UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

MARIA DE FÁTIMA CARDOSO DE OLIVEIRA DE SOUSA

O ENFERMEIRO E AS TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR: INFORMAÇÃO/APLICAÇÃO

COIMBRA JUNHO, 2009

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

MARIA DE FÁTIMA CARDOSO DE OLIVEIRA DE SOUSA

O ENFERMEIRO E AS TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR: INFORMAÇÃO/APLICAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria Cultural sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel João Quartilho, Professor Coordenador do Mestrado em Psiquiatria Cultural.

COIMBRA JUNHO, 2009

Ao Fernando, ao Pedro e à Mariana

Todo o meu amor

JURI

Presidente

Presidente do Conselho Cientifico, Doutora Catarina Isabel Neno Resende de Oliveira, Professora Catedrática da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Vogais

Doutor António José Feliciano Barbosa, Professor Auxiliar Convidado com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Doutor Carlos Manuel Brás Saraiva, Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho, Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Manuel João Quartilho por ter aceitado o nosso pedido de orientação, pela disponibilidade que manteve durante todo o desenvolvimento deste estudo, pelo apoio e motivação.

Aos Enfermeiros que participaram na investigação e sem os quais não era possível a sua realização.

Ao Presidente do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade da Coimbra Professor Doutor Fernando Regateiro e à Senhora Enfermeira Directora Manuela Teixeira pela autorização para a aplicação do questionário.

Aos Enfermeiros Chefes/Responsáveis do Serviço de Cirurgia I (Enfª Emilia Torres e Enfª Fernanda Tavares), do Serviço de Cirurgia III (Enfª. Marta Machado e Enf. Fernando Sousa) e do Serviço de Medicina III (Enfª Emília Marta e Enfª Virgínia Abreu) e ao Enfermeiro Eduardo Queirós pela colaboração na aplicação do Instrumento de Recolha de Dados.

À Professora Doutora Manuela Frederico pela colaboração no tratamento estatístico, pelo incentivo e apoio que foram fundamentais para a finalização desta dissertação.

À Professora Doutora Fátima Dias pela literatura que disponibilizou, pela motivação e incentivo na selecção do tema desta dissertação.

Ao meu marido e aos meus filhos pelo apoio que me deram, pela tolerância que tiveram e pelo tempo que não puderam partilhar comigo.

A todos que contribuíram para a realização desta dissertação.

A toda a minha família pelo amor que me transmitem…

RESUMO

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem - estar físico e psicossocial. Se nem sempre é possível os profissionais de saúde eliminarem a dor, os enfermeiros pelo contacto frequente que têm com os doentes desempenham um papel fundamental na implementação de acções para o seu controlo, através da aplicação de técnicas não farmacológicas, reduzindo o sofrimento associado à dor não aliviada.

O controlo da dor torna-se mais eficaz quando envolve técnicas farmacológicas e não farmacológicas (tais como o relaxamento, a massagem, a distracção, a aplicação de calor e do frio, entre outras). Estas últimas são, na sua maioria, de baixo custo e de fácil utilização podendo serem ensinadas aos doentes e cuidadores e aplicadas em meio hospitalar e no domicílio.

A questão central que orientou esta investigação diz respeito à informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas e a aplicação das mesmas no controlo da dor. Este estudo contou com uma amostra constituída por 138 enfermeiros prestadores de cuidados.

Trata-se de um estudo descritivo correlacional, em que os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário constituído, por questões inerentes aos dados pessoais e profissionais e por um conjunto de afirmações que permitiram conhecer a informação que os enfermeiros possuem sobre técnicas não farmacológicas no controlo da dor.

A análise estatística realizada revelou que 97,1% dos enfermeiros possuem informação sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor. O nível de informação que os enfermeiros possuem sobre estas técnicas é diferente consoante a sua categoria profissional. Os enfermeiros com formação específica sobre "a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo" demonstraram possuir mais informação sobre as mesmas.

Os enfermeiros que aplicam sempre estas intervenções apresentaram um valor médio de informação mais elevado. Verificou-se uma diferença acentuada no número de enfermeiros que refere aplicar sempre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor (n=10), nunca (n=11) e no número que refere aplicar algumas vezes (n=117). O facto do Plano Nacional de Luta Contra a Dor contemplar as técnicas não farmacológicas para o controlo da dor é desconhecido para 45,65% dos elementos da nossa amostra. Somente 35,5% dos enfermeiros que participaram no estudo realizou formação específica sobre a Dor e técnicas não farmacológicas no seu controlo.

Confirma-se que a frequência de formação sobre "a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo" promovem um aumento da informação e consequentemente uma maior aplicação destas técnicas. Tal facto demonstra que o investimento na formação nesta área torna-se vital para o alívio da dor e promoção da qualidade de vida dos que dela padecem.

Palavras-chave: Dor, Técnicas não farmacológicas no controlo da dor, Enfermeiro, Informação.

ABSTRACT

Pain is one of the main causes of human suffering, affecting people's quality of life and intervening in their well-being as physical as pychosocial. Nevertheless pain is not always possible to eliminate, there are a range of nonpharmacological techniques that seems to be efficient in reducing the suffering with non relieved pain; Once nurses are one the health-care professionals who have more frequent contact with patients, they play a major role in the implementation of actions for the pain control, such as nonpharmacological techniques.

Pain control seems to be more efficient when using both pharmacological and nonpharmacological techniques (such as positioning, relaxation, massage, distraction, application of heat and cold, among others). Nonpharmacological techniques have some advantages such as low cost, easy application and can be taught to the patient and to their caregivers and also be applied both at hospital and home.

The main question that guided this study was to discover nurses' knowledge about nonpharmacological techniques and the frequency of their application in pain control.

The study was a descriptive correlational and included 138 nurses working with patients. Data was collected using a questionnaire with personal and professional questions and by a set of affirmations in order to identify the nurses' knowledge about nonpharmacological techniques.

The statistic analysis showed that 97,1% of the nurses considered in the study had some knowledge about nonpharmacological techniques of pain control. The knowledge level that the nurses possess on these techniques was different depending on their professional background. Nurses with specific training on "Pain and nonpharmacological techniques in its control" showed to possess more knowledge. Nurses who always applied those techniques demonstrated a higher level of knowledge on it.

The study puts in evidence a big variance in the number of nurses that always apply nonpharmacological techniques in pain control (n=10), never apply (n=11) and sometimes apply (n=117). The study showed that 45,65% of the elements of our sample did not know that National Plan of Fight Against Pain contemplates the nonpharmacological techniques to pain control. Only 35,5% of the nurses participating in the study carried out specific training on "Pain and nonpharmacological techniques in its control".

The study result seems to point out that training on "Pain and the nonpharmacological techniques in its control" promotes better knowledge and consequently an increase in the application of these techniques. Such fact demonstrates that the investment in this area training is vital for pain relief and promotion of life quality of those who suffer from it.

Keywords: Pain, Nonpharmacological techniques in pain control, Nurse, Knowledge.

