

Maria do Céu Esteves de Jesus Martins

”Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem



Porto, Julho-2010

Maria do Céu Esteves de Jesus Martins

”Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem



Porto, Julho-2010

”Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do
4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP”

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de licenciada em Ciências da Enfermagem

Resumo

A dor é um facto, que existe apenas quando esta a ser sentida e cuja observação pode não ser real em termos objectivos.

Ninguém, para além do indivíduo que experiênciã a dor saberã se ela existe ou nãõ, mesmo que mais ninguém dê por isso ou nãõ se encontre um motivo explicativo para que tal aconteça.

Sendo a nossa dor algo que nãõ sentimos melhor do que ninguém, mesmo que alguém passe por uma experiênciã idêntica, muito provavelmente essa pessoa nãõ irã sentir a dor da mesma forma que nãõ a sentimos. É aqui que reside a grande questãõ, jã que o problema nãõ estã na existênciã da dor, mas na sua interpretaçãõ e mensuraçãõ.

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa e como instrumento de colheita de dados foi elaborado um questionário constituído por perguntas fechadas de forma a responder adequadamente à questãõ de investigaçãõ: “Dor e sua avaliaçãõ – Conhecimentos e prãticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem a UFP”.

O presente trabalho teve como objectivos: Conhecer a opiniãõ dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre alguns aspectos relacionados com a dor e sua avaliaçãõ; avaliar os conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a dor e sua avaliaçãõ e verificar quais as prãticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP relativamente à dor e sua avaliaçãõ enquanto alunos em estãgio.

Foi realizado com alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sendo que os resultados a salientar sãõ que, a maioria possui conhecimentos sobre a dor e sua avaliaçãõ, a maioria adoptou prãticas correctas ao longo dos estãgios e revelou opiniãões que sãõ favorãveis à conservaçãõ de boas prãticas de enfermagem.

Abstract

Pain is a fact that exists only when it is felt and whose observation cannot be real in terms of objectives.

Nobody, apart from the individual who experiences the pain will know whether it exists or not, nobody else gives so either is not an explanatory reason for this happening.

As our pain that we feel something better than anyone, even someone go through a similar experience, most likely this person will not feel pain the same way we feel. Therein lies the big question, since the problem is not the existence of pain, but in its interpretation and measurement.

This was a descriptive transversal study of quantitative approach as an instrument of data collection, was elaborated a questionnaire with closed questions in order to respond, adequately, to the research question: "Pain and its evaluation - Knowledge and practices adopted by students 4th year of Nursing degree in the UFP.

This work had as objectives: know the opinion of students in 4th year of Nursing Degree UFP about some aspects of pain and its assessment; assess students' knowledge of the 4th year of Nursing Degree UFP about pain and its assessment and verify which practices taken by students in the 4th year of Nursing Degree from the UFP and its relation to pain assessment as students in training.

Was conducted with students from the 4th year of Nursing Degree from the UFP and the results to note is, that most have knowledge about pain and its assessment, the majority has adopted good practice over the stage and revealed opinions that are favourable to conservation good nursing practices.

Dedicatórias

Aos meus pais e a todos os que acreditaram que eu era capaz.

Agradecimentos

Ao enfermeiro José Manuel Oliveira dos Santos pela orientação sempre eficaz.

À minha família, pela paciência ao longo destes meses.

A todos os colegas que responderam ao questionário.

Aos meus amigos pelo estímulo, amizade e força partilhada.

Índice

0	Introdução.....	12
I.	FASE CONCEPTUAL.....	14
1.	Introdução.....	14
2.	Definição de Dor.....	15
2.1.	Fisiologia da Dor.....	17
2.2.	Classificação da Dor.....	19
2.2.1.	Classificação da dor em Função da Localização.....	19
2.2.1.1.	Dor de Origem Periférica.....	20
2.2.1.2.	Dor de Origem Central.....	20
2.2.1.3.	Dor Psicogénica.....	21
2.2.2.	Classificação Fisiopatológica da Dor.....	21
2.2.3.	Classificação da Dor em Função da Duração.....	22
2.2.3.1.	Dor Aguda.....	22
2.2.3.2.	Dor Crónica.....	23
2.3.	Dor como 5º Sinal Vital.....	25
2.4.	Avaliação da Dor.....	27
2.4.1.	Escalas de Avaliação da Dor.....	30
2.4.2.	Importância da Avaliação e Registo da Dor.....	34
3.	Enfermagem e Avaliação da Dor.....	36
II.	FASE METODOLÓGICA.....	41
1.	Questões Éticas na Investigação.....	41
2.	Tipo de Estudo.....	42
3.	Meio onde se desenvolve o estudo.....	42
4.	População, Amostra e Processo de Amostragem.....	43
5.	Variáveis.....	44
5.1.	Variáveis em Estudo.....	44
5.2.	Variáveis de Atributo.....	44
6.	Operacionalização das Variáveis.....	44
7.	Instrumento de Colheita de Dados.....	45
8.	Avaliação do Instrumento/Pré-teste.....	46
9.	Previsão do Tratamento e Análise dos Dados.....	47
III.	FASE EMPÍRICA.....	48
1.	Resultados.....	48
1.1	Caracterização da Amostra.....	48
1.2	Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação.....	49
1.3	Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação.....	53
1.4	Práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem sobre a dor e sua avaliação enquanto alunos estagiários.....	55
2.	Discussão.....	61
2.1.	Caracterização da amostra.....	61
2.2.	Opinião dos alunos do 4ºano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a dor e sua avaliação.....	61
2.3.	Conhecimento dos alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem sobre a dor e sua avaliação.....	63
2.4.	Práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem sobre a dor e sua avaliação enquanto alunos de enfermagem.....	64

IV. CONCLUSÃO	68
V. BIBLIOGRAFIA	70
Anexos	73
Anexos I - Questionário.....	74

Anexos

Anexos I - Questionário

Índice de Tabelas

Tabela n.º1: Distribuição dos inquiridos segundo o género	48
Tabela n.º2: Distribuição dos inquiridos segundo a idade.....	49
Tabela n.º3: Estatística da distribuição dos inquiridos segundo a idade.....	49
Tabela n.º4: Razão pela qual consideram importante o reconhecimento da dor como 5º Sinal Vital.....	51
Tabela n.º5: Distribuição dos inquiridos segundo o motivo pelo qual acham importante a avaliação e registo sistemático da dor.....	52
Tabela n.º6: Distribuição dos inquiridos segundo a definição de dor.....	53
Tabela n.º7: Distribuição dos inquiridos segundo a definição de dor aguda.....	53
Tabela n.º8: Distribuição dos inquiridos segundo a definição de dor crónica.....	54
Tabela n.º9: Distribuição dos inquiridos segundo o conhecimento da fisiologia da dor.....	54
Tabela n.º10: Distribuição dos inquiridos segundo o aspecto que mais valorizam na avaliação da dor, para além da referida pelo doente	58

Índice de Figuras

Figura n.º1: Escala Visual Analógica (DGS, 2003, p.2).....	32
Figura n.º2: Escala Numérica (DGS, 2003, p.2).....	32
Figura n.º3: Escala Qualitativa (DGS, 2003, p.2).....	33
Figura n.º4: Escala de Faces (DGS, 2003, p.3).....	33
Figura n.º5: Definição de dor.....	49
Figura n.º6: Importância do conhecimento da fisiologia da dor para a Enfermagem....	50
Figura n.º7: Importância da dor como 5º Sinal Vital.....	50
Figura n.º8: Importância da avaliação e registo sistemático da dor	51
Figura n.º9: Conhecimento das diferentes escalas de avaliação da dor.....	52
Figura n.º10: Avaliação de conhecimentos sobre a dor e sua avaliação.....	54
Figura n.º11: Durante os ensinamentos clínicos avaliava e registava a dor.....	55
Figura n.º12: Frequência com que avaliavam e registavam a dor.....	56
Figura n.º13: Frequência de utilização dos instrumentos de avaliação da dor.....	56
Figura n.º14: Local (ais) onde registavam e avaliavam a dor.....	57
Figura n.º15: Quem deve fazer o ensino relativamente às escalas de avaliação da dor..	57
Figura n.º16: Importância de avaliação da dor aguda relativamente à dor crónica	58
Figura n.º17: Importância da avaliação e registo da dor relativamente aos restantes Sinais Vitais.....	59
Figura n.º18: Importância da avaliação e registo sistemático da dor no seu eficaz controlo.....	59
Figura n.º19: Após administração de terapêutica analgésica reavaliava a dor.....	60

Figura n.º20: Avaliação das práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação, enquanto alunos estagiários60

Abreviaturas

ANZCA Australian and New Zealand Anaesthetists

DGS Direcção Geral de Saúde

IASP Associação Internacional para o Estudo da Dor

NPC..... National Pharmaceutical Council

REPE.....Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SV Sinais Vitais

VHA Veterans Health Administration

0 Introdução

No âmbito da Licenciatura em Ciências de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, foi proposta a realização de uma monografia subordinada a um tema à escolha, de acordo com os objectivos da licenciatura. O tema escolhido foi a Dor e sua avaliação.

A escolha da dor e sua avaliação deve-se ao facto desta ter sido considerada o 5º sinal vital e, principalmente, por ser uma experiência desagradável, embora necessária uma vez que, em diversas situações, funciona como um sinal de alarme de que algo não está a funcionar bem no nosso organismo. Sendo a dor uma experiência desagradável, fazendo com que quem a experimenta procure cuidados de saúde em geral e, cuidados de enfermagem em particular de maneira a promoverem o seu alívio, aumentou a minha motivação para, como futura enfermeira, obtenha capacidades técnicas e humanas capazes de cuidar do doente com dor, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida através de cuidados de enfermagem de excelência. Por tudo isto, e acrescentando aumento da esperança média de vida com o aumento de situações de doença crónica acompanhada de dor, considero bastante pertinente o tema escolhido bem como a questão de investigação, pois acho fundamental perceber se os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, meus colegas e tal como eu, futuros enfermeiros, possuem os conhecimentos adequados sobre a dor e sua avaliação, bem como verificar se, durante os diferentes ensinamentos clínicos, as práticas adoptadas pelos mesmos correspondem às orientações preconizadas no Plano Nacional de Luta Contra a dor.

Os objectivos delineados para este estudo são os seguintes:

- a) Conhecer a opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre alguns aspectos relacionados com a dor e sua avaliação;
- b) Avaliar os conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a dor e sua avaliação e;
- c) Verificar quais as práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP relativamente à dor e sua avaliação enquanto alunos em estágio.

Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa e desenvolvido em meio natural. Como instrumento de colheita de dados foi elaborado um questionário constituído por 22 perguntas fechadas e uma pergunta aberta de forma a

”Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP”

responder adequadamente à questão de investigação: “Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da licenciatura em Enfermagem a UFP”.

De salientar, de entre os resultados obtidos, o facto de que a maioria dos alunos apresentou conhecimentos sobre a dor e sua avaliação sendo que, também a grande maioria, enquanto alunos estagiários, adoptaram práticas e revelam opiniões de acordo com o preconizado tanto no Plano Nacional de Luta Contra a Dor bem como na Circular Normativa n.º 09 de 16 de Junho de 2003.

Neste trabalho será feita uma abordagem dos temas essenciais para o enquadramento teórico do estudo em causa, seguindo-se uma descrição da metodologia da investigação a que se segue a apresentação dos dados obtidos e discussão dos mesmos, terminando com as conclusões do estudo e sugestões para investigações futuras.

I. FASE CONCEPTUAL

De acordo com Fortin (1999), na fase conceptual pretende-se escolher e formular um problema de investigação, rever a literatura pertinente, elaborar um quadro de referência e enunciar o objectivo e as questões de investigação ou as hipóteses.

Segundo Fortin (1999, p. 39), “ (...) a fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação ”

1. Introdução

Nas últimas décadas, ao nível da ciência médica, têm-se efectuado progressos que indubitavelmente potenciaram intervenções cada vez mais sofisticadas e conseqüentemente bem sucedidas, permitindo assim um aumento da esperança de vida que conduz a um envelhecimento da população, bem como ao aparecimento da dor associada a doenças crónicas de evolução progressiva.

A dor é um tema actual, o seu estudo, nomeadamente as suas causas, foram desenvolvidas durante a última metade do século passado. A dor é uma experiência multidimensional que contém aspectos fisiológicos, emocionais, cognitivos, e sociais envolvendo na sua avaliação dois intervenientes, o doente que sente dor e o profissional de saúde que avalia e alivia a dor sentida. A clínica da dor pressupõe, por isso, uma abordagem multidisciplinar estando dependente da colaboração e partilha de responsabilidade entre os vários profissionais de saúde envolvidos, tanto na avaliação como no seu alívio.

Actualmente a dor crónica tem vindo a ser mais divulgada pela comunicação social devido ao reconhecimento da sua especificidade. Dor como doença e não apenas sintoma, dor de difícil determinação e muitas vezes resistente aos métodos analgésicos mais conhecidos. A dor crónica é descrita hoje como um problema multidimensional envolvendo o seu tratamento uma multidisciplinaridade de meios. No entanto, a dor aguda, com causa bem determinada, ainda continua a ser um problema real mal controlado.

No Plano Nacional de Saúde 2004/2010, relativamente à situação actual da dor, é afirmado existir deficiente informação sobre a dor e deficiente organização dos cuidados, sendo dadas como orientações estratégicas a melhoria da informação disponível sobre a dor e a promoção da organização dos cuidados prestados (DGS, 2001).

Em 2001 foi aprovado, por Despacho Ministerial, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor que estabelece metas e fornece orientações, para o controlo da dor (as metas estabelecidas deveriam ser atingidas até ao ano de 2007). O 5º Sinal Vital foi implementado por circular normativa da Direcção-Geral da Saúde em 2003, tendo sido, Portugal um dos pioneiros na criação de normas para a sua implementação.

A avaliação e registo sistemático da Dor, encarando esta como o 5º Sinal Vital, são um passo importante para um melhor controlo da mesma. Tal como é referido no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (DGS, 2001, p.92):

“A adopção da dor como 5º sinal, com previsão em normativo legal, levará à definição de metas de implementação e resultados de eficiência, referentes ao estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas e à qualidade dos serviços de saúde prestados.”

Seguidamente será feita uma abordagem dos temas essenciais para o enquadramento teórico do estudo em causa.

2. Definição de Dor

A dor é uma experiência subjectiva que pode ser apenas percebida directamente por quem a sofre. É um fenómeno multidimensional que pode ser descrito pela localização, intensidade, aspectos temporais, qualidade, impacto e significado. A dor não ocorre isoladamente, mas num ser humano específico inserido num contexto psicossocial, económico e cultural que influenciam o sentido, experiência, e expressões verbais e não verbais da dor.

Tal como vem referido no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.5), “A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a sua existência quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam.” Diz ainda que:

“São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da sensibilidade dolorosa no decurso do tempo. É, pois, uma realidade um tanto abstracta, de contornos amiúde indefiníveis, em constantes transformações dinâmicas.”

O carácter multidimensional da dor, introduz dificuldade de avaliação, também cria possibilidades de variadas intervenções e implica a colaboração e responsabilidade partilhada entre os vários profissionais de saúde na abordagem do doente com dor.

Em 1968, McCaffery (*cit. in Phipps et al., 2003, p.363*) definiu dor como “aquilo que a pessoa que experimenta diz ser, existindo sempre que a pessoa diz sentir”. No mesmo ano, Sternbach (*cit. in Serrano e tal., 2000, p.16*), definiu Dor como:

“Um conceito abstracto que se refere a uma sensação pessoal e privada de Dor, um estímulo nocivo que anuncia uma lesão tecidual, actual ou eminente, e um padrão de resposta para proteger o organismo contra o dano.”

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (*cit. in phipps et al., 2003, p.363*) define Dor como “uma desagradável experiência sensorial e emocional associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.” É acrescentado ainda, que a incapacidade de comunicar verbalmente por parte do indivíduo, não nega a possibilidade que este esteja a experienciar dor e necessite do seu alívio.

