da média ponderada das duas componentes, (ponderação 1 para PMC e 2 para EMC).		
<b>A nota FINAL DA UNIDADE CURRICULAR =</b>		
$(1 \times \text{a nota da componente PMC} + 2 \times \text{a nota da componente EMC})$		
<b>3</b>		
<b>NOTA:</b> Cada aluno, para realizar esta UC, terá de atingir a nota mínima de 9,5 valores, em cada uma das suas áreas (PMC e EMC). Caso o estudante não atinja este resultado, será realizada avaliação por exame. CONTUDO, no ano de frequência da UC, o aluno faz exame apenas à parte da UC que não teve aproveitamento (menos de 9,5). Caso o aluno não aprove nesse exame de recurso, a nota referente à parte da UC à qual obteve aproveitamento “fica congelada” até ao ano seguinte. Finalmente, no ano seguinte o aluno embora se tenha que inscrever na totalidade da UC) apenas faz avaliação (continua ou exame) à parte não aprovada. A gestão destas situações cabe aos responsáveis da UC a quem a informação relativa aos resultados das avaliações/congelamentos de notas deve ser comunicada.		
<u>As aulas teórico-práticas são de presença obrigatória.</u>		
<b>AVALIAÇÃO CONTÍNUA PMC</b>		
<b>MOMENTO/DATA</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>PONDERAÇÃO</b>
<b>1º Porto: 16/4/2012</b>	Freqüência individual	50%
<b>2º Porto: 15/6/2012</b>	Freqüência individual parte médica	50%
<b>AVALIAÇÃO CONTÍNUA EMC</b>		
<b>MOMENTO/DATA</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>PONDERAÇÃO</b>
<b>1º Porto: 17/4/12</b>	Freqüência individual	40%



## **CONTEÚDOS**

### **0 – Âmbito da Enfermagem Médico-cirúrgica: planeamento e apresentação da Unidade Curricular.**

#### **1 - Enfermagem em contexto Péri-operatório**

- papel da enfermagem no período pré-operatório
- papel da enfermagem no período intra-operatório
- papel da enfermagem no período pós-operatório.

#### **2 – A pessoa com problemas Oncológicos**

- Carcinogéneas
- Prevenção em oncologia
- Aspectos psicossociais da doença oncológica
- Avaliação e diagnóstico em oncologia
- A pessoa submetida a tratamentos comuns em oncologia: Intervenções de enfermagem
- Cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica terminal.

#### **3 – A pessoa com dor: A enfermagem junto de pessoas com dor**

- Fisiologia da dor
- Classificação e tipos de dor
- Monitorização da dor
- Dor torácica, abdominal e cefaleias: Significado e importância clínica.

#### **4 – A pessoa com Nutrição Artificial**

- Alimentação entérica e parentérica artificial
- A pessoa com cateter venoso central (CVC) para nutrição parentérica total
- Riscos e complicações associados à nutrição artificial e ao CVC
- Parâmetros de monitorização/vigilância da pessoa com nutrição artificial.

#### **5 – A pessoa com problemas Respiratórios**

- Abordagem fisiopatológica
- Avaliação da pessoa com alterações respiratórias: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem
- Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas nos problemas do sistema respiratório: Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

#### **6 – A pessoa com problemas Cardiovasculares**

- Abordagem fisiopatológica
- Avaliação da pessoa com alterações cardiovasculares: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem
- Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas nos problemas cardiovasculares: Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

#### **7 – A pessoa com problemas Urinários e Renais**

- Abordagem fisiopatológica do sistema renal e urinário
- Avaliação da pessoa com alterações renais e urinárias: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem
- Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas nos problemas renais e urinários: Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

#### **8 - A pessoa com problemas Gastro-enterológicos e Hepatológicos**

- Abordagem fisiopatológica
- Avaliação da pessoa com alterações gastrointestinais, biliares, hepáticos e pancreáticos: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem
- Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas nos problemas gástricos, intestinais, biliares, hepáticos e pancreáticos: Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

#### **9 – A pessoa com problemas Hematológicos**

- Abordagem fisiopatológica
- Avaliação da pessoa com alterações hematológicas: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem



Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas nos problemas hematológicos: Intervenções de enfermagem.