Minha dor é velha
Como um frasco de essência cheio de pó.
Minha dor é inútil
Como uma gaiola numa terra onde não há aves,
E minha dor é silenciosa e triste
Como a parte da praia onde o mar não chega…

Álvaro de Campos in “Acordar”

SIGLAS

TNF - Técnicas não farmacológicas

ENFª – Enfermeira

ENFº - Enfermeiro

INDICE

		Pag.
INTRODUÇÃO		15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO		
1	**A DOR**	20
1.1	COMPONENTES DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA	22
1.2	PERCEPÇÃO E RESPOSTA À DOR	24
1.3	TEORIAS DA DOR	27
1.4	CLASSIFICAÇÃO DA DOR	30
1.4.1	**Classificação Temporal da Dor**	30
1.4.2	**Classificação Fisiopatológica da Dor**	31
2	**PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR**	33
3	**TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR**	40
3.1	INTERVENÇÕES FÍSICAS	41
3.1.1	**Termoterapia**	41
3.1.2	**Estimulação Eléctrica Transcutânea**	44
3.1.3	**Exercício**	45
3.1.4	**Massagem**	46
3.2	INTERVENÇOES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	47
3.2.1	**Técnicas Cognitivas**	48
3.2.2	**Técnicas Comportamentais**	51
3.3	INTERVENÇÕES DE SUPORTE EMOCIONAL	53
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO		
4	**PROBLEMÁTICA**	57
4.1	FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	59
4.2	VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	62
4.2.1	**Variável Central**	62

4.2.2 Outras Variáveis 62
4.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 63
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA 64
4.5 PRÉ TESTE 66
5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS 67
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 67
5.2 INFORMAÇÃO QUE OS ENFERMEIROS POSSUEM SOBRE AS TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR 71
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 77
CONCLUSÃO 84
BIBLIOGRAFIA 88
ANEXOS 97
ANEXO I - Questionário
ANEXO II - Pedido para Autorização do Estudo
ANEXO III - Autorização do Estudo

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pag.
Figura 1	Escala Visual Analógica	36
Figura 2	Escala Numérica	36
Figura 3	Escala Qualitativa	37
Figura 4	Escala de Faces	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pag.
Gráfico 1	Distribuição dos Enfermeiros segundo a Categoria Profissional	68
Gráfico 2	Distribuição dos Enfermeiros segundo a Formação Específica sobre Dor e TNF	69
Gráfico 3	Aplicação de TNF no Controlo da dor	71

ÍNDICE DE QUADROS

		Pag.
Quadro 1	Correlação de Pearson da Informação sobre TNF com a Idade	72
Quadro 2	*Teste t de Student para amostras independentes:* Informação sobre TNF segundo o Sexo	73
Quadro 3	Correlação de Pearson da Informação sobre TNF com o Tempo de Exercício Profissional	73
Quadro 4	Análise de Variância (ANOVA) da Informação sobre TNF segundo a Categoria Profissional	74
Quadro 5	*Teste t de Student para amostras independentes:* Informação sobre TNF segundo a Formação Específica	75
Quadro 6	Correlação de Pearson da Informação sobre TNF com o Número Habitual de Enfermeiros por Turno	75
Quadro 7	Análise de Variância (ANOVA) da Informação sobre TNF e sua Aplicação	76

ÍNDICE DE TABELAS

		Pag.
Tabela 1	Distribuição dos Enfermeiros segundo o Sexo	67
Tabela 2	Distribuição dos Enfermeiros segundo a Categoria Profissional	68
Tabela 3	Formação Específica sobre a Dor e TNF	70
Tabela 4	Aplicação de TNF no Controlo da Dor	71

INTRODUÇÃO

A dor tão antiga como o próprio Homem, inerente à própria vida, é uma das experiências mais temidas e no entanto uma das mais experimentadas. Desde sempre que a humanidade procura o alívio da dor.

Considerando a importância da dor, enquanto fenómeno fisiológico, para a integridade do indivíduo a sua abordagem e gestão foi considerada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também um factor decisivo para a humanização dos cuidados.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), fundada em 1973, sendo a maior associação multidisciplinar internacional no campo da dor, dedica-se a promover a pesquisa sobre a dor e a melhorar os cuidados prestados aos doentes com dor. Actualmente esta Associação tem mais de 6500 membros individuais em 100 países.

Portugal também acompanhou este percurso e em 1991 foi constituída a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor filiada da Associação Internacional para o Estudo da Dor com sede no Instituto de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto.

Com o intuito de alertar a sociedade para o facto de a dor ser uma das complicações mais incapacitantes em toda a Europa, em 2001 foi instituída a Semana Europeia de Luta Contra a Dor pela Federação Europeia das Associações para o Estudo da Dor.

A preocupação com o sofrimento dos que padecem com dor levou a que a Direcção Geral de Saúde em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor implementasse em 2001 o Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

Este plano preconiza o desenvolvimento de Unidades de Dor nos Serviços Oficiais de prestação de cuidados de saúde de forma a proporcionar, ao maior número possível de

doentes, o alívio da dor aguda ou crónica qualquer que seja a sua causa. Estabeleceu que todos os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos gerais sobre a sua abordagem e determinou as Orientações Genéricas para o Controlo da Dor Aguda no Período Peri-Operatório e para o Controlo da Dor Crónica. Definiu, também, as Orientações Genéricas para a Auto-Ajuda no Controlo da Dor, abordando as intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.

Tendo em conta a necessidade de um controlo eficaz da dor, a Direcção Geral de Saúde publicou a Circular Normativa de 14 de Junho de 2003, que instituiu a dor como o quinto sinal vital, com a obrigatoriedade da avaliação e registo regular da intensidade da dor pelos profissionais de saúde.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2008) considera que o controlo da dor tem sido uma área relativamente negligenciada pelo interesse governamental. Os líderes e os membros desta associação acreditam que é urgente o controlo da dor e o reconhecimento da dor crónica como um problema de saúde pública uma vez que, de acordo com esta associação, apesar de poucas pessoas morrerem de dor muitas morrem com dor e, ainda mais, vivem com dor.

Na opinião de Lopes (2006) a dor é subestimada, escondida e até negada quer por parte dos doentes, quer por parte dos profissionais de saúde. É preciso mudar mentalidades, hábitos enraizados e conceitos que são inaceitáveis no século XXI.

Um estudo realizado pela Faculdade de Medicina do Porto sobre a "Prevalência da Dor Crónica na População Portuguesa" que decorreu entre Fevereiro de 2007 e Maio de 2008 revelou que cerca de 30% dos portugueses sofrem de dor crónica, 14% referem dor moderada a grave (sendo a principal causa da dor as lombalgias) e 35% dos inquiridos com dor crónica acham que a sua dor não está bem controlada (Lopes, 2008).

Sendo o controlo eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde, é fundamental alertar para este problema e também investir muito mais nesta área. Este investimento não significa só dinheiro, é preciso desenvolver mais o estudo da dor, dar formação aos profissionais para que possam dar melhores respostas aos doentes (Romão, 2006).

Há mais de vinte anos que diferentes estudos têm demonstrado que um número significativo de doentes hospitalizados sentem dor entre moderada e violenta, sem que o tratamento proporcione alívio (Watt-Wattson, 2003).

O conhecimento científico, por outro lado, chama a atenção para os efeitos nocivos da dor aguda pós operatória e a sua influência negativa na recuperação do doente.

Sendo a dor uma vivencia complexa, para a aliviar, é possível que estratégias múltiplas tenham mais resultado do que uma única abordagem.