Ainda em 1968, Sternbach define, (*cit. in Almeida, 2005, p.12*):

“A dor é uma abstracção que se refere a 1) uma sensação íntima e pessoal de uma situação potencialmente lesiva; 2) um estímulo nóxico que sinaliza lesão tecidual real ou eminente; 3) uma reacção destinada a preservar o organismo do estímulo potencialmente agressivo.”

Embora existam várias definições de dor, estas são sempre consideradas incompletas por outros autores, por não abarcarem todas as dimensões desta experiência multidimensional. Tal como referem Melzack & Wall (1982) (*cit. in Almeida, 2005, p.15*): “É extraordinário verificar que, embora de enorme importância na medicina e biologia, a palavra DOR nunca foi definida de modo completamente satisfatório.”

Todos nós já experimentámos a dor de forma mais ou menos intensa durante o percurso da nossa vida. Apesar de ser uma experiência não muito agradável da qual nós ficaríamos contentes por não a vivenciarmos, ela é essencial à nossa sobrevivência. A dor pode ser vista como um aviso que nos faz afastar de uma situação de perigo ainda maior ou, procurar ajuda para resolver a condição que nos provoca a dor.

Após esta descrição das várias definições de dor, o que podemos constatar é que a dor é um fenómeno complexo com variantes multidimensionais, sendo biopsicológicas/bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais. É vista também como um sintoma que acompanha transversalmente a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.

2.1. Fisiologia da Dor

Sendo a dor um fenómeno complexo, há que compreender as três componentes da dor para melhor entender todo o processo doloroso, ou seja, reconhecer os factores que causam a dor, os sintomas que acompanham a mesma bem com as intervenções terapêuticas mais adequadas. As três componentes da dor são, a recepção, a percepção e a reacção (Potter, 2003). Segundo Phipps (2003) o processo doloroso compreende quatro fases tais como, a transdução, a transmissão, a modulação e a percepção. Sendo que a transdução e a transmissão implicam processar a mensagem de dor desde os nociceptores até à espinal medula, já a modulação que ocorre na espinal medula, vai permitir determinar se os estímulos serão, ou não, consciencializados como dor.

A transdução consiste na conversão de um estímulo doloroso, seja mecânico, químico, eléctrico ou térmico, num impulso que é transportado desde a periferia até ao SNC. O estímulo doloroso é percebido pelos receptores da dor, denominados nociceptores que se encontram espalhados em grande quantidade pela pele e mucosas e, em menor quantidade por estruturas mais fundas como sendo as vísceras, as articulações, as paredes arteriais e os canais biliares. Os nociceptores são activados pela libertação, do tecido lesado, de produtos químicos tais como, as histaminas, a bradiquinina, as prostaglandinas e os ácidos, no entanto, o edema dos tecidos também pode provocar dor, uma vez que exerce pressão em nociceptores de tecidos vizinhos, podendo ser considerada como uma estimulação mecânica (Phipps, 2003).

Para melhor compreender a transmissão, há que ter a noção que os estímulos da dor são transmitidos até à espinal-medula por dois tipos de fibras nervosas aferentes. As fibras A-delta, são fibras de condução mais rápida, finamente mielinizadas, e as fibras C, sendo estas fibras não-mielinizadas e de condução mais lenta. As fibras A-delta medeiam as sensações agudas, bem localizadas e distintas já as fibras C enviam impulsos mais lentos, difusos, viscerais e persistentes. Como exemplo, quando pisamos um prego, sente-se inicialmente uma dor aguda e localizada em resposta da transmissão das fibras A-delta, dentro de alguns segundos todo o pé doerá em resultado da estimulação das fibras C. Sendo assim, as fibras A-delta e as C transmitem impulsos da periferia para os cornos dorsais de espinal medula, onde um neurotransmissor excitatório, denominado de substância P, é libertado, o que por sua vez, provoca a transmissão sináptica do nervo aferente (sensorial) periférico para os nervos do feixe espino-talâmico. De seguida, os estímulos nervosos são conduzidos pelas fibras

nervosas dos nervos do feixe espino-talâmico, que cruzam para o lado oposto da espinal-medula e seguem por esta através das vias ascendentes. Após o impulso da dor ascender à espinal-medula, a informação é conduzida rapidamente para os centros cerebrais posteriores (Phipps, 2003).

Como já foi anteriormente referido, a modulação, na espinal-medula vai determinar se a dor é ou não consciencializada. Existem dois pentapeptídeos, denominados encefalinas, semelhantes a morfina endógena que são a met-enkefalina e a leu-enkefalina, também já foram identificadas outras endorfinas como a beta-endorfina pelo que se acredita que estas endorfinas suprimem a dor por dois mecanismos que passo a explicar. Primeiro por acção pré-sináptica para inibir a libertação da substância P do neurotransmissor e, segundo por acção pós-sináptica, para iniciar a condução de impulsos dolorosos. Estas endorfinas podem-se encontrar em elevada concentração nos gânglios basais do cérebro, no tálamo, no mesencéfalo e no corno dorsal da espinal-medula. Desde o tálamo através do mesencéfalo e da medula até aos cornos dorsais da espinal-medula as vias descendentes conduzem estímulos inibitórios nociceptivos. A serotonina, a noradrenalina e as endorfinas que são libertadas pelas vias descendentes inibem a libertação de neurotransmissores que por sua vez impedem a transmissão dos estímulos nociceptivos até aos neurónios de segunda classe e desta forma inibem a consciencialização da dor (Phipps, 2003).

A percepção consiste no momento em que a pessoa tem consciência da sua dor. A dor está intimamente associada a emoções como a ansiedade e o medo. O limiar da sensação de dor ou para outros autores, a tolerância à dor, isto é, o nível ao qual a dor é sentida e a pessoa compelida a agir para se afastar do mecanismo que provoca tal dor, varia muito de pessoa para pessoa, é muito subjectiva e envolve a componente cognitivo-afectiva da dor. A causa e as circunstâncias da dor também podem afectar a forma como ela é sentida, por exemplo, no caso de doentes cancerosos, devido ao medo da doença, uma dor ligeira resultante de uma indisposição pode ser sentida com maior intensidade e causar mais angústia do que uma dor semelhante numa pessoa saudável. A dor sem causa aparente ou conhecida é vivida com muita ansiedade, uma vez feito o diagnóstico e inculcida segurança no doente, a dor passa a ser percebida com menor intensidade, o que justifica a importância de uma boa relação entre o profissional de saúde e o doente, principalmente em casos de dor crónica. A percepção da dor pode ser reduzida pela excitação (uma lesão durante uma competição desportiva pode ser permanecer despercebida no calor do momento) ou bloqueada por uma emoção forte.

Algumas pessoas acreditam que a preparação mental (por exemplo, no parto ou em experiências para testar ou controlar a dor) pode resultar numa notável redução da resposta à dor (Phipps, 2003).

A reacção à dor pode ser modificada pelas experiências passadas; o resultado de anteriores episódios de dor pode afectar a maneira como o indivíduo vai reagir à dor em ocasiões futuras. Determinados factores como a insónia, a ansiedade e a depressão, que frequentemente acompanham as doenças incapacitantes, reduzem a tolerância à dor. Por vezes, o tratamento destes sintomas é feito em conjunto com o tratamento da dor sendo a sua abordagem fundamental nas terapias de dor crónica. Em função das suas convicções culturais, algumas pessoas foram ensinadas a suportarem dor violenta sem qualquer exteriorização, enquanto a outras, lhes foi incutido a serem muito expressivas quando experimentam dor mesmo que mínima. Devo acrescentar que em algumas partes do Mundo, a tortura auto-infligida e a capacidade para suportar a dor são a marca de força e de carácter da pessoa (Phipps, 2003).

Assim, verificou-se que são inúmeros os factores que influenciam a reacção à dor tais como, o significado de dor para o indivíduo em questão, o grau de percepção da dor, experiências passadas, valores culturais, expectativas sociais, saúde física e mental, atitudes parentais face à dor, local onde ocorre a dor, medo, ansiedade, forma usual de reagir a factores de stress, idade, preparação para o contexto da dor e reacções dos profissionais de saúde, daí a importância de ver cada doente como único e de forma holística (Phipps, 2003).

2.2. Classificação da Dor

A dor pode ser classificada em função da sua localização, da sua fisiopatologia e da sua duração. Nos tópicos seguintes serão abordadas as diferentes classificações de dor bem como as respectivas especificidades.

2.2.1. Classificação da dor em Função da Localização

Esta classificação compreende critérios de localização com alusão aos tecidos e órgãos envolvidos podendo assim distinguir-se três tipos de dor; dor de origem periférica, central e psicogénica.

2.2.1.1. Dor de Origem Periférica

A dor de origem periférica é aquela cujo estímulo doloroso afecta as fibras nervosas periféricas que ao transmitirem o impulso correspondente provoca dor. Esta pode ser dividida em dor superficial e dor profunda. Denomina-se dor superficial quando o estímulo doloroso tem origem na pele e no tecido subcutâneo já a dor profunda pode ser caracterizada em somática e visceral sendo que, neste caso, o estímulo doloroso tem como ponto de partida os músculos e ossos, e os órgãos, respectivamente.

A dor do tipo superficial é considerada aguda, tipo picada ou queimadura, de fácil localização podendo ser provocada por corte, abrasão, calor ou frio excessivo e produtos químicos.

No que concerne à dor profunda, como se referiu anteriormente, esta subdivide-se em somática e visceral que, apesar de profundas, diferem nas suas características, principalmente na qualidade da dor, na localização, nas causas e nos sintomas concomitantes. Assim, a dor somática pode ser aguda ou imprecisa, do tipo pontada, de localização difícil, não apresenta dor reflexa podendo ser provocada por corte, pressão, calor, isquemia e luxação óssea, sendo que provoca reacções autónomas e contracção musculares reflexas. Já a dor visceral tem origem nos órgãos internos, pode ser uma dor aguda ou imprecisa do tipo pontada ou câibra, de difícil localização, com dor reflexa podendo ser provocada por distensão, isquemia, espasmos e químicos irritantes provocando reacções autónomas e contracções musculares reflexas (Phipps, 2003).

2.2.1.2. Dor de Origem Central

A dor de origem central é considerada uma dor espontânea que resulta em consequência de lesões neurológicas da espinal medula, do bolbo raquidiano, do tálamo ou do córtex cerebral (Thomas, 2003). Sendo que as causas mais frequentes são os traumatismos vertebro-medulares, particularmente da medula quando acima da primeira vértebra. Esta dor localiza-se em zonas periféricas que se encontram hipo-sensíveis ou como que “anestesiadas” devido à lesão neurológica. Uma característica muito específica deste tipo de dor e que a distingue da dor neuropática, provocada por lesões dos nervos periféricos, é o tempo de início dos sintomas álgicos que geralmente acontecem semanas ou até meses depois da causa de lesão neurológica (Cailliet, 1999).

2.2.1.3. Dor Psicogénica

Dor de origem psicogénica é o termo utilizado para descrever uma dor para a qual não se tenha encontrado uma causa patológica ou então, para situações de dor cuja causa pareça mais psicológica do que física. No entanto, convém salientar que as provas de diagnóstico não são medidas definitivas podendo não ser suficientemente sofisticadas para detectar todas as alterações fisiopatológicas e que, ao mesmo tempo, é difícil distinguir as componentes de ordem física das emocionais sendo fundamental ter sempre presente que toda a dor é real (Phipps, 2003).

2.2.2. Classificação Fisiopatológica da Dor

De acordo com o Portal da Saúde (*cit. in* Dor - Saiba o que é a dor e como combatê-la, 2005), a dor pode ainda ser classificada em dor nociceptiva e dor não-nociceptiva consoante a sua fisiopatologia.

A Dor nociceptiva é considerada toda a dor causada por uma lesão tecidual contínua mantendo o SNC íntegro, já a Dor não-nociceptiva é toda a dor sem lesão tecidual activa sendo causada por um compromisso neurológico distinguindo assim, a dor neuropática ou de origem psicossocial caracterizando a dor psicogénica que já foi explicada no ponto anterior.

A Dor neuropática foi definida pela IASP (*cit. in* ANZCA, 2005, p.6) como “(...)dor iniciada ou causada por lesão primária ou disfunção do sistema nervoso.” Embora frequentemente associada a dor crónica, sendo muitas vezes causa de sintomas crónicos, a dor neuropática pode ser também uma componente da dor aguda. As causas agudas de dor neuropática podem ser de várias origens nomeadamente: iatrogénicas, traumáticas, inflamatórias ou infecciosas.

Segundo Pimparel e Marques (1998), a dor neuropática, apresenta-se como uma dor de intensidade gradual, sendo constante ou intermitente. Os doentes descrevem-na habitualmente de duas maneiras: dor tipo “queimadura” ou dor “lacinante”, tipo choque eléctrico. Acompanha-se de hiperalgesia, hiperestesia e hiperpatia o que condiciona um comportamento bizarro. O doente evita o tacto, a vibração, o som ou a luz, como exemplos cita-se a dor pós-radioterapia ou quimioterapia. A dor neuropática é reflexo de lesão ou mal funcionamento do sistema nervoso podendo ter como origem: trauma, inflamação, doença metabólica, infecções, tumores, toxinas ou doença neurológica.

2.2.3. Classificação da Dor em Função da Duração

A Dor pode ser classificada em aguda e crónica dependendo da sua duração.

2.2.3.1. Dor Aguda

A definição de Dor aguda segundo a IASP (cit. in ANZCA, p.1) “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal.”

A dor aguda é uma dor importante, servindo uma função biológica importante, sendo fundamental para a sobrevivência. É a dor essencial no processo de aprendizagem que permite evitar, com o tempo, o contacto com objectos ou situações potencialmente agressivas ou dolorosas.

A dor aguda foi definida em tempos simplesmente em termos de duração, no entanto hoje em dia é vista como uma experiência desconfortável complexa com factores de ordem emocional, cognitivos e sensitivos em resposta a uma lesão tecidual (ANZCA, 2005). Contrariamente ao que se passa com a dor crónica, é normalmente acompanhada de patologia e resolve-se com a cura da patologia que a originou.

A dor aguda é na maioria das vezes nociceptiva – dor causada pela activação dos nociceptores (fibras A-delta e C) através de um estímulo doloroso. No entanto pode ser também de origem neuropática – dor causada por um estímulo aberrante processado no sistema nervoso periférico ou central.

Sendo a dor aguda limitada no tempo e tendo funções benéficas para o organismo, ela não deverá ultrapassar certos limites devendo ser controlada de modo à sua intensidade não atingir níveis elevados durante um tempo mais ou menos prolongado. A resposta hormonal de stress, despoletada por lesão aguda, também pode ter efeitos adversos tanto fisiológicos como emocionais (NPC, 2001). A dor aguda não controlada pode provocar complicações nomeadamente a progressão para dor crónica. O controlo eficaz da dor aguda é necessário, pois embora normalmente transitória, ela deverá ser aliviada ou mesmo eliminada sempre que possível, quer por razões éticas, quer porque pode ter consequências tanto fisiológicas como psicológicas.

Os doentes com maior risco de complicações de dor aguda mal controlada são os muito jovens ou idosos, os que possuem outras doenças concomitantes e os submetidos a grande cirurgia. Uma analgesia eficaz é capaz de prevenir ou pelo menos diminuir muitas das respostas fisiopatológicas descritas (ANZCA, 2005).

Á dor aguda mal controlada também estão associadas consequências psicológicas relevantes embora, estas sejam menos abordadas do que as que ocorrem na dor crónica. Os estímulos nociceptivos persistentes, característicos da dor aguda mal controlada, como os que ocorrem após cirurgia, trauma ou queimadura podem ter uma grande influência psicológica, que pode por sua vez, alterar a percepção de dor. As alterações psicológicas que mais frequentemente ocorrem são o aumento da ansiedade, incapacidade de dormir, desmotivação, sentimento de abandono, perda de controlo, incapacidade de pensar e interagir que pode, em situações extremas, levar a perda da faculdade de comunicar e conseqüentemente perda da autonomia (ANZCA, 2005).