**10 – A pessoa com problemas Endócrinos e Metabólicos**

Abordagem fisiopatológica

Avaliação da pessoa com alterações endócrinas e metabólicas: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem

Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas nos problemas endócrinos e metabólicos:

Intervenções de enfermagem.

**11 – A pessoa com problemas Neurológicos**

Abordagem fisiopatológica

Avaliação da pessoa com alterações neurológicas: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem

Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas nos problemas neurológicos: Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

**12 – A pessoa com problemas Músculo-esqueléticos**

Abordagem fisiopatológica

Avaliação da pessoa com alterações músculo-esqueléticas: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem

Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas nos problemas músculo-esqueléticos: Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

**13 – A pessoa com problemas do Sistema Reprodutor: Problemas do aparelho reprodutor feminino e masculino**

Abordagem fisiopatológica

Avaliação da pessoa com alterações do sistema reprodutor (feminino e masculino): Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem

Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas associadas a problemas do aparelho reprodutor feminino e masculino: Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

**14 – A pessoa com problemas Cutâneos/Dermatológicos**

Abordagem fisiopatológica

Avaliação da pessoa com alterações da pele: Dados objectivos e subjectivos, provas de diagnóstico e intervenções de enfermagem

Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas associadas a problemas de pele: Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

**15 – A pessoa com problemas do Olho e do Ouvido**

Abordagem fisiopatológica

Avaliação da pessoa com alterações oculares e do ouvido: Dados objectivos e subjectivos, exames de diagnóstico e intervenções de enfermagem

Fenómenos de enfermagem e atitudes terapêuticas associadas a problemas do olho e ouvido:

Intervenções de enfermagem nas situações médicas e cirúrgicas.

### **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

1. AHYA, P. et al (2000) – *Desafio da Enfermagem em Cuidados Paliativos – “Cuidar”: Ética e Práticas*. Loures: Lusociência.
2. CHRISTIANE, M. et al (2002) – *Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da Dor, Modalidades de Tratamento, Psicologia do Doente*. Loures: Lusociência.
3. CIPE – *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. (Versão B2, Versão 1.0 e Versão 2.0)
4. CLAYTON, B. & STOCK, Y. (2002) – *Fundamentos de Farmacologia*. 12ª Edição. Camarate: Lusociência.

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade Ciências da Saúde

Vanessa Sofia Vilarinho da Silva, a frequentar o 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pretende elaborar um Projecto de Graduação no âmbito da Unidade Curricular de Projecto de Graduação e Integração à Vida Profissional, cujo tema é: **“Perspectiva dos alunos do 1º e 4º do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa sobre dor”**.

Desde já solicito a colaboração no preenchimento do questionário que se segue, pois a sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento deste projecto. Pede-se também, que as respostas dadas sejam as correspondentes ao seu pensamento.

Este questionário é anónimo e confidencialidade. Não se identifique com nome ou número em nenhuma das folhas seguintes.

- O presente questionário é composto por perguntas fechadas.
- Preenchimento é individual.
- As respostas fechadas devem ser assinaladas com um (X), podendo às vezes ter mais do que uma opção.
- Questionário demora em média, cerca de 15 minutos a ser preenchido.

Desde já agradeço toda a disponibilidade e colaboração para o desenvolvimento deste projecto.

A aluna

---

( Vanessa Sofia Vilarinho da Silva)

## Questionário

### Parte I – Caracterização da amostra

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Género:  Masculino  Feminino

3. Ano a frequentar:  1º ano  4ºano

4. Já alguma vez percepcionou alguma dor?

a. Sim

b. Não

4.1. Se sim, indique qual: \_\_\_\_\_

### Parte II – Colheita de dados sobre a dor

5. Das afirmações no quadro abaixo, escolha, colocando um X, aquela que na sua opinião, melhor define dor (escolha apenas uma opção):