Foi a preocupação com a problemática da dor e o reconhecimento da importância da sua prevenção e controlo recorrendo, não só, a intervenções farmacológicas mas, também, às não farmacológicas, que originou as questões que serviram de ponto de partida para a nossa investigação:

- Qual será a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor?
- Será que os enfermeiros na prestação de cuidados ao doente aplicam as técnicas não farmacológicas no controlo da dor?

Considerámos então pertinente formular a questão central que orienta este estudo:

Será que a aplicação de técnicas não farmacológicas no controlo da dor, pelos enfermeiros, está relacionada com a informação sobre as mesmas e com as características socioprofissionais?

Tendo como fio condutor a questão de partida, para o desenvolvimento deste trabalho pretendemos avaliar a informação que os enfermeiros têm acerca das técnicas não farmacológicas no controlo da dor, determinar a aplicação destas técnicas por estes profissionais na prestação de cuidados ao doente, relacionar a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas e a aplicação das mesmas no controlo da dor na prestação de cuidados ao doente.

Trata-se de uma amostra de conveniência constituída por enfermeiros prestadores de cuidados a trabalhar em diferentes serviços e instituições.

O instrumento de recolha de dados utilizado é o questionário que foi preenchido durante os meses de Novembro e Dezembro de 2008.

O presente trabalho é constituído por uma "Introdução" e por mais duas partes, contendo cada parte diversos capítulos. Na primeira parte, o enquadramento teórico, corresponde à fundamentação teórica e serviu para nos familiarizarmos com o conhecimento actualizado da literatura. Nela procuramos uma abordagem sobre questões pertinentes para enquadrar teoricamente o problema em estudo, nomeadamente: "A dor", "Papel do enfermeiro no controlo da dor", "Técnicas não farmacológicas no controlo da dor". Na segunda parte, o estudo empírico, procedemos ao enquadramento metodológico essencial em qualquer trabalho de investigação: "Problemática do estudo", "Apresentação dos dados", "Discussão dos resultados" e "Conclusão". Juntamos ainda como "Anexos" o Questionário, o Pedido para a aplicação do Questionário e a Autorização para a sua aplicação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - A DOR

A dor é um dos problemas mais intrigantes em Medicina e Biologia. É um desafio para a pessoa que a maioria das vezes tem que aprender a suportá-la, para os profissionais de saúde que tentam encontrar os meios necessários para aliviar o sofrimento do doente, para o cientista que tenta perceber os mecanismos biológicos que causam este sofrimento. É, também, um desafio para a sociedade que deve descobrir meios médicos, científicos e financeiros para controlar ou prevenir, do melhor modo, a dor e o sofrimento (Melzack e Wall, 1987).

A dor afecta pessoas de todas as faixas etárias, independentemente do estado social, económico e cultural, produzindo sofrimento, frequentemente, intolerável e evitável, pelo que o seu controlo é um direito dos que dela padecem.

Na opinião de Fleming (2003, p.21) "a dor, tal como a morte, apresenta-se ao Homem das maneiras mais variadas e também mais inesperadas, impondo-se sem controlo da sua vontade, unindo os seres humanos numa experiência comum e inelutável".

Coniam e Diamond (2001, p.11) afirmam que foi sempre difícil compreender e investigar a dor. "Pelo facto de a dor ser subjectiva e de a própria percepção individual da dor não ser consistente, podendo variar com a ocasião. Se juntarmos o facto de ser impossível comparar a dor de dois indivíduos, a sua quantificação torna-se um pesadelo científico".

"Remontam à antiguidade os primeiros registos referentes ao tratamento da dor, observados em papiros egípcios datados do ano quatro mil antes de Cristo" (Leça, Fernandes e Vieira, 2006, p.52).

Durante muito tempo, a dor foi considerada como uma entidade sobrenatural, controlada por Deuses que tinham o poder de castigar e perdoar.

Através dos séculos, o conhecimento e as teorias sobre a dor passaram por várias fases, Cristina *et al.* (1998, p.21) referem que "a dor já foi interpretada como um castigo, um aviso, uma emoção, uma neurotransmissão, um desafio à ciência e uma reacção complexa (...) o homem primitivo acreditava que todas as dores tinham origem no exterior, não sendo apenas provocadas por qualquer tipo de sofrimento mas também por espíritos malignos e deuses do mal".

Pavani (2000, p.42) refere que Aristóteles (320 a.C.) considerou a dor "como *um estado de alma, uma antítese do prazer,* alertando para uma sensação desagradável".

Sendo imperativo uma definição de dor e dos termos com ela relacionados, de modo a facilitar o entendimento e a comunicação de carácter universal, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), em 1976, criou uma Subcomissão de Taxonomia da Dor, composta por vários profissionais da área da saúde, de especialidades que lidavam com dor. Esta Subcomissão, em 1979, apresentou o resultado do seu trabalho, que foi submetido à Assembleia Geral em Congresso e à Organização Mundial de Saúde para inclusão na Classificação Internacional de Doença (CID). A dor foi definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada com lesão tecidual real ou potencial descrita em termos de tal lesão.

Em Portugal o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008) adoptou a definição de dor preconizada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor justificando que, esta definição de dor tem como corolário a capacidade de a dor afectar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspectos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.

McCaffery (1979) in Potter e Perry (2006, p.790) afirma que "A dor é tudo aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe" desta forma, enquanto profissionais de saúde não podemos esquecer que a pessoa com dor é o melhor juiz da mesma.

Twycross (2003, p.83) salienta que "a dor é um fenómeno somatopsíquico modulado: pelo *humor* do doente; pelo *moral* do doente; pelo *significado* que a dor assume para o doente".

Na perspectiva de Melzack e Wall (1987) não existe relação constante e previsível entre dor e lesão. A intensidade e o carácter da dor que se sente são também influenciados pelas experiências anteriores, as recordações que delas temos e a capacidade de compreender as suas causas e consequências. O próprio meio cultural em que fomos criados desempenha um papel essencial na maneira como sentimos e reagimos à dor. O conceito de dor difere de pessoa para pessoa e de cultura para cultura, assim, a dor é uma experiência iminentemente pessoal que depende da aprendizagem cultural e do significado atribuído à situação e de outros factores essencialmente individuais.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.5) corrobora que a dor é "um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida. É o dói e o porque dói…"

"A dor está intimamente ligada à cultura, à arte, à religião e a todas as outras formas que o homem criou para simbolizar, para transformar as vivências humanas geradoras de sofrimento de modo a dar-lhes sentido, a torná-las mais suportáveis ou mais inteligíveis" (Fleming, 2003, p.22).

Em jeito de síntese, podemos dizer que pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, a dor deve ser considerada um verdadeiro problema de saúde pública que a bem da promoção da qualidade de vida e de humanização dos cuidados de saúde, exige uma actuação planeada e organizada para a debelar da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar.

1.1 - COMPONENTES DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA

A dor tem características sensoriais evidentes, mas possui também propriedades emocionais e motivacionais. Qualquer dor, independentemente da sua causa e do seu mecanismo, apresenta quatro componentes: componente sensório discriminativa, componente afectiva e emocional, componente cognitiva e a componente comportamental (Metzger, Schwetta e Walter, 2002).