A dor aguda nociceptiva integra-se no modelo biomédico clássico; pois é considerada como um sintoma de uma causa a identificar, cuja cura será acompanhada pelo desaparecimento da dor quando se der a recuperação (Metzger, 2002).

2.2.3.2. Dor Crónica

A Dor crónica apresenta uma duração superior a seis meses não estando associada à ocorrência que a provocou. Torna-se, por direito próprio, uma doença e a sua intensidade deixa de estar correlacionada com um estímulo causal. Perde a sua função de advertência e protecção representando um desafio terapêutico. É definida no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.42) como:

“Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos.”

A dor crónica pode ser resultante de um estímulo nociceptivo persistente, de uma lesão do sistema nervoso, ou de uma patologia do foro psicológico. A dor crónica deixa de ser um sinal de alarme para passar a ser uma doença, que faz do indivíduo que a sofre, um verdadeiro excluído do Mundo dos que se sentem bem. Os doentes crónicos podem ter períodos remissão e de exacerbação da dor, o que muitas vezes provoca ansiedade podendo mesmo levar à depressão. Sendo que a dor crónica é a principal causa de incapacidade física e psicológica,

dando origem à perda de emprego, incapacidade para desempenhar as actividades de vida diárias, á disfunção sexual e ao isolamento social, é necessária uma abordagem multidisciplinar que mobilize competências de especialistas da área somática, especialistas da dor, psicólogos e psiquiatras com o intuito de uma abordagem terapêutica cujo objectivo não será a cura mas antes a reabilitação e a melhoria (Potter, 2003).

A dor crónica apresenta as seguintes características, é uma dor cujo início pode ser súbito ou insidioso, muito prolongada no tempo, a sua localização é de difícil distinção e a sua intensidade é também difícil de ser avaliada (alteração da sensação) podendo ser constante ou não, geralmente não apresenta alteração dos sinais vitais, sendo que os sintomas são, normalmente, fadiga, insónia, anorexia, perda de peso, isolamento social, depressão, impotência e ira (Phipps, 2003).

A dor crónica insere-se no modelo biopsicossocial: para além do acontecimento com que se inicia, visto que ninguém nasce com dor, mas todos podem vir a sofrer-la, existem factores que podem contribuir para que ela se mantenha e se prolongue, factores esses classificados em, antecedentes e consequentes. Entre os antecedentes encontram-se os elementos orgânicos (hipersensibilidade regional ou resposta simpática segmentar exagerada, ambas fontes de dor auto-mantidas) ou certos comportamentos resultantes de convicções próprias ou de indicações médicas (a imobilidade por medo da dor, quando, se for prolongada, pode ser ela mesma a causa de dor). Entre os factores consequentes podem ser apontados todos os benefícios afectivos, sociais, profissionais ou outros, aos quais uma situação de dor pode levar, sendo neste caso, uma mais-valia (Metzger, 2002).

Se no contexto da prevenção fosse exigível respeitar apenas alguns princípios, seriam os seguintes:

- ♦ Qualquer dor aguda pode transformar-se em dor crónica, se for mal tratada;
- ♦ Qualquer dor aguda que se mantenha além do tempo previsto, exige a opinião de um especialista;
- ♦ Qualquer cirurgia programada para tratar uma dor de causa mal esclarecida deveria ser precedida de uma avaliação psicológica (Metzger, 2002).

2.3. Dor como 5º Sinal Vital

A primeira norma para a prática clínica no controle da dor surgiu em 1992, introduzida pela Agency for Health Care Policy and Research (cit. in NPC, 2001).

Em 1995 a American Pain Society (cit. in NPC, 2001), deu o primeiro passo na melhoria do tratamento da dor, determinando normas para a avaliação, registo e tratamento da dor, baseadas no relato de dor do doente. Em 1996, a mesma associação, pela voz de Campbell, (cit. in Mularski, 2006, p.607) afirmou: “(...) os sinais vitais são levados a sério, (...) se a dor for abordada com o mesmo zelo que os sinais vitais, teria muito maior probabilidade de ser encarada e ser tratada correctamente”. Tendo introduzido nesse ano o conceito de “Dor como 5º sinal vital”. Esta iniciativa dá ênfase à importância da abordagem da dor, equiparando-a com os outros quatro sinais vitais (temperatura, respiração, tensão arterial e pulsação), devendo os profissionais de saúde tomar iniciativa de prestar cuidados adequados sempre que o doente referir dor.

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 avaliação e registo da dor como 5º Sinal vital foram iniciados, em 1999 pela Veterans Health Administration (VHA) utilizando para a avaliação a escala numérica (0 a 10). Para a implementação desta iniciativa houve a obrigatoriedade de promover acções de ensino para profissionais em sala de aula e o provimento de materiais suplementares, que serviram de suporte para a mudança. Com esta iniciativa esperava-se que uma avaliação e consequente registo de dor superior a quatro tivessem como consequência, uma pronta intervenção que promovesse o eficaz controlo da dor (Mularski, 2006).

Em Portugal fomos os pioneiros na instituição de um dia nacional contra a dor, na formulação de um Plano Nacional de Luta Contra a Dor e na adopção de uma norma que estabelece a dor como 5º sinal vital.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor foi aprovado por despacho ministerial em Março de 2001. Na Europa só Portugal e França têm programas especificamente dedicados à dor.

A Circular Normativa n.º 09 sobre “A dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da dor” foi publicada em Junho de 2003. Segundo essa norma é boa prática: o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização de uma das escalas validadas internacionalmente (escala visual analógica, escala numérica, escala qualitativa ou a escala das faces) para a sua avaliação e o registo na folha de sinais e sintomas vitais em espaço próprio. Ainda segundo a mesma norma e como fundamentação da mesma é afirmado que a dor e os efeitos da sua terapêutica devam ser valorizados e diagnosticados, avaliados e registados sistematicamente, pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas de qualquer idade, sofrendo de qualquer tipo de dor (DGS, 2003).

No Plano Nacional de Saúde 2004/2010, que descreve a situação actual sobre a dor no nosso país, é citada como orientação estratégica e intervenção necessária – a promoção da organização dos cuidados prestados. A adopção da dor como 5º sinal vital, com previsão em normativo legal, faz parte desta estratégia. É referido que levará à definição de metas de implementação e resultados de eficiência, referentes ao estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas e à qualidade dos serviços prestados (DGS, 2001).

Apesar de todas as referências de que a adopção da dor como 5º sinal vital permite uma maior visualização da dor e conseqüentemente um tratamento mais eficaz, existe um estudo que afirma que encarar a dor nestes moldes não melhora a qualidade da abordagem da dor (Mularski, 2006).

O referido estudo, chega à conclusão de que a avaliação e registo sistemático da dor, encarando esta como 5º sinal vital, embora necessário para a qualidade dos cuidados, pode não ser, por si só, suficiente para melhorar a qualidade da abordagem e tratamento da dor, segundo Mularski (2006). A avaliação e registo sistematizado da dor, só terá sucesso na melhoria do seu controlo, se levar à adopção de medidas que respondam às situações de descontinuidade analgésica. Os registos deverão ser observados e a terapêutica ajustada, de acordo com os dados fornecidos por estes. Levando novamente a uma reavaliação e a um reajuste terapêutico, sempre que necessário.

A implementação do 5º sinal vital implica uma mudança de comportamento, o que pressupõe a existência de acções de formação dirigidas aos profissionais de saúde e mudanças sistemáticas a nível organizacional, como afirma Mularski (2006).

Conclui-se que é importante a avaliação e registo sistemático da dor, não podendo descurar, no entanto outros factores que podem interferir no controlo eficaz da mesma, como a sua reavaliação e a necessidade ou não de reajuste terapêutico.

2.4. Avaliação da Dor

A dor é muito subjectiva, o modo como é percebida pelo doente e como é exteriorizada por este está dependente de numerosos factores. A dor é sempre aquela que o doente diz sentir e a sua avaliação está sempre envolta numa certa subjectividade. Os profissionais de saúde não conseguem sentir a dor do doente, por isso a sua avaliação depende da interpretação feita, com base no que o doente diz sentir e nos dados objectivos. A avaliação da dor, utilizando escalas, tenta reduzir esta subjectividade, permitindo evitar alguns desvios de interpretação.

A dor não é comparável entre doentes mesmo portadores da mesma patologia e com características semelhantes. A dor é uma experiência individual que depende de factores não só fisiológicos mas também, psicológicos, culturais e ambientais.

O modo como os doentes expressam a sua dor é diverso, tendo os factores culturais e psicológicos, um papel preponderante. Como por exemplo, muitos doentes no pós-operatório não manifestam queixas álgicas de modo espontâneo, apenas referem sentir dor quando são interrogados. É bastante frequente ouvir “sinto dor mas é normal fui operado”. A dor é sentida como algo inevitável e pela qual terá de passar após o acto cirúrgico. Outra razão que apontam para não se queixarem da sua dor é: “não queria incomodar”.

Outros doentes, no entanto, são bastante expressivos e apelativos chamando a atenção para a dor e solicitando de forma evidente o seu alívio. O modo de manifestar a dor não está muitas vezes relacionado com a intensidade da mesma. Como afirma Helman (1994), os factores sociais, culturais e psicológicos determinam se a dor privada será traduzida em comportamento de dor, não significando a ausência de comportamento de dor a ausência da “dor privada.” Dando ainda, como exemplo, o facto de a dor considerada “normal” ter menos probabilidade de ser levada ao conhecimento de outras pessoas.

A manifestação de dor pode ser comunicada de forma verbal e/ou não verbal. Como afirma Paulino (2002, p.45):

“A componente comportamental engloba o conjunto das manifestações verbais e não verbais observáveis na pessoa que sofre (queixas, gemidos, mímicas, posturas antálgicas). Estas manifestações reactivas a um estímulo nociceptivo asseguram em parte uma função de comunicação com os envolventes.”

O carácter subjectivo da dor é evidenciado por tudo o que foi exposto anteriormente, no entanto há dados objectivos que acompanham as queixas de dor aguda nomeadamente: pressão sanguínea elevada, taquicardia, aumento da frequência respiratória e diaforese. Estes dados objectivos, no entanto, não são proporcionais à intensidade dor sentida pelo doente. Tal como por exemplo, o tipo de cirurgia e a magnitude da agressão cirúrgica, não são sempre proporcionais à intensidade da dor.

Ao avaliarmos a dor, para além dos dados objectivos que podemos obter através da medição dos sinais vitais, tentamos através de instrumentos (escala de avaliação facial, escala visual analógica, etc.) ultrapassar o carácter subjectivo e quantificar a dor que o doente diz sentir. No entanto, apesar de atenuado, o factor subjectivo subsiste.

Quando avaliamos a dor, introduzimos mais um elemento no processo, o profissional de saúde que vai avaliar a dor. As características psicoculturais do profissional de saúde também vão influenciar, por mais objectivo que tente ser, o modo como avalia a dor do doente. É assim introduzido mais um factor de subjectividade na avaliação da dor que é aumentado quando doente e profissional de saúde pertencem a meios culturais distintos.

O profissional de saúde, sem ter consciência disso, tem tendência para comparar a dor sentida pelos doentes com as mesmas patologias ou submetidos ao mesmo procedimento cirúrgico. Têm a expectativa de que determinado doente tenha mais ou menos dor, devido ao procedimento cirúrgico a que foi submetido ou à patologia da qual é portador. Um profissional experiente tem interiorizado determinado padrão de dor para determinado procedimento cirúrgico, sendo a dor do doente, comparada com esse padrão. Como afirma Paulino (2002, p. 47) para os médicos e que pode ser facilmente transposto para os outros profissionais de saúde:

“As queixas de cada doente são inconscientemente comparadas com as do padrão e muitos doentes desiludem. (...) O padrão tende a inclinar-se para o chamado bom doente, isto é o corajoso ou o não queixoso.”

Para conseguirmos avaliar o mais fielmente a dor do outro, temos de tomar consciência dos nossos conceitos de dor, de modo a tentar eliminar, ou pelo menos diminuir, os factores

subjectivos relativos ao sujeito que avalia. Como afirmam Jenko et al. (2006) os nossos valores influenciam o modo como percebemos e reagimos para com os outros.

Bigby (2003) (cit. in Jenko et al., 2006) refere ainda, que compreendermo-nos a nós mesmos é fundamental para percebermos como nos relacionarmos com os outros. A auto-reflexão e a auto-crítica são necessárias para perceber como as diferentes experiências influenciam a interacção com os doentes. Ao percebermos os nossos conceitos de dor, podemos diferenciar entre aquilo que é a nossa expectativa de dor, baseada nos nossos valores e cultura, e a dor que o doente diz que está realmente a sentir.

Por tudo o que foi referido, a avaliação da dor está envolta em alguma complexidade. De modo a ultrapassá-la deverá ter-se em conta alguns princípios.

Os indicadores de Dor devem ser utilizados segundo a seguinte hierarquia de importância:

- ♦ Relato do doente;
- ♦ Condições patológicas ou procedimentos conhecidos como dolorosos;
- ♦ Comportamentos associados a dor (ex. gritos, imobilidade, fâcias de dor);
- ♦ Relato de dor por parte de familiares ou cuidadores;
- ♦ Parâmetros fisiológicos (sinais vitais).

Nem sempre é possível obter um auto-relato da dor, nomeadamente quando há alterações do estado de consciência, alterações cognitivas, ou se trata de crianças pequenas, assim como quando existem problemas de comunicação devido a dificuldade de linguagem, incompreensão dos instrumentos de medida, não colaboração ou grande ansiedade. Nestes casos são necessários outros métodos para abordagem da dor.

Tal como vem referido na Circular Normativa n.º 09 da DGS (2003, p.1):

“A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem de 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 avaliação da dor, durante o período pós-operatório imediato, deverá ser feita em intervalos regulares dependendo do tipo de cirurgia, intensidade da dor e resposta às medidas

analgésicas instituídas. A avaliação da dor de forma sistemática também permite detectar precocemente potenciais complicações. Dor relatada de forma súbita, mais intensa do que a esperada, de difícil controlo ou inesperada, pode ser sinal de complicação cirúrgica ou de outro tipo.

Para além da intensidade da dor avaliada pelas escalas e registada em gráfico, os registos descritivos em diário deverão ainda contemplar outros componentes da dor: localização; forma de alívio e agravamento, nomeadamente ao movimento e a maneira como a dor é sentida pelo doente. Deste modo conseguimos uma caracterização da dor em todos os seus domínios.

No caso da dor aguda, nomeadamente a dor aguda pós-operatória, as circunstâncias levam à necessidade clínica de um rápido controlo da dor, e assim a intensidade. Esta é a característica mais documentada por ser a mais fácil e rápida de obter através da aplicação de uma das várias escalas. No entanto, uma investigação, tanto sobre a experiência de dor actual como sobre as experiências passadas de dor e analgesia, é importante para atingir um controlo mais eficaz e seguro.

2.4.1. Escalas de Avaliação da Dor

A forma mais comum de avaliar a dor, tal como já foi referido, é pedindo ao doente que nos caracterize a sua dor, nomeadamente quanto à sua intensidade. Para quantificar a intensidade da dor são utilizadas escalas que reflectem a resposta do doente. A utilização de escalas pretende tornar a avaliação da dor menos subjectiva, permitindo a comparação do nível de dor em vários momentos. Estes instrumentos de medida também facilitam a comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde, bem como possibilitam uma uniformização de linguagem entre os vários profissionais. Para além de avaliar a dor, as escalas são utilizadas para medir o grau de alívio após instituição de uma medida analgésica.