Dor é aquilo que a pessoa que experimenta diz sentir, mesmo que não sinta quando o diz	
Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com lesão tecidual real ou potencial	
A dor é uma experiência objectiva que pode ser apenas percebida por quem a sente	

Dor é algo que todos os indivíduos dizem já ter sentido, variando a intensidade de cada um	
--	--

**6. No seu ponto de vista acha importante para a Licenciatura em Enfermagem o estudo da fisiologia da dor?**

a. Sim

b. Não

**7. No quadro abaixo indique, com um X, os tipos de dor conhece (pode ter mais do que uma opção):**

Dor visceral	
Dor neuropática	
Dor somática	
Dor reflexa	
Dor superficial	
Nenhuma das opções	

**8. Na tabela abaixo, encontram-se algumas definições. Coloque um X, de acordo com o que considera ser dor aguda ou dor crónica:**

Dor aguda	Dor crónica	Definições
		Dor de início recente e de provável duração limitada.
		Principal causa de incapacidade física e psicológica.

		Dor transitória, que deverá ser aliviada ou eliminada, sempre que possível.
		Duração superior a seis meses, não estando associada à ocorrência que a provocou.
		Normalmente acompanhada de patologia e resolve-se com a cura desta.

**9. Que tipo de dor considera ser mais importante avaliar?**

a. Dor aguda

b. Dor crónica

c. Ambas são importantes de ser avaliadas

**9.1. Porquê?**

---



---

**10. Entre os seguintes tipos de dor, qual considera que interfere mais na vida de um doente?**

a. Dor aguda

b. Dor crónica

c. Dor psicológica

d. Dor física

e. Todas

f. Nenhuma

**10.1. Porquê?**

---

---

**11. Tem conhecimento sobre as várias escalas de avaliação de dor?**

a. Sim

b. Não

**11.1. Se Sim, no quadro seguinte selecione com um X, as escalas de avaliação da dor que conhece:**

<b>Tipo de Escalas</b>	
Escala Visual Analógica	
Escala de Norten	
Escala de Faces	
Escala Verbal	
Escala de Braden	
Escala de Glasgow	
Escala Numérica	
Escala Qualitativa	

**12. Hoje em dia, todas as pessoas falam no Controlo e Avaliação da dor. Diga a sua opinião relativamente às afirmações no quadro abaixo:**

	Concordo totalmente	Concordo	Concor do às vezes	Não concordo
<b>12.1.</b> A dor deve ser avaliada				

uma vez turno				
<b>12.2.</b> A dor deve ser avaliada quando o doente referir dor				
<b>12.3.</b> A dor psicológica não necessita de avaliação				
<b>12.4.</b> A dor deve ser avaliada uma vez dia				
<b>12.5.</b> A dor deve ser avaliada quando o enfermeiro ache necessário				
<b>12.6.</b> A dor deve ser avaliada quando a família pedir				
<b>12.7.</b> Qualquer tipo de dor que o doente possa ter é importante ser avaliada				
<b>12.8.</b> Avaliar a dor é como avaliar qualquer outro sinal vital				
<b>12.9.</b> A avaliação da dor pode ser feita através de qualquer escala existente				
<b>12.10.</b> A avaliação da dor deve ter em conta a idade do doente				
<b>12.11.</b> Independentemente da idade ou do estado do doente, a dor deve ser avaliada				
<b>12.12.</b> Durante o internamento a dor mais importante de avaliar é				

a dor física				
<b>12.13.</b> A dor deve ser avaliada após procedimentos invasivos				
<b>12.14.</b> Na avaliação da dor a expressão facial, não é um factor importante				
<b>12.15.</b> Avaliação dos outros sinais vitais é mais importante que a avaliação da dor				

**13. A dor, é considerada como o 5º Sinal Vital. Diga que importância tem para si a avaliação da dor. Escolha apenas uma opção, colocando um X**

Extremamente importante	
Bastante importante	
Importante	
Pouco importante	
Indiferente	
Igual a qualquer outra actividade de enfermagem	
Imprescindível para o bem-estar do doente	

**Obrigado pela Colaboração!**