A *Componente Sensório Discriminativa* diz respeito aos aspectos qualitativos e quantitativos da sensação dolorosa. Corresponde ao que o doente sente, *onde se localiza a dor, qual a sua intensidade*, é mais evidenciada na dor aguda *(Idem)*.

A *Componente Afectiva e Emocional* corresponde aos aspectos desagradáveis e penosos da dor, ou seja, ao modo como o doente a sente. Depende do carácter e da personalidade do doente, é frequentemente evidenciada nas situações de dor crónica *(Idem)*.

Os componentes afectivos envolvem muitas emoções diferentes, normalmente com uma qualidade negativa. A ansiedade e depressão, em especial têm recebido uma atenção especial da literatura, em doentes com dor crónica (Quartilho, 2001).

A *Componente Cognitiva* engloba os processos mentais postos em jogo pela dor, ou seja, os significados (conscientes ou não) que o doente lhe atribui, depende de factores socioculturais, bem como da história familiar e pessoal do doente (Metzger, Schwetta e Walter, 2002).

As interpretações cognitivas têm influência na forma como os doentes apresentam os sintomas às outras pessoas, incluindo os profissionais de saúde. A comunicação da dor, do sofrimento e do mau estar pode suscitar respostas que reforçam os comportamentos de dor. Os doentes com dor crónica tendem a acreditar que possuem uma aptidão limitada para controlar com eficácia os seus sintomas. Estas pessoas vêem-se a si próprias numa situação de desespero (Quartilho, 2001).

As auto-verbalizações negativas, do tipo "*não presto para nada*" ou "*vou ficar inválido*" mostram uma associação consistente com baixos níveis de ajustamento global, em situações de dor crónica (Stroud *et al.* 2000 in Quartilho, 2001).

A *Componente Comportamental* corresponde ao conjunto de todas as manifestações da dor, conscientes ou não, que podem ser verbais ou não verbais.

O comportamento de dor pode incluir alterações na expressão facial, alterações na actividade física ou no comportamento global, o recurso a determinados sons ou palavras. Alguns comportamentos (por exemplo: queixas, auto-medicação, inactividade física) podem ser reforçados pelo companheiro ou pelo sistema de saúde, de acordo com

a atenção ou cuidados especiais para com os sintomas apresentados pelo doente. Estes comportamentos de dor podem ser mantidos indirectamente, pelo evitamento de estímulos que provocam dor, através do consumo de analgésicos, recurso ao descanso passivo ou evitando antecipadamente actividades indesejáveis, em casa ou no trabalho (Quartilho, 2001).

1.2 - PERCEPÇÃO E RESPOSTA À DOR

O processo pelo qual um estímulo doloroso é consciencializado envolve quatro fases de transdução, transmissão, modulação e percepção. As duas primeiras implicam processar a mensagem de dor desde os nociceptores até à espinal medula. A modulação, na espinal medula, vai determinar se os estímulos serão, ou não, consciencializados como dor (Watt-Watson, 2003).

Sendo a dor uma experiência subjectiva e individualizada em que não se pode estabelecer uma relação causal directa entre lesão e reacção, podemos dizer que, a percepção da dor a nível de mecanismos cerebrais frente a um estímulo sensitivo, origina de forma diferente, manifestações individualizadas de maior ou menor sofrimento, maior ou menor positividade, reacção de luta ou fuga, aumento ou redução do limiar de dor, portanto, menor ou maior sensibilidade à dor (Pavani, 2000).

"A percepção da dor por parte do utente resulta da consciência que este tem das consequências da mesma a nível fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento. Esta percepção pode influenciar a forma como ele poderá responder a essa dor e a sua relação com a família e com a comunidade a que pertence" (Cardoso, 1999, p.89).

De acordo com Coniam e Diamond (2001, p.23) a dor "não é uma única sensação mensurável, como a luz e o som, é uma experiência, cuja natureza depende não só da natureza dos estímulos mas também da programação dos mecanismos de percepção da dor e da sua interpretação cerebral".

Potter e Perry definem percepção como,

> *O momento em que uma pessoa tem consciência da dor. A actividade neurológica de um utente pode influenciar a experiência da dor. Qualquer factor que bloqueie ou influencie a recepção ou percepção normal da dor afecta a consciência e reacção do utente à dor (...) A tolerância de uma pessoa à dor é o ponto em que há uma capacidade em aceitar a dor de maior intensidade ou duração. A tolerância depende de atitudes, motivação e valores (2006, p.793).*

As pesquisas demonstram que a percepção e a reacção à dor diferem em doentes com a mesma patologia, igual localização e extensão e podem conduzir a diferentes graus de sofrimento. Para Silva e Zago,

> *Essas diferenças individuais dependem do sexo, raça, cultura e história do indivíduo. Dentre os factores que influenciam a sensação dolorosa, evidenciam-se os sentimentos e as experiências emocionais como mágoa, luto, temor, angustia e culpa. Portanto, a reacção a um estímulo doloroso é individual, depende do estado físico e emocional do sujeito em situação de dor (2001, p.45).*

A dor é uma experiência aprendida, influenciada pela situação de toda uma vida de cada pessoa. Na opinião de Rafael,

> *A aprendizagem do conceito da dor é incutida nas crianças, desde muito cedo, através dos seus pais ou de outras pessoas significativas. A interpretação de um sintoma, a atribuição de um significado, a expressão do desconforto e as possíveis respostas à doença, lesão ou dor são ensinadas e apreendidas de modo subtil através da simples observação. A existência de dor faz-se acompanhar por mudanças da expressão facial e corporal, emissão de sons e palavras que por si só descrevem alguém com dor. Assim sendo, os indivíduos podem ser mais ou menos propensos a ignorar ou super valorizar a dor, dependendo da forma como foram ensinados (2005, p.6).*

Sendo a dor principalmente um facto existencial e não apenas um facto fisiológico, as pessoas não sentem uma dor semelhante da mesma forma. O seu limiar de sensibilidade não é o mesmo, a atitude face à dor, os comportamentos de resposta são influenciados pela sua condição social, a sua cultura, os seus contextos de vida, a sua história pessoal. Dependem da sua personalidade, que pressupõe organizações psíquicas internas e por isso modos diferentes de lidar com a dor, que pode ir da capacidade de a conter mentalmente, de a elaborar, à necessidade de expulsar, de a negar, de a desprezar (Fleming, 2003).

Mais do que uma questão médica e do que uma questão de nervos e neurotransmissores a dor encerra dimensões históricas, psicológicas e culturais. O significado é frequentemente essencial à experiência da dor e as mentes e as culturas – que constroem os significados – têm uma influência importante sobre a experiência da dor (Morris in Quartilho, 2001, p.256).

A dor pode ter uma função de alarme e ser por isso necessária e útil, mas os sinais nem sempre são claros. A bússola pode emitir sinais confusos, com código estranho e desorientar mais do que orientar. Pois, se a dor pode ser lancinante e clara no corte da pele, na queimadura, é silenciosa no desenvolvimento de um cancro ou até mesmo de uma cardiopatia em breve fatal. Ela é enigmática quando é sentida num membro fantasma de um amputado e incompreensível quando se passeia pelo corpo do doente que sofre de histeria (Fleming, 2003).