Não existe um instrumento de medida ideal, estes devem ser escolhidos pela equipa multidisciplinar, atendendo à população alvo, idade e patologia mais frequente. Pode, e deve existir mais do que um instrumento adoptado num mesmo serviço, de modo a possibilitar a escolha mais adaptada às características do doente. No entanto, o instrumento escolhido para determinado doente deverá, sempre que possível, permanecer o mesmo durante o internamento.

Tal como refere a Circular Normativa nº9, DGS (2003, p.2):

“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.”

O ensino ao doente sobre o instrumento de avaliação da Dor é fundamental, bem como assegurar a correcta compreensão do mesmo. O profissional deverá mostrar ao doente os vários instrumentos de avaliação de modo a que o doente participe na escolha.

Existem vários instrumentos validados, sendo de três tipos: unidimensionais, pluridimensionais e comportamentais. As escalas unidimensionais avaliam a dor apenas relativamente à intensidade (ex. Escala visual analógica, escala verbal simples, escala numérica), são as mais utilizadas no meio clínico quando se pretende uma informação rápida, não invasiva e válida. Embora muito úteis na maioria dos doentes com dor aguda, e por isso largamente utilizadas no meio hospitalar, são insuficientes quando se trata de dor crónica. Existem também situações em que não é possível a sua aplicação, nomeadamente: em crianças antes dos três anos; quando exista défice cognitivo; dificuldade na compreensão das mesmas ou quando os doentes estão inconscientes. Os instrumentos de medida propostos pela Circular Normativa nº 09 são: a Escala Visual Analógica; a Escala Numérica; a Escala Qualitativa e a Escala das Faces, todas escalas unidimensionais.

A Escala Visual Analógica, na qual há possibilidade de julgamentos visuais numa dimensão tomada como padrão, consiste numa linha horizontal, ou vertical, com dez centímetros de comprimento, tendo assinalada numa extremidade a classificação “Sem dor” e, na outra, a classificação “Dor máxima”. Inicialmente esta escala foi introduzida para avaliar estados de espírito em doentes submetidos a estudos psicológicos, tendo sido difundido rapidamente o seu uso para o campo da dor. Esta difusão deveu-se à sua grande sensibilidade de medição, muito superior segundo numerosos autores, à das escalas descritivas simples, como refere Serrano (2002). Com esta escala a resposta do doente não é verbal. Este marca com uma cruz sobre a linha apresentada o ponto que melhor reflecte a intensidade da sua dor, ou a magnitude do alívio experimentado após uma medida analgésica. A medição é feita posteriormente em centímetros, entre o início da linha e o ponto assinalado pelo doente, obtém-se assim uma classificação numérica que poderá ser registada em gráfico na folha de registo. Embora de fácil aplicação, tal como refere Pereira (1998, p.76):

”Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP”

“(…) alguns participantes, especialmente crianças e idosos, referem dificuldades em utilizá-las, o que, possivelmente, é decorrente da necessidade de certa abstracção para compreendê-la.”

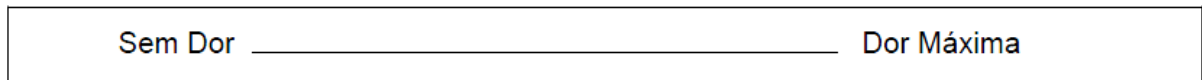


Figura n.º1: Escala visual analógica (DGS, 2003, p.2).

A Escala Numérica, na qual se utilizam categorias numéricas, consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua poderá ser apresentada ao doente quer na horizontal quer na vertical. O doente deverá classificar a sua dor de forma numérica, atribuindo um número correspondente à intensidade da sua dor, sabendo que 0 corresponde a não ter dor e 10 corresponde à pior dor imaginável. Esta escala é a mais utilizada, tendo esta, a vantagem de ser familiar aos doentes, uma vez que o ser humano utiliza números desde sua infância. (Figura n.º2)

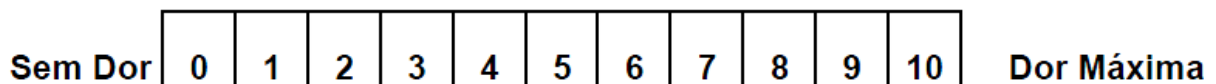


Figura n.º2: Escala numérica (DGS, 2003, p.2).

A Escala Qualitativa consiste numa escala verbal, na qual se utilizam categorias adjectivais. Contém geralmente 5 ou 6 pontos, tendo esta também a vantagem de ser familiar aos doentes uma vez que são utilizadas palavras comuns do vocabulário, que expressam a dor qualitativamente. Nesta escala, segundo a Circular Normativa n.º 09 da DGS (2003), 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 gráfico, estando normalmente associados a uma escala numérica, para facilitar o seu registo. Estas escalas pela sua simplicidade são úteis no caso dos doentes idosos ou com deficiência visual, bem como em algumas crianças. No entanto, comparando com as escalas descritas anteriormente, tem um número mais limitado de escolhas podendo causar dificuldade na obtenção de respostas mais exactas, principalmente no que diz respeito à avaliação do resultado de uma medida analgésica administrada. (Figura n.º3)

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

Figura n.º3: Escala qualitativa (DGS, 2003, p.2).

A Escala das Faces consiste na representação de seis caras com expressões diferentes, que se vão modificando progressivamente da direita para a esquerda desde a “alegria” num extremo, passando pela tristeza, até atingir no extremo oposto o “choro”. A cada cara está associado um número de 0 a 5, correspondendo o 0 a ausência de dor e o 5 a dor máxima. Perante esta escala o doente deve classificar a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada. Tal como nas outras escalas descritas, o registo do número correspondente à cara deve ser feito na folha de gráfico (DGS, 2003). (Figura n.º4)

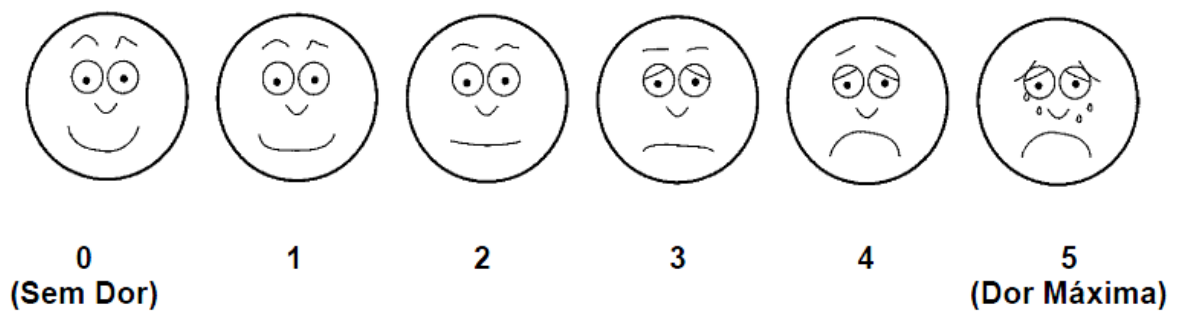


Figura n.º4: Escala de faces (DGS, 2003, p.3).

Embora os instrumentos unidimensionais, descritos anteriormente sejam os mais utilizados para avaliação da dor, estes têm o inconveniente de simplificarem demasiadamente a experiência dolorosa, reduzindo-a à caracterização da sua intensidade. Embora pouco utilizados, os instrumentos multidimensionais são essenciais para a avaliação da dor crónica, possibilitando uma avaliação mais precisa.

As escalas pluridimensionais ou multidimensionais, são utilizadas mais frequentemente na dor crónica, são questionários com base em adjectivos que analisam de modo mais específico as componentes sensoriais e emocionais, de difícil aplicabilidade na dor pós-operatória pela sua grande complexidade e extensão. Possibilitam obter informação importante sobre os efeitos da dor no dia-a-dia do doente. Embora devam ser preenchidos pelo próprio doente, no caso de dificuldade podem ser ajudados por um profissional de saúde.

Nos doentes com dificuldades de comunicação (ex. crianças muito pequenas, doentes com perturbações das funções superiores, com demência, com afasia, doentes sedados e ventilados), não é, muitas vezes, possível a utilização das escalas anteriormente descritas, recorre-se então a escalas comportamentais que reflectem a repercussão da Dor sobre o comportamento ou sobre a qualidade de vida. Sendo este tipo de avaliação, uma hetero-avaliação deve apenas ser utilizada quando não for possível outro tipo de avaliação.

2.4.2. Importância da Avaliação e Registo da Dor

Tornar a dor no 5º Sinal Vital é um processo que envolve esforço de toda equipa multidisciplinar. A integração de um novo procedimento na prática do dia-a-dia implica a reestruturação da organização dos cuidados com consequentes resistências. No entanto este esforço é necessário para que se obtenha um melhor controlo da dor.

Um melhor controlo da dor traz vantagens a vários níveis, como é referido no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), proporciona um maior conforto ao doente, ajuda a prevenir potenciais complicações, favorece a precocidade da alta e contribui para a humanização dos cuidados.

Para além de melhorar o controlo da dor, prevenindo as suas complicações a curto, médio e longo prazo, a avaliação e o registo sistematizados também podem alertar precocemente para complicações cirúrgicas e/ou médicas, uma vez que é um sintoma de alerta que acompanha a generalidade das situações patológicas.

Como afirma Breton na “Experiência dos limites”, (cit. in Catana, 2005, p.1):

“Todos os utentes devem beneficiar dos recursos antálgicos adequados, de acordo com a intensidade e a natureza dos seus males. O estereótipo cultural impede por vezes de ouvir e avaliar a dor. A tendência dos profissionais de saúde para subavaliar a dor dos seus pacientes e para minorar os tratamentos antálgicos apoia-se por vezes, nestes preconceitos.”

Avaliar a dor é uma atitude fundamental porque não é possível estabelecer uma relação proporcional entre a importância da lesão e a dor referida pelo doente. Para um eficaz controlo da dor o doente necessita de ser integrado na equipa de cuidados. A única forma de saber se existe dor e a sua intensidade é através do que o doente nos comunica.

Avaliar a dor de forma sistemática permite detectar doentes com dor, mesmo quando aparentemente não têm queixas algicas. A utilização de uma mesma linguagem na comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar facilita o delinear de estratégias analgésicas comuns e mais eficazes. A comunicação da dor entre o doente e a equipa também é facilitada.

A avaliação da dor após uma medida analgésica permite também avaliar a eficácia dessa medida, levando a uma melhor adequação à situação do doente.

Por todos estes factores, a recomendação referida no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.31):

“(…) utilização de instrumentos de avaliação da dor e uma metodologia que assegure uma avaliação regular, registada em documento próprio, que inclua os efeitos da terapêutica, suas consequências e eventuais efeitos secundários, faz todo o sentido.”

O registo da dor deve ser feito em folha própria (folha de sinais vitais), o registo diz respeito não só à intensidade mas também ao momento de avaliação, devendo constar a hora a que foi feita a avaliação. Este registo é simples, devendo ser completado na folha de notas de enfermagem, sempre que se torne pertinente, nomeadamente no que diz respeito: ao tipo de dor, localização, formas de alívio e agravamento.

Como é referido no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.32) “O uso de registos, como rotina, encoraja quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas.”

Os registos, tal como as avaliações, devem ser regulares e repetidos permitindo a avaliação das medidas terapêuticas. A regularidade é determinada pela duração e intensidade da dor, necessidade do doente e resposta, e tipo de fármaco ou intervenção.

O registo da dor é essencial, pois é através deste que a dor se torna visível. Permite visualizar a sua evolução e a resposta às medidas analgésicas.

3. Enfermagem e Avaliação da Dor

A enfermagem é definida à luz do Decreto-lei n.º161/96 de 04 de Setembro (REPE, 1996, p.3):

“Como uma profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ser 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.”

A ordem dos enfermeiros portuguesa, ao abordar em 2002, o tema dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definiu o exercício profissional dos enfermeiros. Neste mesmo documento, afirma-se que o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal, não esquecendo que quer o enfermeiro quer a pessoa que necessita de cuidados de enfermagem, possuem os seus valores e crenças fruto da experiência de vida, da cultura e das condições ambientais em que cada um se desenvolveu. Assim sendo, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar o outro numa perspectiva multicultural sem fazer juízos de valor. Como tal, deve ser estabelecida uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados de enfermagem, respeitando as suas capacidades e promovendo a sua autonomia, sendo que em várias circunstâncias, esta parceria deve ser alargada envolvendo a família e/ou pessoas significativas (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A propósito devo ainda especificar como são definidas pela Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996), as intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro. São consideradas autónomas as intervenções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, ou seja, o enfermeiro identifica as necessidades do doente, levanta os diagnósticos de enfermagem, planeia e executa as intervenções e avalia de forma a verificar qual o impacto das suas intervenções na promoção do conforto e saúde do doente, sem que para isso exista uma prescrição médica. As intervenções interdependentes são as realizadas pelos enfermeiros segundo as suas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais de saúde de maneira a atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão inseridos, e das prescrições ou orientações anteriormente formalizadas.

Nos cuidados de enfermagem ao doente com dor, estes dois tipos de intervenções estão bem presentes. Se por um lado, a avaliação da intensidade como das outras características da dor constituem uma intervenção autónoma do enfermeiro, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar, a administração de analgesia para o alívio da dor é uma intervenção que está dependente de uma prescrição médica constituindo assim, uma intervenção interdependente.

Para além das medidas farmacológicas, intervenções interdependentes, é na área autónoma que o enfermeiro, possuidor de determinadas qualificações para tal deve intervir de maneira a promover o alívio não farmacológico da dor. Como tal e segundo Rigotti et al. (2005, p.52), o enfermeiro tem ao seu dispor um leque de intervenções que podem ser desenvolvidas de forma directa ou indirecta através de:

- Proporcionar um ambiente calmo;
- Proporcionar uma sensação de conforto geral;
- Mudanças de posição;
- Distracção para desviar a sua atenção da dor;
- Alteração na condução do estímulo doloroso;
- Técnicas de modificação de comportamento;
- Promoção de auto-confiança;
- Estabelecimento de uma boa relação terapêutica de modo a fomentar a comunicação;
- Apoio emocional ao doente e família.

De acordo com documento do Portal da Saúde intitulado Dor (2005), o tratamento não farmacológico da dor compreende entre outras e direccionadas para a área autónoma da enfermagem, tratamentos aplicados directamente no local da dor (frio, calor e massagem); técnicas cognitivas que engloba o biofeedback, a distracção, o relaxamento, imaginação e a confiança.

As práticas de Enfermagem englobam um vasto leque de saberes que está em constante actualização e modificação. Uma das actualizações mais recentes nas práticas de Enfermagem é a avaliação da Dor.

Segundo Tomey et al. (2004, p.96):

“A prática de Enfermagem Clínica tem na sua génese uma acção manifesta que é condicionada por atitudes, sentimentos e pensamentos que devem ser filtrados pela objectividade - “ pensamentos e sentimentos disciplinados” - com o intuito de satisfazer e ajudar os doentes na manifestação e supressão da dor.”

A função do Enfermeiro é muito importante no que respeita à avaliação da Dor, à sua supressão e à resolução das necessidades do doente quer elas sejam básicas quer não, tal como é referido por Conian e Diamond (1997, p.1): “O objectivo da nossa existência profissional é descobrir a causa, outros sintomas e, através da cura, aliviar a Dor e promover a Saúde.”

O Enfermeiro desempenha um papel muito importante na descoberta da cura, da manutenção, dos sintomas que um doente possa ter, contribuindo desta maneira, para o alívio da sua dor, a cura ou mesmo a promoção da Saúde do doente. Tudo isto é conseguido através das relações estabelecidas entre doente/Enfermeiro, da observação das atitudes do doente face aquela situação e a avaliação do estado do doente.

Segundo Loveman e Gale (2001, p.32): “Nas interacções quotidianas, o Enfermeiro constitui a figura-chave no atendimento às necessidades dos doentes, prestação de apoio e informações e avaliação do estado do doente.”