Campos afirma que,

> *Se por um lado as origens e os contextos vão fazer variar os comportamentos privados da dor, a sua comunicação pública quer aos familiares, aos outros doentes, aos profissionais de saúde também pode ser diferente. Poderão expressar-se fundamentalmente dois modos de conduta diferentes: um caracterizado por forte emotividade, que pode ter uma expressão pública de sentimentos de medo, de cólera de agressividade; outro mais privado, menos verbalizado, de prantos sentidos e estóicos (2007, p.20).*

Estes aspectos prendem-se com o transformar a dor privada em fenómeno público, a comunicação pública da dor, faz do sintoma um acontecimento social, partilhado inter-pessoal. As expectativas e o grau de aceitação da dor, enquanto parte normal da vida, também têm influência na forma como ela é interpretada e a solução, clínica ou não, que a pessoa deve procurar.

Os tipos e a disponibilidade de ajuda potencial imiscuem-se na expressão pública dos comportamentos de dor ou seja, a expressão da dor para além de ser influenciada pela percepção que o indivíduo tem do seu sintoma, é ainda influenciada pela percepção que este tem sobre o modo como o médico pode responder ao seu comportamento de dor. A forma do comportamento de dor, a expressão pública do comportamento de dor, bem como a resposta que lhe está associada, são também, de certo modo, culturalmente determinadas (Quartilho, 2001).

O enfermeiro deve reconhecer a pessoa como o melhor avaliador da sua dor, sem esquecer que cada indivíduo é único e produto de experiências passadas, crenças e normas culturais.

1.3 – TEORIAS DA DOR

Ao longo dos séculos foram surgindo várias teorias na tentativa de explicar o fenómeno da dor. Coniam e Diamond (2001, p.23) salientam que "não existe uma via única no sistema nervoso que seja a responsável pela percepção da dor. Esta pode ser interpretada como a resposta integrada de vários mecanismos fisiológicos".

Desde o tempo de Descartes que os fisiologistas investigam a percepção da dor, mas não conseguiram transpor dois obstáculos: o conceito de dor como um mecanismo de detecção de lesão e uma via ascendente para um centro cerebral da dor (Diamond e Coniam, 1999).

De acordo com Quartilho, Descartes no século XVII,

> *Encarou a dor como um canal que unia directamente a pele e o cérebro, ao favorecer uma analogia segundo a qual este sistema funcionava como um sino, na torre de uma igreja. Se uma pessoa puxasse a corda cá em baixo, o sino tocava lá em cima. Do mesmo modo, se uma chama fosse aplicada a um pé, este facto causaria um movimento de partículas que se transmitiria à perna e depois ao cérebro, onde activaria uma espécie de sistema de alarme (2001).*

Von Frey em 1895 desenvolveu a Teoria da Especificidade, Ogden (2004, p.313) refere que "este autor sugeriu que existem receptores sensoriais específicos que transmitem o tacto, o calor e a dor, sendo cada um destes receptores sensível a um estímulo específico".

Estes receptores específicos da dor projectam impulsos em vias dolorosas neurais até ao cérebro, a dor é considerada de grau igual ao da lesão. A Teoria da Especificidade não valoriza os aspectos psicológicos da percepção da dor e a variabilidade das respostas (Watt-Watson, 2003).

Numa fase posterior surgiu a Teoria do Padrão que questionou a Teoria da Especificidade ao evidenciar que as pessoas respondiam de modo diferente ao mesmo estímulo. Esta teoria sugeriu que "os padrões dos impulsos nervosos determinavam o grau de dor e as mensagens da área ferida eram enviadas directamente para o cérebro através destes impulsos nervosos" (Ogden, 2004, p.314).

A dor resultava de efeitos combinados da intensidade do estímulo e da soma de impulsos no corno dorsal da espinal-medula. Esta teoria não tinha em conta os aspectos psicológicos (Watt-Watson, 2003).

As teorias anteriormente descritas apresentavam grandes limitações, de acordo com a literatura consultada, apesar de terem contribuído para se perceberem os mecanismos da dor. Diamond e Coniam afirmam que,

> *O debate concentrava-se na questão de a dor ser percepcionada a partir de um padrão de estímulos eferentes detectados por todos os tipos de receptores sensoriais e transmitido ao cérebro através da estimulação de receptores de dor específicos, os nociceptores. Evidentemente que estes conceitos não tomaram em conta o facto de a dor poder ocorrer na ausência de lesão tecidular, de a experiencia de dor de uma lesão depender de muitos factores e da extensão da lesão e haver muitos factores envolvidos na percepção da dor além da sensação principal, tal como as respostas motoras e emocionais (1999, p.20).*

Em 1965 foi apresentada em Inglaterra, pela primeira vez, a **Teoria do Portão**, por Melzack e Wall, que admitiu existir nos cornos posteriores medulares, um mecanismo neural que se comporta como um portão, podendo aumentar ou diminuir o débito dos impulsos transmitidos desde as fibras periféricas ao sistema nervoso central. O influxo somático é influenciado pela capacidade reguladora deste portão, mesmo antes de criar uma percepção à dor e consequente reacção.

O grau de aumento ou diminuição da transmissão sensitiva que o portão produz é estabelecido pela actividade das fibras grossas (A-beta) e finas (A-delta e C) assim como por influências descendentes vindas do cérebro. Quando a quantidade de informação que atravessa o portão excede um nível crítico, são activadas as zonas neurais responsáveis pela experiência dolorosa e sua respectiva reacção (Melzack e Wall, 1987).

A Teoria do Portão confirmou que a dor não é apenas uma experiencia sensorial, mas sim uma integração completa de dimensões sensoriais afectivas e cognitivas. A percepção da dor e as reacções à dor não são previsíveis, diferindo em cada pessoa e em cada experiência (Watt-Watson, 2003).

Assim é possível perceber que processos psicológicos tais como, a memória da experiência passada, a atenção e a emoção, podem influenciar a percepção da dor e reacção consecutiva, actuando no mecanismo espinal do portão. Algumas destas actividades psicológicas podem abri-lo, outras fechá-lo (Melzac e Wall, 1987).

Melzack e Wall in Potter e Perry confirmam que,

> *Esta Teoria permite compreender as medidas de alívio da dor (...) sugere que os impulsos da dor podem ser regulados ou até bloqueados por mecanismos de portão ao longo do sistema nervoso central. O mecanismo de portão ocorre na medula espinal, tálamo, formação reticular e sistema límbico (...) os estímulos dolorosos são transmitidos quando o portão está aberto e não quando está fechado. Fechar o portão é a base de alívio para as terapias e terapêuticas de alívio da dor (2006, p.796).*

Na opinião de Dias (2007) a Teoria do Portão apoia a justificação do efeito das técnicas não farmacológicas. O sistema opioide endógeno é constituído pelas endorfinas (β endorfinas, encefalinas e dinorfina) péptidos semelhantes à morfina e que são produzidos naturalmente ao longo das sinapses neurais do Sistema Nervoso Central. Estas modulam a transmissão das percepções da dor unindo-se a receptores opioides específicos que estão em várias regiões do cérebro e na substância gelatinosa dos cornos posteriores da medula. Muitos destes receptores estão em áreas associadas às emoções e para além de aumentarem o limiar de tolerância à dor, produzem sedação e sentimentos de euforia.

Watt-Watson (2003) refere que esta teoria defende que a melhoria de actividade nos grandes neurónios aferentes primitivos não nociceptivos (A-beta), como a produzida pela massagem ou estimulação nervosa eléctrica transcutânea, pode reduzir as mensagens de dor transportadas pelos pequenos neurónios nociceptivos (A-delta e C) até às células na substancia gelatinosa inibindo a transmissão da mensagem de dor.

1.4 - CLASSIFICAÇÃO DA DOR

A dor deve ser classificada de acordo com a temporalidade e a fisiopatologia da mesma (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001). A sua classificação permite obter informações importantes sobre a sua origem e adequar o plano terapêutico ao tipo de dor.

1.4.1 - Classificação Temporal da Dor

A classificação temporal da dor baseia-se na duração dos sintomas e é dividida, habitualmente em aguda, crónica e recidivante.

A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.25) define a dor aguda como um tipo de dor de "inicio recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal".

Este tipo de dor é basicamente um episódio transitório que adverte a pessoa de que alguma coisa está mal.

A dor crónica é descrita pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.42) como "uma 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".

Este tipo de dor persiste para além do tempo habitual necessário para que ocorra a cura ou cicatrização. Não se distinguem muito bem as regiões dolorosas das não dolorosas, a intensidade torna-se difícil de ser avaliada podendo variar ou manter-se constante, pode ser contínua ou intermitente (Watt-Watson, 2003).

Campos (2007) refere que a dor crónica, pode conduzir a uma verdadeira *doença da dor* com sofrimento intenso, depressão, fadiga fácil, tendência para a inactividade, insónia e ansiedade, que ao perdurarem conduzem à perda de auto estima.

A dor recidivante "apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca" (Júnior, Carvalho e Bierhals, 2008, p.1).

1.4.2 - Classificação Fisiopatológica da Dor

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) e tendo em conta os mecanismos geradores de dor, podemos classificar a dor em nociceptiva, neuropática e psicogénica.

A dor nociceptiva é "devida a uma lesão tecidular contínua, estando o Sistema Nervoso Central íntegro" (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001, p.24).

Grencho (2009, p.9) menciona que este tipo de dor "resulta de uma excitação anormal dos nociceptores periféricos somáticos ou viscerais sem que exista uma lesão das estruturas nervosas. É tipicamente descrita como latejante ou sensação de pressão".

Watt-Watson (2003) refere que a dor nociceptiva pode ter origem:

- ✓ Na pele e no tecido subcutâneo (dor superficial) e pode ser classificada como dor aguda, tipo picada ou queimadura;
- ✓ Nos músculos e nos ossos (dor somática profunda) sendo uma dor aguda ou imprecisa e tipo pontada de difícil localização devido a corte, pressão, calor isquémia, luxação óssea;
- ✓ Nos órgãos (dor visceral) manifestando-se como uma dor aguda ou imprecisa e tipo pontada ou cãibra, de difícil localização e que pode ocorrer por distensão, isquémia, espasmos, químicos irritantes, podendo existir, ainda, dor reflexa (sentida em regiões que não as estimuladas por lesão ou doença).

A dor neuropática deve-se a compromisso neurológico, sem lesão tecidular activa (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

Para Metzger, Schwetta e Walter este tipo de dor,

> *Resulta de uma disfunção das vias nociceptivas, consecutiva a uma lesão e/ou a uma irritação de qualquer dos elementos que a constituem (…) existem dores neuropáticas relacionadas com uma lesão/irritação dos nervos periféricos, de origem traumática, tóxica, metabólica, isquémica, imuno-alergica, infecciosa… Mas a mesma causa pode danificar a espinal medula, ou os centros superiores e originar dores neuropáticas centrais (2002, p.18).*

A dor psicogénica é um tipo de dor sem lesão tecidular activa de origem psicossocial (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

A dor psicogénica corresponde a todas as situações de dor sentidas e expressas pelos doentes mas sem explicação orgânica, este tipo de dor evolui para a cronicidade independentemente da sua causa, tendo repercussões específicas sobre a personalidade dos doentes e são as mesmas que estabelecem a fronteira entre dor aguda e dor crónica (Metzger, Schwetta e Walter, 2002).

2 - PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR

Como já referimos anteriormente a dor para além do seu significado de alerta, não tem qualquer outra vantagem para o organismo, sendo motivadora de sofrimento e diminuição da qualidade de vida. Assim é essencial uma actuação planeada, organizada pelos profissionais de saúde para uma melhor resposta na avaliação e controlo da dor que deve incluir a participação de quem sente dor e do cuidador informal.

Enquanto profissional de saúde privilegiado pela proximidade e tempo de contacto com o doente, o enfermeiro tem uma posição importante para promover e intervir no controlo da dor. As intervenções de enfermagem junto à pessoa com dor devem incluir a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções serem documentadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O enfermeiro ao cuidar do doente/família não pode esquecer que cada indivíduo é culturalmente único e o produto de experiências, crenças e valores passados que foram ensinados e transmitidos de geração em geração, deste modo deve identificar os seus valores culturais e crenças pessoais e separá-los dos do doente, respeitando as diferenças que ambos trazem para o ambiente de cuidados. As percepções sobre saúde e doença são formadas por factores culturais e em consequência disso todos os indivíduos têm comportamentos distintos em relação aos cuidados de saúde (Potter e Perry, 2006).

O papel do prestador de cuidados consiste em dar resposta às queixas dos doentes sem fazer juízos sobre a sua intensidade e sem projectar os seus próprios valores e comportamentos ao avaliar a atitude dos doentes. A pessoa activa e com saúde não está na posição mais adequada para julgar o sofrimento dos outros pois corre o risco de subvalorizar a dor, com prejuízo do doente (Metzeger, Schwetta e Walter, 2002).

É fundamental, aquando do internamento, obter o maior número possível de informação junto do doente de forma a conhecer quais as suas expectativas, conhecimentos e preocupações relativamente à dor, realizar ensinos sobre como e quando, verbalizar o

seu desconforto e os vários métodos existentes para o alívio da dor, sem esquecer de referir que ele é o melhor avaliador da sua dor e que pelo menos uma vez por turno esta irá ser avaliada.

A sensibilidade e a empatia, o tentar perceber o que a pessoa está a sentir, são aspectos importantes na abordagem sistemática ao doente com dor. Os auto-relatos do doente, sobre a dor que sente, são a chave para um controlo eficaz (Watt-Watson, 2003).

Dada a relevância da problemática da dor, a 14 de Junho de 2003, a Direcção Geral de Saúde publicou a Circular Normativa N.º 9/DGCG que estabeleceu a Dor como 5º Sinal Vital e determinou a obrigatoriedade de se efectuar, sistematicamente, a avaliação, o registo da sua intensidade, com recurso a escalas de avaliação, como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa ou Escala de Faces.

Definiu regras de aplicação das escalas de avaliação da dor:

- ✓ Estas escalas só devem ser aplicadas a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a três anos;
- ✓ A escala utilizada, para um dado doente, deve ser sempre a mesma;
- ✓ Pode-se recorrer a qualquer das escalas propostas para avaliação da intensidade da dor;
- ✓ A necessidade de acreditar que intensidade da dor é sempre a referida pelo doente;
- ✓ O dever de efectuar o registo da intensidade da dor no momento da sua colheita;
- ✓ A importância de efectuar o ensino prévio da sua utilização, assegurando-se que o doente compreende, correctamente, o significado e utilização da escala;
- ✓ A forma mais adequada de avaliar a dor é questionar o doente, ouvindo as suas queixas e avaliando a sua resposta às medidas instituídas.