Segundo Caseiro e Pinto (2001), o registo quantificado da existência de dor, obriga eticamente, a lidar com este facto com a mesma seriedade com que se lida com os outros Sinais Vitais, valorizando sempre as suas alterações.

Segundo Pereira e Coelho (2002) o enfermeiro tem um papel de extrema importância tanto na avaliação como no alívio da dor. Assim o enfermeiro deve valorizar queixas do doente, avaliar a dor, a duração, frequência, intensidade e localização da mesma bem como os factores precipitantes, atenuantes ou agravantes da dor. Deve também ver o doente de uma forma holística tendo em conta os factores físicos e psicossociais, observar o seu comportamento como também a comunicação não verbal, verificar o significado da dor para o doente, as limitações que a mesma provoca no seu dia-a-dia e colaborar com o médico na decisão do tratamento analgésico mas adequado para o doente em causa, de forma a aliviar a

dor e posteriormente, reavaliar se o tratamento implementado foi eficaz para o alívio da dor referida.

Assim, Pereira e Coelho (2002, p.23) referem que:

“Estando conscientes do poder que a Dor exerce sobre o paciente, é pois importante o papel do Enfermeiro na detecção e Avaliação da Dor, pois é ele que mais perto está do paciente e mais tempo passa a seu lado. (...) tem uma importante função na detecção da Dor e sua supressão. É da responsabilidade do Enfermeiro saber valorizar as queixas do paciente. Para tal, tem de acreditar nas suas queixas e ter em mente que a Dor é real; esta não deve ser encarada como imaginária, ainda que ela pareça desproporcionada em relação à lesão causal.”

Deve-se sempre acreditar nos doentes e nas suas queixas. Cada doente é um caso, não se pode generalizar a avaliação da dor. Partindo do princípio que a maioria dos doentes poderá queixar-se poder-se-á generalizar a avaliação da dor. Contudo, há doentes que podem camuflar a sua dor com o intuito de não prejudicar ou ocupar a equipa de Enfermagem. Também poderá resultar da hipótese de outros tratamentos não terem tido sucesso.

Segundo Rico e Barbosa (1995), também os significados pessoais que o Enfermeiro dá à dor, podem interferir com a sua actuação. Por exemplo, o Enfermeiro pode interpretar a dor dos outros com a sua própria experiência e não sob o ponto de vista do doente. A frequente exposição que os Enfermeiros têm à dor dos outros pode levá-los a fazer julgamentos inapropriados acerca do significado da dor para outras pessoas.

O papel do Enfermeiro em relação à família do doente é crucial visto os ensinamentos que deve transmitir terem o objectivo de suprimir ou atenuar a dor prolongando o seu internamento de uma forma suavizada tentando, também, aliviar a ansiedade da família. Pois, se o doente se aperceber que a família está em estado de ansiedade poderá ter retrocesso na sua cura.

Por fim, o Enfermeiro tem também o dever de efectuar ensinamentos à família do doente, pois segundo Caseiro e Pinto (2001, p.18):

“A família envolvida no cuidar do doente sente necessidade de informação clínica sobre a doença e a sua evolução, sobre os procedimentos que vão ser tomados, de informação psicológica, para melhor entender as atitudes do doente e perceberem o processo adaptativo à doença.”

A actuação e intervenção da enfermagem integrada numa equipa multidisciplinar são fundamentais para promover a auto-ajuda no controlo da dor, pois podem ensinar o doente a

colaborar de forma esclarecida e adequada no controlo da sua dor. Assim, o ensino ao doente com dor abrange as seguintes áreas:

- Auto-avaliação da dor, na medida em que o doente deve ser capacitado para ter em conta a localização e caracterização da dor e a identificação das limitações funcionais ou necessidades vitais afectadas pela mesma;
- Formas de autocontrolo de estímulos desencadeadores da dor e dos seus sintomas como sendo, ensinar o doente a perceber tais estímulos e a evitá-los como também ensinar a controlar os sintomas que podem diminuir a tolerância à dor relacionados com a própria doença ou mesmo com a medicação analgésica (astenia, anorexia, náuseas e vómitos, obstipação, labilidade emocional e depressão);
- Medicação analgésica de forma a persuadir o doente a colaborar na implementação terapêutica e a cumpri-la, envolver os familiares no cumprimento das regras de administração da terapêutica instituída, desmistificar a utilização de opiáceos, em particular a morfina, e incutir no espírito do doente e familiares confiança na medicação prevenindo expectativas irrealistas;
- Autocontrolo da dor, seja com o intuito de diminuir a intensidade da dor ou de aumentar a tolerância à mesma sendo que as intervenções nesta área se prendem sobretudo, com o ensino de técnicas não farmacológicas de apoio, mencionadas anteriormente, possíveis de serem realizadas pelo próprio doente tais como, técnicas comportamentais (relaxamento, a programação de actividades e o registo da dor e de actividades) e/ou técnicas cognitivas como a distração ou a atenção dirigida, estratégias de conforto e reestruturação cognitiva (Portal da Saúde, 2005).

II. FASE METODOLÓGICA

A investigação científica é um processo que tem como intuito, resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos da nossa actualidade. De maneira a dar resposta a este objectivo, requer um conjunto de acções e comportamentos para a recolha, descrição e análise dos dados, ou seja, exige uma metodologia própria constituída por um conjunto de etapas e de meios que nos levem à obtenção dos resultados.

Assim Fortin (1999, p.48), defende que:

“ (...) qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.”

1. Questões Éticas na Investigação

Fortin (1999, p.114) refere que a ética “... é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”.

Como a investigação aplicada aos seres humanos pode causar danos aos direitos e liberdade de cada indivíduo, torna-se fundamental tomar todas as precauções necessárias de maneira a proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participam na investigação.

De acordo com Fortin (1999), na investigação aplicada são definidos cinco princípios ou direitos fundamentais do ser humano que seguidamente passo a descrever.

O direito à auto-determinação implica que as pessoas devem ser informadas quanto ao seu direito de participar ou ao direito de se retirar a qualquer momento sem que lhe seja incutido qualquer prejuízo. O direito à intimidade implica que o anonimato e a confidencialidade dos dados referentes aos indivíduos em estudo sejam garantidos. O direito ao anonimato e à confidencialidade implica que os dados individuais de cada indivíduo sejam protegidos por codificação e só podem ser divulgados por autorização expressa do mesmo. O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, este implica que no decorrer da investigação, esta tenha como pressupostos a promoção dos benefícios no plano social. E, finalmente, o direito a um tratamento justo e legal, implicando que a selecção dos participantes esteja directamente relacionada com o problema em estudo e não por disponibilidade ou conveniência (Fortin, 1999).

Assim, seja qual for a natureza do projecto de investigação em saúde, estes cinco direitos fundamentais do ser humano terão de ser respeitados e deverão orientar todos os momentos dessa investigação, caso contrário, a investigação, é moralmente inaceitável quer para os investigadores, como para o próprio sujeito bem como para a comunidade em geral.

Neste estudo e de forma a respeitar estes direitos fundamentais do ser humano, os questionários foram acompanhados de um documento introdutório onde se informa o tema do trabalho, os seus objectivos e onde constam os direitos da confidencialidade, anonimato e auto-determinação. Como afirma Fortin (1999, p.120) “Saber o que lhes é pedido e para que fins esta informação será utilizada permite aos potenciais participantes avaliar as consequências da sua participação.”

2. Tipo de Estudo

Segundo Fortin (1999, p.163), “um estudo descritivo simples consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”, daí, o facto de se ter classificado este estudo como descritivo, pois com ele pretende-se caracterizar o fenómeno que interessa, que neste caso é descrever os conhecimentos e as práticas adoptadas pelos alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP no que concerne à Dor e sua Avaliação.

Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, pois, segundo Fortin (1999, p.164):

“O método de investigação quantitativo é, um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”

3. Meio onde se desenvolve o estudo

Este estudo desenvolveu-se num meio natural, que é o meio Universitário, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pois o investigador colheu a informação no meio onde se encontram os alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem.

4. População, Amostra e Processo de Amostragem

Uma população é constituída por um conjunto de sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido que partilhem uma ou mais características semelhantes sobre a qual recai a investigação (Fortin, 1999).

Neste estudo a população foi constituída pela totalidade dos alunos que frequentam o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem na UFP.

Como não é um processo fácil a recolha de informação de todos os sujeitos de uma população em estudo, torna-se justificável a escolha de um subconjunto dessa população. Este subconjunto é designado de amostra e tem que ser representativa da população que queremos estudar, ou seja, os elementos que compõem a amostra têm que possuir as características da população para que nos seja possível a generalização dos resultados à população alvo. Deste modo, “a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 1999, p.202).

Sendo a amostra um subconjunto de sujeitos com as mesmas características, retirados de uma população é necessário escolher este subconjunto de indivíduos que representem a população, este processo é designado de amostragem.

O processo de amostragem é um procedimento pelo qual é escolhido um grupo de pessoas representativo da população alvo.

Optou-se por um método de amostragem não probabilístico, uma vez que os indivíduos não tinham a mesma probabilidade de integrarem a amostra sendo que, de acordo com Fortin (1999, p.208):

“A amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.”

Assim, a amostra deste estudo foi constituída pelos indivíduos que estiveram presentes num local determinado e naquele momento preciso, ou seja, a amostra foi constituída pelos alunos do 4º ano da licenciatura em Enfermagem que estiveram presentes em sala de aula na tarde dia 4 de Junho de 2010 perfazendo um total de 81 alunos que integraram a amostra.

5. Variáveis

As variáveis para Fortin (1999, p.36), são definidas como “qualidades, propriedades ou característica de objectos, de pessoas ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores”.

Dependendo dos autores podemos distinguir quatro tipos de variáveis, as mesmas que identificarei seguidamente.

5.1. Variáveis em Estudo

As variáveis em estudo foram:

- a) A opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre alguns aspectos relacionadas com a dor e sua avaliação;
- b) Os conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a dor e sua avaliação e;
- c) As práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP relativamente à dor e sua avaliação, enquanto alunos em estágio.

5.2. Variáveis de Atributo

As variáveis de atributo são as “características dos sujeitos de um estudo, que servem para descrever uma amostra” (Fortin, 1999, p.376), isto é, são as variáveis que se referem às características dos sujeitos em estudo.

Considerou-se como variáveis de atributo, o género e a idade dos alunos que frequentam o 4º ano da licenciatura de enfermagem da UFP.

6. Operacionalização das Variáveis

De acordo com Gil (1991, p.107), para a operacionalização das variáveis deve considerar-se “(...) as condições de mensuração, sobretudo para que possam ser seleccionados os

”Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP”

instrumentos apropriados.” Assim, a definição operacional de um conceito ou de um termo consiste na indicação das operações necessárias para produzir, medir, analisar um fenómeno.

Como tal, as variáveis deste estudo foram operacionalizadas de forma a servirem de estrutura às questões que constituíram o instrumento de colheita de dados, no caso, o questionário.

A variável “Opinião dos alunos do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da UFP sobre alguns aspectos relacionados com a dor e sua avaliação” foi operacionalizada pelas questões 1, 5, 7, 8, 9, 10 e 11.

A variável “Conhecimentos dos alunos do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a dor e sua avaliação” foi operacionalizada pelas questões 2, 3, 4 e 6, sendo que se considerou que os alunos possuíam conhecimentos sobre o tema se respondessem correctamente a três ou mais questões e se fossem 60% ou mais dos alunos a responderem correctamente, esta será uma boa percentagem.

A variável “Práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da UFP relativamente à dor e sua avaliação, enquanto alunos em estágio” foi operacionalizada pelas questões n.º 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21, sendo que se considerou ter boas práticas, os alunos que responderam correctamente a seis ou mais questões e se fossem 60% ou mais dos alunos a responderem correctamente, esta será uma boa percentagem.

7. Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados é essencial para o desenvolvimento de uma investigação pois é através deste que se colhe a informação essencial a qualquer estudo de investigação.

Para este estudo foi elaborado um questionário como instrumento de colheita de dados, que se encontra em anexo. Este questionário é constituído por 22 perguntas fechadas, uma pergunta aberta e tem como objectivo responder à pergunta de partida a aos objectivos traçados.

Segundo Fortin (1999, p.249), “um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.”

Este tipo de instrumento de colheita de dados apresenta as seguintes vantagens:

- Facilita o tratamento de dados,

- Permite economizar tempo e recursos tanto financeiros como humanos,
- Permite abranger um maior numero de pessoas e de informações num espaço de tempo menor do que outros instrumentos e,
- Possibilita ao inquirido tempo suficiente para reflectir sobre as questões e fornecer respostas mais adequadas.

O questionário foi composto por duas partes. A primeira permitiu caracterizar a amostra (variáveis atributo); já a segunda parte permitiu a recolha de informação a propósito da opinião dos alunos sobre a dor, sobre os seus conhecimentos e sobre as suas práticas enquanto alunos em estágio.

Este questionário compunha-se de 22 perguntas fechadas e uma pergunta aberta e foi lançado no dia 4 de Junho de 2010.

8. Avaliação do Instrumento/Pré-teste

O questionário depois de concluído necessita de ser testado antes da sua utilização definitiva, assim, aplica-se a uma pequena amostra de sujeitos pertencentes à população onde vai ser feito o estudo. É de salientar a importância de garantir que os elementos que participam no pré-teste não fazem parte da amostra que vai ser estudada.

O pré-teste tem como principal objectivo avaliar a eficácia e a pertinência do questionário verificando alguns elementos como, se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos e equívocos, se o questionário não é muito longo podendo provocar desinteresse ou irritação aos inquiridos, se não faltará perguntas pertinentes e se não tem perguntas desnecessárias, entre outras coisas.

Assim sendo, o questionário foi lançado a oito alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem da UFP, que não mencionaram quaisquer dificuldades nem duvidas no seu preenchimento, pelo que o mesmo não sofreu nenhuma alteração. Estes oito alunos que responderam ao questionário em forma de pré-teste não fizeram parte da amostra.

9. Previsão do Tratamento e Análise dos Dados

O tratamento de dados de um estudo de abordagem quantitativa foi feito através da informatização de dados utilizando, neste estudo, o Excel. Já a análise dos dados, como se trata de uma investigação descritiva, efectuou-se através da estatística descritiva, uma vez que permite descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever, também, os valores obtidos através da medição de variáveis.

A apresentação dos resultados foi feita através de tabelas e de gráficos, já que as tabelas traduzem a informação recolhida na amostra de acordo com a sua pertinência e, os gráficos têm como objectivo possibilitar uma percepção mais rápida e fácil da distribuição dos indivíduos em cada categoria, em relação à frequência relativa.

III. FASE EMPÍRICA

A fase empírica segundo Fortin (2000, p.41), “(...) inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados”. Desta forma, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, de seguida, passa-se à interpretação e depois à comunicação dos resultados.

1. Resultados

Este capítulo encontra-se organizado em quatro subcapítulos, sendo o primeiro referente à caracterização da amostra. O segundo subcapítulo é sobre a opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação; o terceiro subcapítulo é referente aos conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre dor e sua avaliação, e por fim, o quarto e último subcapítulo é sobre as práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação enquanto alunos estagiários.

1.1 Caracterização da Amostra

Género	n	%
Masculino	19	23,5
Feminino	63	76,5
Total	81	100

Tabela n.º1: Distribuição dos inquiridos segundo o género.

Através da tabela n.º1, constatou-se que foram abordados 81 alunos, sendo que na maioria era constituída por elementos do sexo feminino, ou seja, 63 (76,5%) alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, para 19 (23,5%) inquiridos do sexo masculino.

Idade	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	≥30	NR	Total
N	12	41	18	2	1	6	1	81
%	14,8	50,6	22,2	2,5	1,2	7,4	1,2	100

Tabela n.º2: Distribuição dos inquiridos segundo a idade.

Relativamente à idade dos inquiridos e como mostra na tabela n.º2, as categorias etárias mais significativas foram, 22 e 23 anos correspondendo a 41 inquiridos (50,6%), seguida pela situada entre os 24 e 25 anos, 18 dos inquiridos (22,2%).