A Ordem dos Enfermeiros complementa estas directrizes recomendando que o enfermeiro deve:

- ✓ *Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e /ou de acordo com protocolos instituídos;*
- ✓ *Colher e documentar dados sobre a história de dor tendo em atenção os seguintes parâmetros:*
  - *Exame físico;*

- *Descrição das características da dor: Localização / Qualidade / Intensidade / Duração / Frequência;*
- *Formas de comunicar a dor / expressões de dor;*
- *Factores de alívio e de agravamento;*
- *Estratégias de coping;*
- *Implicações da dor nas actividades de vida;*
- *Conhecimento / entendimento acerca da doença;*
- *Impacto emocional, sócio-económico e espiritual da dor;*
- *Sintomas associados;*
- *Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.*

✓ *Escolher instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; facilidade de comparação; experiência de utilização em outros locais; (...)*

✓ *Assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino;*

✓ *Avaliar a dor (...) nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de hetero - avaliação;*

✓ *Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, excepto se a situação clínica justificar a sua mudança;*

✓ *Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;*

✓ *Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção (2008, p.16).*

Actualmente não existe uma solução única universalmente aceite para avaliar a dor em todas as situações, mas existem escalas validadas com utilidade clínica como as propostas pela Direcção-Geral de Saúde (2003) e que passamos a descrever resumidamente.

Escala Visual Analógica

A Escala Visual Analógica (Figura 1) consta de uma linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, em que numa extremidade tem a classificação “Sem Dor” e na outra a classificação “Dor Máxima”.

Deve ser ensinado ao doente que deverá fazer uma cruz ou um traço perpendicular à linha, no ponto que caracteriza a intensidade da sua dor. Haverá, assim, uma equivalência entre a intensidade da sua dor e a posição que foi assinalada na linha recta.

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

Sem Dor	———————————————————————	**Dor Máxima**

Figura 1- Escala Visual Analógica

Escala Numérica

A Escala Numérica (Figura 2) consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numerada de 0 a 10. Pode mostrar-se ao doente na horizontal ou na vertical, explicando-lhe que se pretende que faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (dor de intensidade máxima imaginável).

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

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

Figura 2- Escala Numérica

Escala Qualitativa

Na Escala Qualitativa (Figura 3) 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", que devem ser registados na folha de registo.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima

Figura 3-Escala Qualitativa

Escala de Faces

Neste tipo de escala (Figura 4) é pedido ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a expressão de cada face desenhada. Devendo ser-lhe ensinado, que à expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima". Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

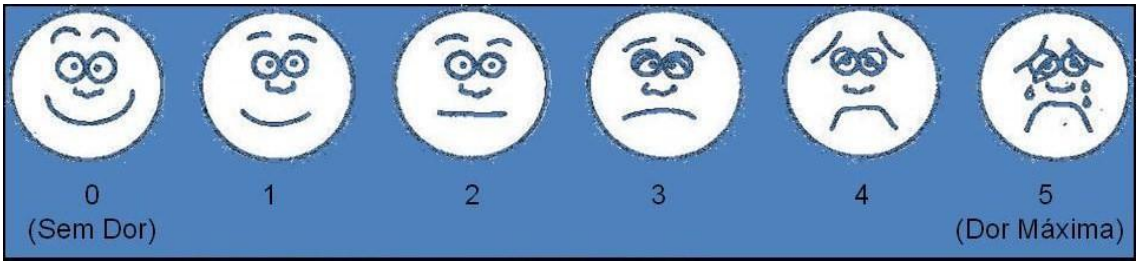


Figura 4-Escala de Faces

Ao avaliar a dor, os profissionais de saúde têm que estar atentos a sinais objectivos, fisiológicos (sinais vitais, cor e grau de humidade da pele) e comportamentais (expressão facial, comportamento motor, reacção afectiva e verbal) e, ainda, aos dados subjectivos (a localização, a intensidade, a qualidade, inicio, duração, frequência, causa, factores de agravamento e alívio) (Watt-Watson, 2003, pp.379-380).

McCaffery (1979) in Potter e Perry (2006) descreve linhas orientadoras para as diversas intervenções de controlo da dor, de acordo com a experiência individual do doente:

- ✓ Utilizar diferentes intervenções para o alívio da dor porque produz um efeito adicional na redução da dor e altera as suas características;
- ✓ Proporcionar medidas de alívio da dor antes que esta se torne intensa;

- ✓ Utilizar medidas que o doente acredita serem eficazes uma vez que as suas crenças podem tornar o tratamento bem sucedido;
- ✓ Ter em atenção a capacidade do utente ou a vontade em participar em medidas de alívio da dor;
- ✓ Seleccionar medidas de alívio da dor de acordo com a sua intensidade e o comportamento do doente;
- ✓ Se um tratamento é ineficaz, numa primeira fase, deve-se encorajar o doente a tentar mais uma vez antes de o abandonar;
- ✓ Acreditar nas intervenções não farmacológicas como medidas de alívio da dor, a sua rejeição pode promover a desconfiança por parte do doente/família;
- ✓ Quando os esforços para aliviar a dor falham deve ser reavaliada a situação tendo em consideração as intervenções não farmacológicas;
- ✓ Proteger o utente, tendo em conta que as medidas para o controlo da dor não podem provocar mais ansiedade que a própria dor;
- ✓ Ensinar o doente a controlar a sua dor, explicando qual a sua causa, a frequência de administração de analgésicos e as intervenções não farmacológicas adequadas.

Cuidar do doente com dor pode ser uma experiência desafiadora e compensadora quando o enfermeiro tem capacidades e conhecimentos sobre várias opções terapêuticas. Tendo em atenção que a dor é uma experiência única e individual para cada pessoa não há um tratamento único que alivie todos os doentes em todas as situações, podendo ser útil recorrer a várias estratégias para conseguir um bom resultado (Elkin, Perry e Potter, 2005).

Tendo em conta a natureza da dor e a sua interferência no bem-estar físico e psicológico de quem dela padece, o enfermeiro deve optar pela escolha de intervenções adequadas para o alívio da mesma. Sendo responsável pela administração e monitorização da terapêutica prescrita pelo médico. O enfermeiro é ainda responsável por proporcionar medidas de alívio da dor não farmacológicas que complementam as prescritas pelo médico. Não se deve descurar a medicação que o doente já tomava habitualmente, pois pode ser útil no controlo da sua dor e implementar numa primeira fase uma intervenção menos invasiva e rápida (Potter e Perry, 2006).

O enfermeiro deve actuar como agente de ensino junto da pessoa com dor e seus cuidadores informais ao longo de todo internamento, incentivando-os a colaborarem, de forma esclarecida e adequada, no seu controlo. Este ensino deve englobar a preparação para classificar a dor e informar quando voltar a senti-la, diversificar a utilização de medidas de apoio para o seu controlo, tentar novas abordagens e administrar analgésicos com a maior eficácia possível (Watt-Watson, 2003).