Idade dos inquiridos	
Média	23,23
Mediana	41
Moda	22
Mínimo	21
Máximo	45

Tabela n.º3: Estatística da distribuição dos inquiridos segundo a idade.

Após leitura da tabela n.º 3 verificou-se que a média de idades dos inquiridos é de aproximadamente 23,23 anos, e a moda é de 22 anos. Sendo que as idades variam entre os 21 e os 45 anos.

1.2Opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação

Neste subcapítulo vão ser apresentados os resultados obtidos relativamente às questões que pretendiam verificar as opiniões dos alunos.

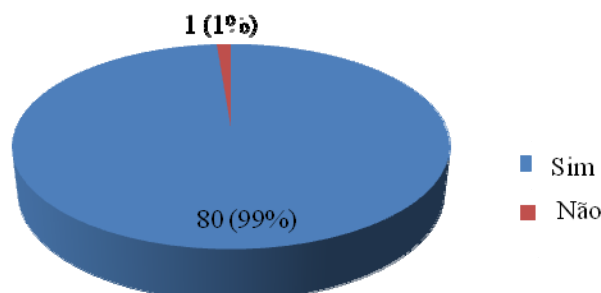


Figura n.º5: Definição de dor

A figura n.º5 mostra que 80 dos inquiridos (99,0%) responderam afirmativamente ao facto de conhecerem a definição de dor, sendo que apenas 1 (1,0%) afirmou não conhecer.

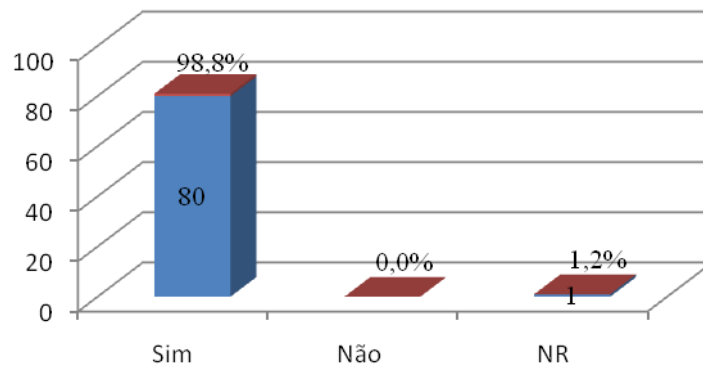


Figura n.º6: Importância do conhecimento da fisiologia da dor para a enfermagem.

Quando questionados se achavam relevante para a enfermagem, o conhecimento da fisiologia da dor e tal como mostra a figura n.º6, 80 dos inquiridos (98,8%) responderam que sim, sendo que ninguém respondeu não e apenas 1 dos inquiridos (1,2%) não respondeu a esta questão.

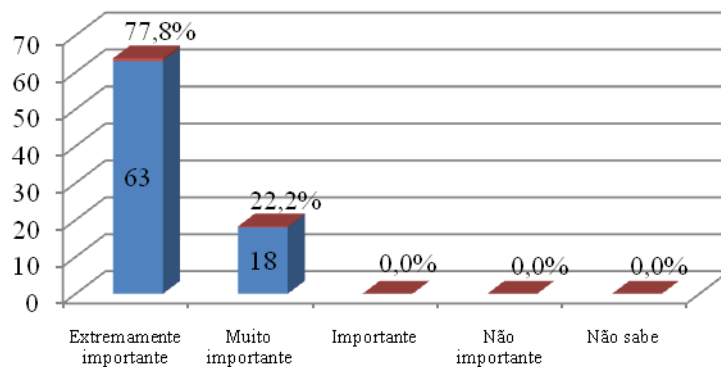


Figura n.º7: Importância da dor como 5º Sinal Vital.

Após análise da figura n.º7, constatou-se que 63 dos respondentes (77,8%) consideram extremamente importante, seguidos por 18 respondentes (22,2%) que acham muito importante, sendo que nenhum dos respondentes considerou importante, não importante ou referiu não saber.

Razão pela qual acham importante a dor ser considerada como 5º sinal vital	n	%
a) Porque a dor não tratada traz alterações fisiopatológicas.	24	29,6
b) Porque se for vista como sinal vital tem maiores probabilidades de ser tratada correctamente.	33	40,7
c) Porque a dor interfere com a recuperação e/ou bem-estar do doente.	24	29,6
Total	81	100

Tabela n.º4: Razão pela qual consideram importante o reconhecimento da dor como 5º sinal vital.

Relativamente à questão que se propunha verificar a justificação pela qual os inquiridos achavam extremamente e muito importante a dor ser considerada como 5º sinal vital e após análise da tabela n.º4, verificou-se que para 24 dos inquiridos (29,6%) a sua resposta é justificada pelo facto de a dor não controlada trazer alterações fisiopatológicas, já 33 dos inquiridos (40,7%) justificaram a sua resposta relacionando a dor com os restantes sinais vitais e os outros 24 inquiridos justificaram-se afirmando que a dor interfere com a recuperação e/ou bem-estar do doente.

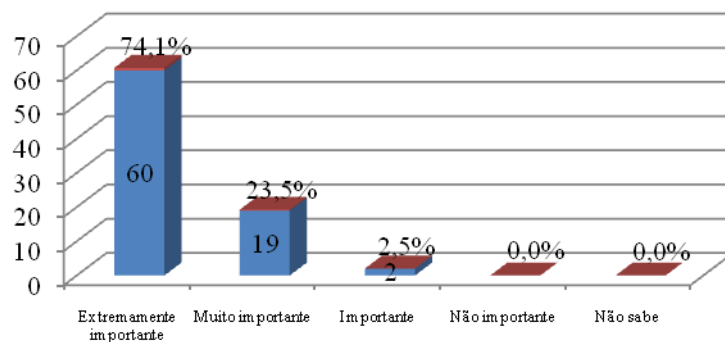


Figura n.º8: Importância da avaliação e registo sistemático da dor.

Após análise da figura n.º8 verificou-se que entre as cinco opções de escolha apenas três foram seleccionadas sendo que, 60 dos inquiridos (74,1%) consideram extremamente importante, seguidos de 19 inquiridos (23,5%) que acham muito importante e os restantes 2 inquiridos (2,5%) optaram pelo importante.

Qual o motivo para acharem importante a avaliação e registo sistemático da dor	n	%
a) Porque é o 5º sinal vital.	2	2,5
b) Porque é importante o alívio da dor para melhorar a qualidade de vida do doente e para a humanização dos cuidados.	71	87,7
c) Porque o alívio da dor é um direito dos doentes.	5	6,2
d) Porque é uma forma de prestarmos cuidados de excelência.	3	3,7
Total	81	100

Tabela n.º5: Distribuição dos inquiridos segundo o motivo pelo qual acham importante a avaliação e o registo sistemático da dor.

Após leitura e análise da tabela n.º5 verificou-se que 71 dos inquiridos (87,7%) consideram importante a avaliação e o registo sistemático da dor porque é importante o alívio da dor para melhorar a qualidade de vida do doente e para a humanização dos cuidados, seguidos de 5 inquiridos (6,2%) que vêem o alívio da dor como um direito dos doentes e a principal razão para a sua avaliação e registo sistemático. Enquanto 3 dos inquiridos (3,7%) tomaram como opinião o facto de ser uma forma de prestar cuidados de excelência, já 2 dos inquiridos (2,5%) consideram importante a avaliação e registo sistemático da dor por esta ser considerada o 5ºsinal vital.

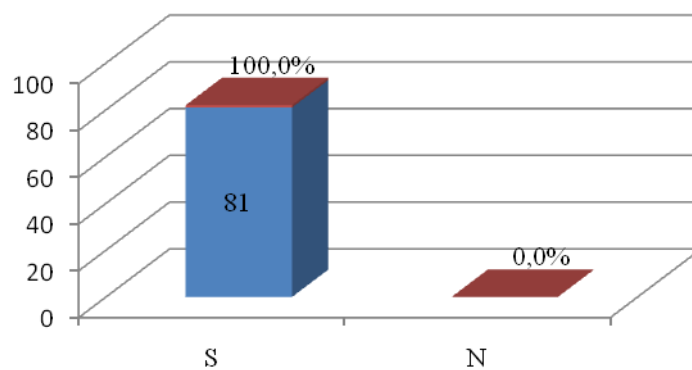


Figura n.º9: Conhecimento das diferentes escalas de avaliação da dor.

Quando questionados se possuíam conhecimento sobre as diferentes escalas de avaliação da dor e como demonstra a figura n.º5, a totalidade da amostra, ou seja, os 81 dos inquiridos (100%) responderam que sim, que tinham conhecimento.

1.3 Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação

Neste subcapítulo vão ser apresentados os resultados obtidos relativamente às questões que pretendiam verificar os conhecimentos dos inquiridos.

Qual a definição de dor	n	%
a) A dor ocorre isoladamente num ser humano específico inserido num contexto psicossocial, económico e cultural.	13	16,0
b) A dor é como aquilo que a pessoa que a experimente diz ser, não existindo sempre que a pessoa diz sentir.	13	16,0
c) A dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.	47	58,0
d) A dor é uma experiência objectiva que pode ser apenas percebida directamente por quem a sofre.	8	9,9
Total	81	100

Tabela n.º6: Distribuição dos inquiridos segundo a definição de dor.

Após análise da tabela n.º6, verificou-se que 47 dos 81 inquiridos (58,0%) escolheram a resposta correcta, a alínea c), sendo que os restantes 34 inquiridos (41,9%) optaram pelas alíneas erradas.

Qual a definição de dor aguda	n	%
a) Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal.	72	88,9
b) Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e não causal.	9	11,1
Total	81	100

Tabela n.º7: Distribuição dos inquiridos segundo a definição de dor aguda.

Após leitura da tabela n.º7, constatou-se que 72 dos respondentes (88,9%) escolheram a resposta correcta, alínea a), ao passo que 9 (11,1%) optaram pela resposta errada.

Qual a definição de dor crónica	n	%
a) A Dor crónica apresenta uma duração superior a três meses não estando associada à ocorrência que a provocou.	49	60,5
b) A Dor crónica apresenta uma duração superior a seis meses não estando associada à ocorrência que a provocou.	32	39,5
Total	81	100

Tabela n.º8: Distribuição dos inquiridos segundo a definição de dor crónica.

No que respeita à questão que pedia que seleccionassem a opção que definia dor crónica, 49 dos inquiridos (60,5%) seleccionaram a resposta errada, alínea a), já os restantes 32 inquiridos (39,5%) optaram pela resposta correcta, como se pode verificar através da análise tabela n.º8.

“Os estímulos dolorosos produzem impulsos que são transmitidos...”	N	%
a) ... ao longos das fibras nervosas aferentes periféricas.”	52	64,2
b) ... ao longos das fibras nervosas eferentes periféricas.”	29	35,8
Total	81	100

Tabela n.º9: Distribuição dos inquiridos segundo o conhecimento da fisiologia da dor.

Após leitura da tabela n.º9, verificou-se que 52 dos inquiridos (64,2%) responderam acertadamente, alínea a), ao passo que 29 dos inquiridos (35,8%) responderam erradamente.

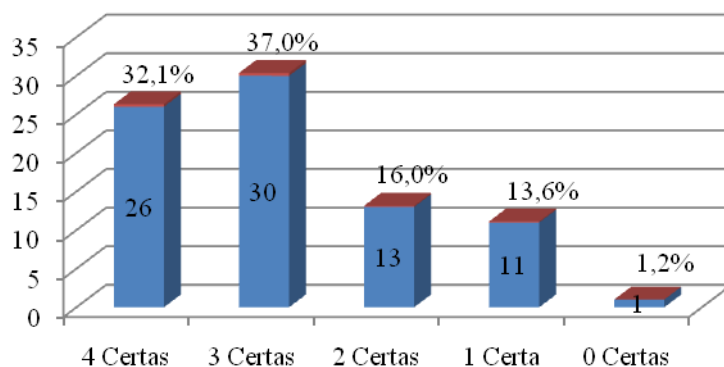


Figura n.º10: Avaliação de conhecimentos sobre a dor e sua avaliação.

Após análise e leitura da figura n.º10 verificou-se que 30 inquiridos (37,0%) responderam correctamente a 3 questão das quatro que permitiam avaliar os conhecimentos dos inquiridos, 26 dos respondentes (32,1%) acertaram à totalidade das perguntas seguidos de 13 inquiridos

(16,0%) que acertaram a duas questões, 11 (13,6%) acertaram apenas a uma questão e 1 inquirido (1,2%) errou a todas as questões. Assim constatou-se que 56 dos inquiridos (69.1%) responderam acertadamente a três ou mais questões.

1.4 Práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem sobre a dor e sua avaliação enquanto alunos estagiários

Neste subcapítulo vão ser apresentados os resultados obtidos relativamente às questões que pretendiam verificar as práticas adoptadas pelos inquiridos enquanto alunos estagiários.

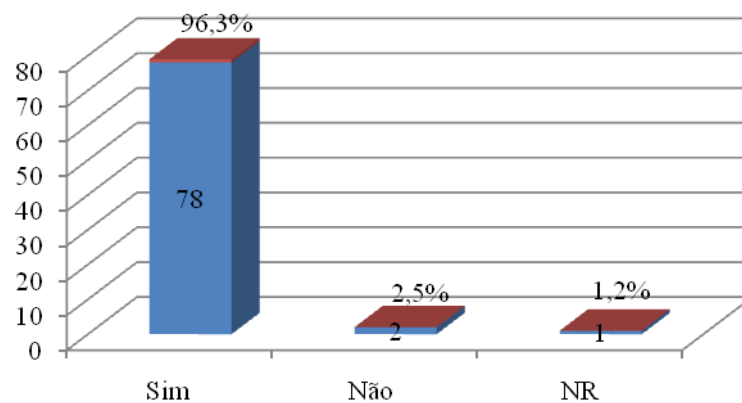


Figura n.º11: Durante os ensinamentos clínicos avaliava e registava a dor.

Após análise da figura n.º11 verificou-se que 78 dos inquiridos (96,3%) responderam sim, seguidos de 2 inquiridos (2,5%) que responderam não e apenas 1 (1,2%) não respondeu à questão em análise.

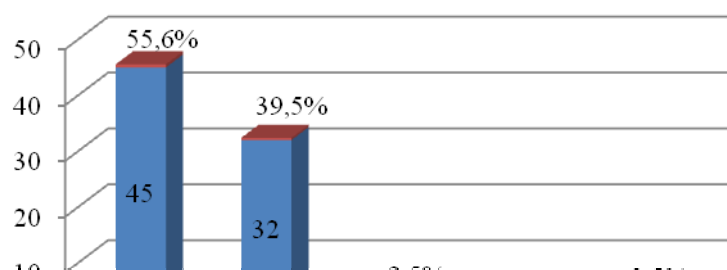


Figura n.º12: Frequência com que avaliavam e registavam a dor.

Após leitura da figura n.º12, verificou-se que 45 dos inquiridos (55,6%) referiram avaliar e registar a dor sistematicamente seguidos de 32 (39,5%) que mencionaram avaliar e registar algumas vezes, já 2 dos inquiridos (2,5%) responderam raramente e outros 2 (82,5%) não responderam.

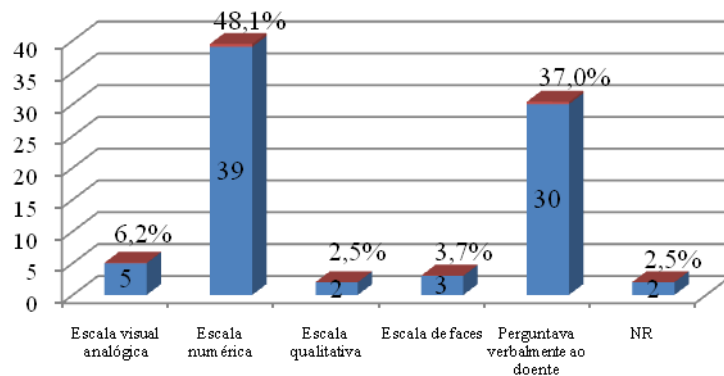


Figura n.º13: Frequência de utilização dos instrumentos de avaliação da dor.

Após leitura e análise da figura n.º13 constatou-se que 39 dos inquiridos (48,1%) afirmaram utilizar a escala numérica, seguidos de 30 inquiridos (37%) que mencionaram perguntar verbalmente ao doente. Já 5 dos inquiridos (6,2%) utilizaram com mais frequência a escala visual analógica seguidos de 3 (3,7%) que utilizaram a escala de faces, 2 (2,5%) a escala qualitativa e finalmente, 2 (2,5%) não responderam à questão.

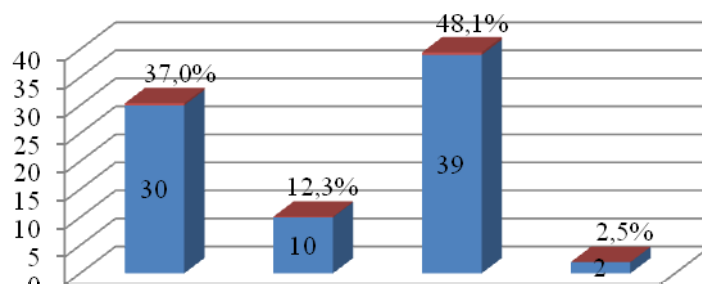


Figura n.º14: Local (ais) onde registavam a avaliação da dor.

Pela análise da figura n.º14 constatou-se que 39 dos inquiridos (48,1%) registavam tanto na folha de registo dos sinais vitais como também em notas de enfermagem, seguidos de 30 inquiridos (37,0%) que registavam na folha de registo de sinais vitais, 10 inquiridos (12,3%) registaram em notas de enfermagem e 2 (2,5%) dos inquiridos não responderam.

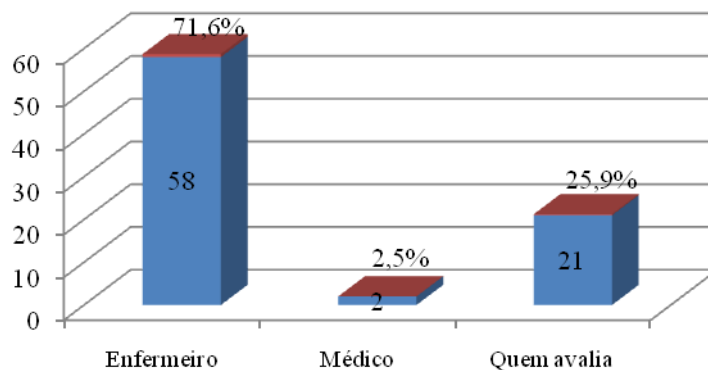


Figura n.º15: Quem deve fazer o ensino relativamente às escalas de avaliação da dor.

Quando questionados sobre quem devia fazer o ensino relativo às escalas de avaliação da dor e de acordo com a figura n.º15, constatou-se que 58 dos inquiridos (71,6%) são da opinião que deve ser o enfermeiro, seguidos de 2 inquiridos (2,5%) que são da opinião que deve ser o médico já 21 dos inquiridos (25,9%) acham que a responsabilidade é de quem avalia.

Aspecto que mais valoriza na avaliação da dor para além da referida pelo	N	%
--	---	---

doente		
a) Apenas o relato do doente.	5	6,2
b) Condições patológicas ou procedimentos conhecidos como dolorosos.	15	18,2
c) Parâmetros fisiológicos (sinais Vitais).	10	12,3
d) Comportamento associado à dor.	6	7,4
e) Alíneas a), b) e c)	6	7,4
f) Alíneas b), c) e d)	39	48,1
Total	81	100

Tabela n.º10: Distribuição dos inquiridos segundo o aspecto que mais valorizam na avaliação da dor para além da referida pelo doente.

Após análise da tabela n.º10 verificou-se que 39 dos inquiridos (48,1%) valorizam as alíneas b), c) e d), seguidos de 15 inquiridos (18,2%) que valorizam as condições patológicas ou procedimentos conhecidos como dolorosos. Já 10 dos inquiridos (12,3%) consideram os parâmetros fisiológicos como o aspecto que mais valorizam, enquanto 6 inquiridos (7,4%) valorizam o comportamento associado à dor e outros tantos valorizam as alíneas a), b) e c) sendo que apenas 5 dos inquiridos (6,2%) valorizam apenas o relato do doente.

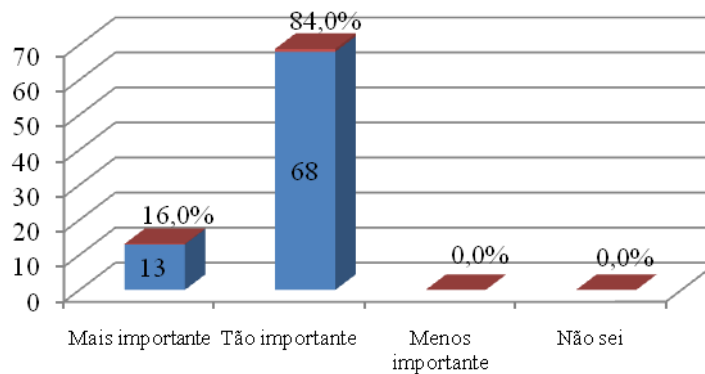


Figura n.º16: Importância da avaliação da dor aguda relativamente à dor crónica.

Após leitura e análise da figura n.º16, constatou-se que 68 dos inquiridos (84%) consideram a avaliação da dor aguda tão importante como a avaliação da dor crónica sendo que os restantes 13 inquiridos (16%) são da opinião que a avaliação da dor aguda é mais importante do que a avaliação da dor crónica.

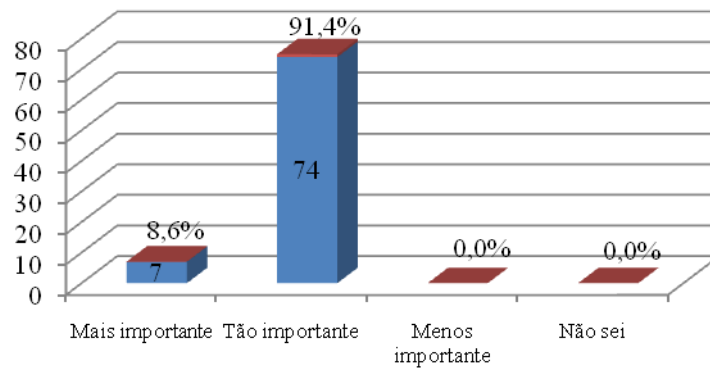


Figura n.º17: Importância da avaliação e registo da dor relativamente aos restantes sinais vitais.

Pela análise da figura n.º17 verificou-se que 74 dos inquiridos (91,4%) consideram a avaliação e registo da dor tão importante como a avaliação e o registo dos restantes sinais vitais, sendo que 7 inquiridos (8,6%) consideram mais importante.

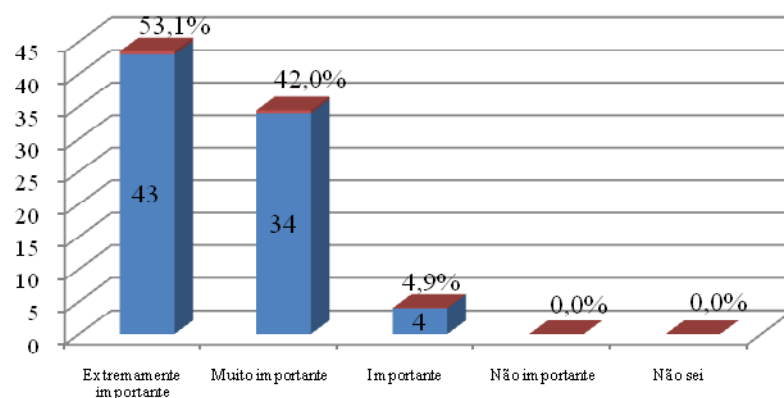


Figura n.º18: Importância da avaliação e registo sistemático da dor no seu eficaz controlo.

Quando questionados se achavam importante a avaliação e o registo da dor para o seu eficaz controlo e como se pode verificar na figura n.º18, constatou-se que 43 dos inquiridos (53,1%) consideram extremamente importante, seguidos de 34 inquiridos (42%) acham muito importante e 4 inquiridos (4,9%) concordam que é importante.

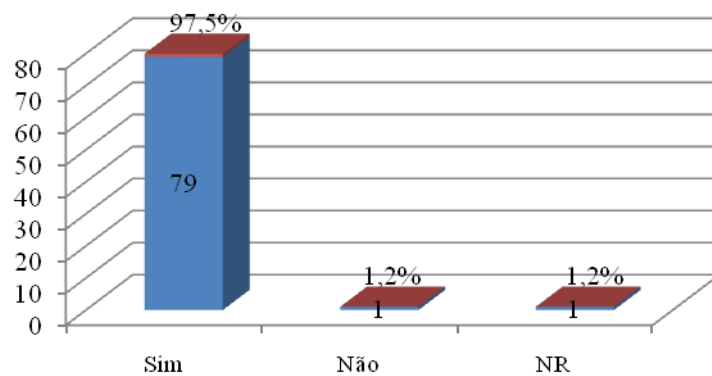


Figura n.º19: Após administração de terapêutica analgésica reavaliava a dor.

Após análise da figura n.º19 constatou-se que 79 dos inquiridos (97,5%) responderam sim, que reavaliavam a dor após administração de terapêutica analgésica, seguidos de 1 inquirido (1,2%) que respondeu não e outro que não respondeu.

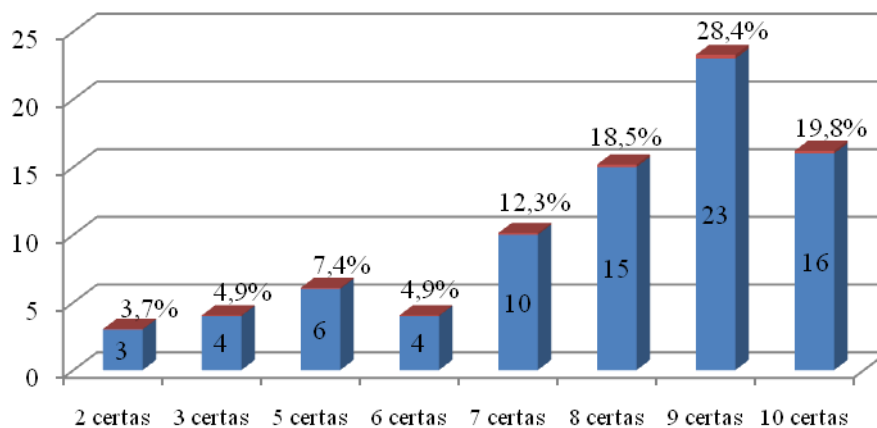


Figura n.º20: Avaliação das práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação enquanto alunos estagiários.

Após análise da figura n.º20 constatou-se que 23 dos inquiridos (28,4%) responderam correctamente a nove perguntas, seguidos de 16 (19,8%) que responderam correctamente a dez perguntas, 15 (18,5%) responderam certo a oito questões, 10 (12,3%) acertaram em sete questões, 6 (7,4%) obtiveram cinco respostas correctas, 4 dos inquiridos (4,9%) responderam acertadamente a seis e três questões e, finalmente, 3 (3,7%) acertaram a duas questões. Ainda pela leitura do mesmo gráfico, verificou-se que 68 dos inquiridos (83,9%) obtiveram seis ou mais respostas correctas.

2. Discussão

Passamos agora à discussão e análise crítica dos resultados, tendo por base o enquadramento teórico efectuado, as questões orientadoras e os objectivos delineados para o estudo. Relativamente à sequência da apresentação, será utilizada a mesma da apresentação dos resultados.

2.1. Caracterização da amostra

Relativamente à caracterização da amostra, verificou-se que existiu um predomínio no sexo feminino, 62 inquiridos, em relação ao sexo masculino, que foi representado por 19 inquiridos. De facto, esta predominância do sexo feminino, não é de estranhar dado a história da enfermagem.

No que respeita às idades, estas variaram, no entanto as categorias etárias mais significativas encontraram-se entre os 22 e os 23 anos, 41 dos inquiridos, seguidos pelas situadas entre os 24 e os 25 anos, 18 dos inquiridos. Ainda, a idade mais frequente dos respondentes foi a de 22 anos.

2.2. Opinião dos alunos do 4ºano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a dor e sua avaliação

Quando questionados se sabiam a definição de dor, verificou-se que a quase totalidade da amostra, 80 dos inquiridos (99%), referiram saber definir dor.

Os resultados obtidos quando se pediu a opinião sobre a relevância para a enfermagem do conhecimento da fisiologia da dor foram, 80 dos inquiridos (98,8%) acharam relevante e um dos inquiridos não respondeu à referida questão.

A maioria dos inquiridos, ou seja, 63 dos inquiridos (77,8%) acharam extremamente importante a dor ter sido considerada como 5º sinal vital, enquanto 18 acharam muito importante.

Relativamente à questão que se propunha verificar a justificação pela qual os inquiridos achavam extremamente e muito importante a dor ser considerada como 5º sinal vital vai ao

encontro do que afirma Campbell, (cit in Mularski, 2006, p.607): “(...) os sinais vitais são levados a sério, (...) se a dor for abordada com o mesmo zelo que os sinais vitais, teria muito maior probabilidade de ser encarada e ser tratada correctamente”. Assim verificou-se que 33 dos inquiridos (40,7%) justificaram a sua resposta relacionando a dor com os restantes sinais vitais, concordando com o que afirma Campbell. Já 24 inquiridos justificaram-se afirmando que a dor interfere com a recuperação e/ou bem-estar do doente indo ao encontro com a JCAHO (2001) que refere que a abordagem da dor como 5º Sinal Vital tem como objectivo o aumento da atenção sobre a abordagem da mesma o que pode levar a um melhor e mais eficaz controlo da dor, o que por sua vez, promove o bem-estar do doente melhorando a sua qualidade de vida.

Relativamente à questão que abordava a importância da avaliação e registos sistemático da dor, dos inquiridos, 60 consideraram extremamente importante, 19 muito importante e 2 importante.

A questão seguinte perguntava o porquê de considerarem importante a avaliação e o registo sistemático da dor, à qual, 71 dos inquiridos responderam que é importante o alívio da dor para melhorar a qualidade de vida do doente e para a humanização dos cuidados, seguidos de 5 dos inquiridos que defendem que o alívio da dor é um direito dos utentes, 3 afirmam que é uma forma de prestar cuidados de enfermagem de excelência e finalmente 2 responderam porque a dor é um dos cinco sinais vitais.

Assim verificou-se que a maioria dos respondentes concorda com o que diz na Norma da DGS (2003, p.1):

“A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a optimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.”

Relativamente à questão que perguntava se tinham conhecimentos sobre as diferentes escalas de avaliação da dor, a totalidade dos respondentes afirmaram que sim, o que se considerou muito positivo uma vez que foi uma temática abordada em sala de aula.

2.3. Conhecimento dos alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem sobre a dor e sua avaliação

Quando foi pedido para seleccionarem a opção que definia dor, 47 dos inquiridos (58%) seleccionaram a resposta correcta. Tendo em conta que quando lhes foi questionado se sabiam definir dor, 80 dos inquiridos afirmaram que sim, o que significa que 33 dos inquiridos julgavam saber a definição de dor, mas na verdade não o sabiam.

Relativamente à questão que propunha escolher a afirmação que definia dor aguda, 72 dos inquiridos (88,5%) escolheram a afirmação correcta sendo que os restantes 9 inquiridos escolheram a afirmação errada.

No que concerne à questão que proponha seleccionar a afirmação que definia dor crónica, 49 dos inquiridos (60,5%) seleccionaram a afirmação errada ao passo que 32 dos inquiridos (39,5%) seleccionaram a afirmação correcta.

Quando foi proposto que seleccionassem a sugestão que dava continuidade à afirmação: “Os estímulos dolorosos produzem impulsos nervosos que são transmitidos...”, apenas 52 dos inquiridos (64,2%) escolheram a opção correcta. Após a análise dos resultados desta questão e tendo em conta que 80 dos inquiridos consideraram relevante para a enfermagem o conhecimento da fisiologia da dor, concluiu-se que apesar de 80 dos 81 inquiridos considerarem relevante, verificou-se que apenas 52 dos 80 inquiridos eram conhecedores da fisiologia da dor, embora achem relevante não procuraram ter esse conhecimento enquanto alunos de enfermagem em ensino clínico e, num futuro muito próximo, enfermeiros.

De forma a avaliar os conhecimentos dos inquiridos sobre dor e sua avaliação, tendo em conta as questões dos questionários que pretendiam avaliar esses mesmos conhecimentos verificou-se os seguintes resultados (figura n.º10): 30 dos inquiridos (37,0%) responderam a três perguntas correctamente e 26 inquiridos (32,1%) acertaram em quatro perguntas. Assim sendo, e tendo como referência que só são considerados conhecimentos a quem respondeu acertadamente a três ou mais perguntas, verificamos que 56 dos inquiridos, isto é 69,1%, apresentam conhecimentos sobre a dor e sua avaliação. Esta percentagem foi considerada como boa, uma vez que ultrapassou os 60% estipulados anteriormente para atestar que os inquiridos obtinham conhecimentos.

2.4. Práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem sobre a dor e sua avaliação enquanto alunos de enfermagem

Quando questionados se avaliavam a dor durante os diferentes ensinamentos clínicos, dos 81 inquiridos, 78 responderam sim, 2 referiram que não e um não respondeu. Como se pode verificar, à pergunta em que os inquiridos foram questionados se conheciam as diversas escalas de avaliação da dor, a totalidade da amostra (81) respondeu que sim e por outro lado, quando questionados se avaliavam e registavam a dor, dos 81 inquiridos que conheciam os diferentes instrumentos de avaliação da dor, apenas 78 responderam que sim, isto leva a pensar que não basta ter conhecimento é necessário usá-lo, tal como citado por Dale (1995, p.16): “Apesar da disponibilidade dos instrumentos de avaliação da Dor, estes nem sempre são usados.”

Em relação à questão que perguntava com que frequência avaliavam e registavam a dor, 45 dos inquiridos referiram sistematicamente, 32 algumas vezes seguidos de 2 que afirmaram raramente e outros 2 que não responderam. Com a análise destes resultados, atestou-se mais uma vez, a afirmação mencionada anteriormente por Dale (1995, p.16). Se bem que 45 dos inquiridos afirmaram avaliar e registar a dor sistematicamente, os restantes 36 não o faziam indo contra ao que vem referido na Norma da DGS que defende que a avaliação sistemática é importante para um controlo mais eficaz da dor.

Quando interrogados sobre o que utilizavam para avaliar a Dor, 39 dos inquiridos responderam que utilizavam a “Escala Numérica”, que está de acordo com o que foi definido pela Circular Normativa n.º9 de 14 de Junho de 2003 isto é, utilização para mensuração da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala das Faces”. Já 30 inquiridos afirmaram que perguntavam verbalmente ao doente. Sendo a Dor uma experiência subjectiva a intenção das escalas é diminuir essa subjectividade, criando uma linguagem comum entre doente e profissional de saúde, sendo que não aplicando uma escala como instrumento de avaliação da dor estamos a acrescentar a subjectividade do profissional de saúde que avalia à própria subjectividade da dor.

Quando questionados sobre o local onde efectuavam o registo da intensidade da dor, 39 dos inquiridos referiram registar tanto na folha de registo de sinais vitais como também em notas de enfermagem seguidos de 30 dos inquiridos que afirmaram registar na folha de registo de sinais vitais.

O que é preconizado para o registo da intensidade da dor é que este se faça na folha de sinais vitais. Quando feito nesta folha ele torna-se mais visível, sendo mais fácil observar a sua evolução e respostas à terapêutica analgésica. Como é referido no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.32) e já foi mencionado no enquadramento teórico, “o uso de registos, como rotina, encoraja quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas”.

Assim, no que concerne a esta questão os resultados foram positivos, uma vez que o registo da dor deve ser feito na folha de registo de sinais vitais devendo ser completado em notas de enfermagem sempre que se torne pertinente, nomeadamente ao tipo de dor, localização, formas de alívio e agravamento e terapêutica instituída.

Relativamente a quem deverá fazer o ensino sobre as escalas de avaliação da dor, 58 dos inquiridos é de opinião que deverá ser o enfermeiro, seguidos de 21 que referiram ser quem avalia e apenas 2 inquiridos afirmam que deve ser o médico.

Como é referido na Norma da DGS (2003, p.2) “É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala utilizada.” Por este motivo, as escalas deverão ser explicadas ao doente, pelo profissional de saúde que vai proceder à avaliação, antes da sua utilização certificando-se que ele compreendeu. No entanto, não especifica quem deve fazer o ensino, e visto que é o enfermeiro quem passa mais tempo com o doente pressupõe-se que deve ser ele a fazer o ensino, por outro lado, o médico também avalia a dor do doente, o que leva a pensar que talvez, o mais adequado seja quem avalia a dor a fazer o ensino ao doente.

Quando questionados sobre qual o aspecto que mais valorizam na avaliação da dor para além da referida pelo doente, nomeou-se que as ”condições patológicas ou procedimentos conhecidos como dolorosos”, os “parâmetros fisiológicos (sinais vitais)” e o “comportamento associado à dor” como os três critérios que 39 dos inquiridos mais valorizaram, o que vai ao encontro do mencionado no enquadramento teórico. Por exemplo, relativamente ao Sistema

Músculo-Esquelético pôde-se verificar alterações da postura corporal e/ou alteração do fâcies, e/ou aumento da tensão muscular, e como resposta comportamental, a exteriorização do sofrimento (Serrano e Pires, 2000). Considerou-se pertinente salientar que 5 dos inquiridos afirmaram valorizar apenas o relato do doente sendo este aspecto, por si só, considerado uma avaliação pobre dado a subjectividade da dor.

Quando questionados qual a importância da avaliação da dor aguda relativamente à dor crónica, 68 dos inquiridos são da opinião que é tão importante, 13 acham que é “mais importante” e ninguém respondeu “menos importante”. A análise destes resultados foram considerados como positivos uma vez que a maioria dos inquiridos são da opinião que a avaliação da dor aguda é tão importante como a crónica o que afirmado pela norma da DGS (2003), como sendo uma boa prática a avaliação e o registo sistematizado da dor, como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas de qualquer idade e sofrendo de qualquer tipo de dor.

Relativamente à questão que verifica qual a opinião dos inquiridos sobre a importância da avaliação e registo da dor em relação aos restantes sinais vitais, 74 dos inquiridos são da opinião que é “tão importante” sendo que apenas 7 acha “mais importante” e ninguém respondeu “menos importante”, como o próprio nome diz, a dor é vital como o 5º sinal vital, logo tão importante quanto os outros e de acordo com a American Pain Society (cit. in NPC, 2001, p.21), a avaliação da dor não deverá estar dependente da avaliação dos restantes sinais vitais, mas sim da situação de dor em si.

Quando questionados quanto à importância da avaliação e o registo sistemático da dor no seu controlo eficaz, 43 dos inquiridos consideram extremamente importante, 34 muito importante e 4 acham importante. Esta análise vai de encontro ao que vem referido na norma da DGS (2003, p.1) e já foi mencionado anteriormente.

Finalmente, quando questionados se após administração analgésica, reavaliavam a dor, dos inquiridos, 79 afirmaram que sim, 1 respondeu não e outro não respondeu, o que se verificou uma percentagem bastante positiva pois a grande maioria afirma que reavaliava a dor e uma vez que após instituída uma terapêutica analgésica, implica sempre uma reavaliação e registo que permita a avaliação e reajuste, se necessário, da terapêutica.

De forma avaliar as práticas adoptadas pelo alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre a dor e sua avaliação enquanto alunos estagiários, tendo em conta as perguntas do questionário que pretendiam avaliar essas mesmas práticas (figura n.º20) verificou-se que 68 dos inquiridos (83,9%) obtiveram seis ou mais respostas correctas, o que por sua vez se considerou uma boa percentagem visto ter ultrapassado significativamente a percentagem estipulada (60%) anteriormente para atestar que essas mesmas práticas seguiam as orientações preconizadas pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor bem como pela Circular Normativa n.º 09 de 14 de Junho de 2003.

IV. CONCLUSÃO

Como término deste trabalho, considerou-se pertinente elaborar uma conclusão com a finalidade de expor dados, resultados, situações e opiniões importantes que revelem a essência deste estudo.

Antes de mais, é de extrema importância referir que a elaboração deste trabalho científico permitiu uma experiência gratificante, não só pela possibilidade da aplicação dos conhecimentos adquiridos, mas também pela tomada de consciência da problemática da Dor e da sua avaliação.

Pretendeu-se nesta fase final do trabalho científico, realçar os aspectos mais significativos, de forma a esclarecer as questões inicialmente levantadas.

Assim sendo, verificou-se ao longo deste trabalho que:

- A maioria dos inquiridos revelou opiniões muito favoráveis à adopção de boas práticas de enfermagem no que concerne à dor e sua avaliação;
- A maioria dos inquiridos demonstrou conhecimentos sobre a Dor e sua avaliação;
- A maioria dos inquiridos, ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, adoptou práticas de enfermagem relativamente à dor e sua avaliação que estão em conformidade com o preconizado no Plano Nacional da Luta Contra a Dor e na Circular Normativa n.º 09 de 14 de Junho de 2003.

Posto isto, pode-se concluir que se os inquiridos que responderam de forma positiva mantiverem as práticas, isto é, continuarem a agir de acordo com o preconizado pela circular normativa e com as orientações descritas no Plano Nacional de Luta Contra a Dor no que concerne à dor e sua avaliação, se não perderem o espírito de busca por mais conhecimento, querer saber o porquê das coisas e não apenas, fazer por fazer, poderemos ser uma geração de enfermeiros que contribuem para cuidados de excelência.

É de referir também, a necessidade de realização de outros trabalhos de investigação da mesma índole, com o objectivo de investigar a influência da avaliação da Dor na administração de analgésicos. Pensa-se que os resultados de tal estudo seriam muito importantes, principalmente, para os doentes que sofrem de Dor crónica.

Nesta parte do estudo pretendeu-se essencialmente desenvolver as capacidades intelectuais, através de um juízo de autocrítica, com o sentido de dar uma contribuição positiva e construtiva para a realização de futuros trabalhos de investigação. No que diz respeito às limitações do presente estudo, na opinião pessoal, a principal limitação encontra-se relacionada com a inexperiência na realização de uma investigação científica.

Na fase conceptual, esta mesma inexperiência levou a que, na formulação do problema se optasse por realizar um estudo do tipo descritivo simples, por se considerar que se tornaria mais acessível a sua realização através da descrição das variáveis em estudo. Na realização do enquadramento teórico, a maior limitação foi o difícil acesso à informação pertinente, no sentido de documentar o problema, factor que foi ultrapassado com êxito.

Na fase metodológica, a principal limitação e dificuldade deste estudo, foram as questões pertinentes a colocar no questionário, o que foi ultrapassado através da bibliografia actualizada em que se investiu.

Na fase empírica, no que diz respeito à análise estatística torna-se importante referir que os conhecimentos neste domínio, não foram muito abundantes. Note-se que este estudo foi orientado tendo em conta os objectivos delineados de forma a facilitar a compreensão do problema em estudo.

Proponho à coordenação uma revisão do modo como é leccionada/ avaliada a informação relacionada com a dor como 5º sinal vital, dado que é preocupante pensar que quase metade dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP e quase profissionais, têm tantas lacunas num assunto de tão grande importância como este.

V. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. (2005). Neurobiologia da dor - Apontamentos das aulas do Curso de Especialização em Ciências da Dor. Braga.
- Australian and New Zealand Colleg of Anaesthetists and Faculty of pain medicine (2005). *Acute pain management: Scientific evidence*. [em Linha]. Disponível em http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp104_3.pdf [Consultado em 29/01/2010].
- Cailliet, R. (1999). Dor: Mecanismos e tratamento. Porto Alegre: Artmed.
- Catana, C. (2005). Apontamentos das aulas do Curso de Especialização em Ciências da Dor. Lisboa.
- Caseiro, H. e Pinto, I. (2001). Dor oncológica – que sentido? *Nursing*. N.º 158, Setembro, p.15-21.
- Conian, S. e Diamond, A. (1997). *Controlo da dor*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Dale, F. (1995). Dor no pós-operatório do doente cirúrgico programado. *Nursing* N.º 85, Fevereiro; p.16-21.
- Direcção Geral de Saúde (2003). Circular normativa nº09 de 14 de Junho de 2003, Lisboa.
- Direcção Geral de saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004/2010. [Em Linha]. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> [Consultado a 03/03/2010].
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à Realização*. Loures, Lusociência.
- Gil, A. (1991). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo, Editora Atlas
- Helman, C (1994). *Dor e cultura*. Lisboa, Porto Alegre.

- Jenko, M. et al. (2006). *Transcultural Nursing Principles, An application to hospice care*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/534031>. [consultado em 08/03/2019].
- Loveman, E. e Gale, A. (2001). Factores que influenciam as influências dos enfermeiros quanto à dor. *Nursing* N.º 153, Março, pp.32-36.
- Metzger, C. et al. (2002). *Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Lusociência.
- Mularski, R. et al. (2006). Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. [Em Linha]. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118582815/PDFSTART>. [Consultado em 06/02/2010].
- Nacional 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 15/04/2010].
- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.
- Paulino, M. (2002). Aspectos psicológicos da Dor. *Revista do Interno*. Lisboa, pp.43-47.
- Pereira, F. e Coelho, A. (2002). Sensibilizar para a Dor. *Sinais Vitais* N.º 44, Setembro, p.23-25.
- Pereira, V. SOUSA, F. (1998). Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol 6 nº3, p.77-84

- Phipps, W. et al. (1999). *Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa, Lusodidacta.
- Pimparel, M. e Marques, C. (1998). *Dor Oncológica – Guia Prático*. Coimbra.
- Portal da Saúde (2005). *Dor*. [Em linha]. Disponível em www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/apoio.htm. [Consultado em 03/03/2010].
- Portal da Saúde (2005). *Saiba o que è a dor e como combatê-la*. [Em linha]. Disponível em www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/apoio.htm. [Consultado em 03/03/2010].
- Portugal. Ministério da Saúde (2003). 5º Sinal Vital. Circular Normativa n.º 9/DGCG.
- Potter. Perry (2003). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*, 5ª Edição. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Rico, T. e Barbosa, A. (1995). *Dor: Do neurónio à pessoa*. Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Rigotti, M. et al. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Ciencias da Saude*. pp.50-54.
- Seeley, R. et al. (1997). *Anatomia & Fisiologia*. Lisboa, Lusodidacta.
- Serrano, M. et al. (2002). Valoración del dolor (II). *Rev. Soc. Esp. Del Dolor*. vol9 Nº2, p.109-121.
- Serrano, P. et al. (2000). A intervenção do Enfermeiro na Dor. *Nursing*; N.º 148, p.16-18.
- Thomas, M. (2003). Pain management – The challeng. *The Ochsner journal* Nº5, p.15-21.
- Tomey, A. e Alligood, R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lisboa, Lusociência.

Anexos

Anexos I - Questionário

Maria do Céu Esteves de Jesus Martins

Questionário

**”Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do
4º ano da Licenciatura de Enfermagem da UFP”**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade De Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2010