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) as orientações genéricas para a auto-ajuda no controlo da dor passam por várias etapas:

- ✓ Ensino sobre a auto-avaliação da dor, reforçar a necessidade desta auto-avaliação;
- ✓ Ensino sobre as formas de controlo dos estímulos desencadeantes da dor e dos sintomas que podem diminuir a sua tolerância;
- ✓ Ensino relativo à medicação antiálgica;
- ✓ Ensino sobre o autocontrolo da dor, visando a diminuição da intensidade da dor, ou o aumento da tolerância a esta, através das técnicas não farmacológicas de apoio passíveis de serem realizadas pelo próprio doente;
- ✓ Suporte emocional e psicológico à família do doente.

Em síntese podemos referir que o controlo da dor a que os doentes têm direito é uma prioridade. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes, de modo a contribuir para o bem-estar e melhorar a qualidade de vida do doente. O enfermeiro deve envolver o doente e/ou cuidador em todo o processo de cuidados de controlo da dor, planeando intervenções individualizadas de acordo com o conhecimento que tem do mesmo, sempre em articulação com a equipa multidisciplinar.

3 - TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR

Controlar a dor e promover o conforto, são dois aspectos importantes nos cuidados de enfermagem. Todos os doentes apresentam algum tipo de desconforto físico, emocional ou dor e em todas as intervenções de enfermagem deve ser dada primazia à promoção do seu conforto. Sempre que possível, o enfermeiro deve planear intervenções que consigam um alívio satisfatório da dor, com medidas não farmacológicas (Elkin, Perry e Potter, 2005).

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, assim, sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença deve intervir na promoção de cuidados que a aliviem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) recomenda que a terapêutica da dor deve envolver não só medidas farmacológicas, mas também, medidas não farmacológicas, tais como: a reeducação do doente, estimulação eléctrica transcutânea, técnicas de relaxamento e biofeedback, a abordagem cognitivo-comportamental, exercício activo e passivo, entre outras.

Também Pimenta (2000) considera que o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que actuem nos diversos componentes da dor. De acordo com a autora, estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos doentes e cuidadores para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo da situação e incentivar a sua participação e responsabilização no tratamento.

Nem todas as técnicas não farmacológicas substituem os analgésicos, porém, em doentes que necessitem de tratamento farmacológico podem ser adjuvantes úteis na

redução da dosagem da medicação e na diminuição da dor enquanto a medicação não produz efeito (Watt-Watson, 2003).

Dias (2007) sustenta que as técnicas não farmacológicas podem resolver algumas situações de controlo e tratamento da dor, enquanto noutras mais complexas, estas técnicas podem ser um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar da pessoa. E isto "sem os efeitos secundários associados, muitas vezes, aos tratamentos farmacológicos".

A Ordem dos Enfermeiros (2008) recomenda que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e que estas devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objectivos do tratamento e a evidência científica disponível. Classifica as intervenções não farmacológicas em físicas, cognitivo - comportamentais e de suporte emocional.

Iremos abordar sucintamente estas técnicas, passíveis de serem utilizadas pelos enfermeiros no seu exercício profissional para um controlo eficaz da dor.

3.1 - INTERVENÇÕES FÍSICAS

Pinheiro (1998) afirma que os agentes físicos estabelecem com a terapêutica farmacológica múltiplas complementaridades nas áreas de nocicepção, da inflamação e do aumento do tónus muscular por contracturas.

Como intervenções não farmacológicas de ordem física podemos mencionar a termoterapia, exercício, massagem e estimulação eléctrica transcutânea.

3.1.1 - Termoterapia

A termoterapia representa a aplicação do calor ou do frio com objectivos terapêuticos (Mateus e Amorim, 2002).

A actuação do calor superficial acontece por condução ou convexão, sendo a elevação térmica lenta e distribuída superficialmente aos tecidos orgânicos. Pode ser utilizado nas patologias crónicas onde a dor e a contractura são dominantes. A simplicidade e acessibilidade dos agentes disponíveis generalizaram a sua utilização, os seus efeitos secundários e as contra-indicações são também bastante reduzidas (Pinheiro, 1998).

Acredita-se que o calor reduz a dor porque diminui a isquémia tecidual, aumentando o fluxo sanguíneo e relaxamento muscular. Promove o alívio da rigidez articular, dos espasmos musculares e da inflamação superficial localizada (Instituto Nacional do Câncer, 2001).

Elkin, Perry e Potter (2005) enumeram alguns dos efeitos terapêuticos obtidos com aplicação do calor:

- ✓ Promove a vasodilatação, através do aumento do fluxo sanguíneo na área afectada, distribuição de nutrientes, a remoção de detritos e diminui a congestão venosa nos tecidos afectados;
- ✓ Reduz a viscosidade sanguínea e tensão muscular, melhorando a distribuição de leucócitos e antibióticos no local afectado, produz o relaxamento muscular e reduz a dor provocada por espasmos ou rigidez;
- ✓ Aumenta o metabolismo tecidular, acelera a circulação e providência calor local;
- ✓ Produz o aumento da permeabilidade capilar que promove a remoção de metabolitos e aporte de nutrientes.

Este tipo de calor pode ser aplicado sobre o local da dor através de sacos com água quente, compressas ou toalhas humedecidas e pela imersão, com temperatura entre 40˚ a 45˚C, durante 20 a 30 minutos, várias vezes ao longo do dia.

Não deve ser aplicado sempre que exista infecção, hemorragia activa, sobre o local do tumor em caso de neoplasias, traumatismos agudos e insuficiência vascular. Da aplicação do calor pode ocorrer: aumento do edema, insuficiência vascular, isquémia e necrose e queimaduras nos doentes com alteração da sensibilidade e do nível de consciência. É importante vigiar a temperatura, colocar protecção (toalha) entre a fonte de calor e a pele, observar alterações na coloração e aspecto da pele e não exceder o tempo recomendado (Pimenta, 2000; Instituto Nacional do Câncer, 2001).

A aplicação do frio (Crioterapia) reduz a velocidade de condução nervosa, diminuindo a chegada de estímulos dolorosos ao Sistema Nervoso Central e aumentando o limiar doloroso, alivia o espasmo muscular pela redução da actividade do fuso muscular e da velocidade de condução dos nervos periféricos (Pimenta, 2000).

A actividade vasoconstritora do frio é conhecida desde a antiguidade, particularmente como facilitadora da hemostase; as propriedades analgésicas foram largamente estudadas no inicio do século XX. A aplicação local de frio na forma estática é de fácil execução e privilegia os efeitos vasoconstritores e analgesiantes (Pinheiro, 1998).

De acordo com Elkin, Perry e Potter (2005) os efeitos terapêuticos da aplicação do frio são:

- ✓ Vasoconstrição, pois ao reduzir o fluxo sanguíneo local previne o edema e atenua a inflamação;
- ✓ Anestésico local;
- ✓ Promoção da redução do metabolismo celular através da diminuição da necessidade de aporte de oxigénio às células;
- ✓ Aumento da viscosidade sanguínea que promove a coagulação nas zonas afectadas;
- ✓ Reduz a tensão muscular e alivia a dor.

O frio superficial pode ser aplicado durante 10 a 15 minutos, duas a três vezes por dia, através de sacos de água fria, sacos de gelo, cilindros gelados, toalhas geladas, compressas frias, cubos de gelo, imersão em água fria. Durante a sua aplicação deve-se colocar uma protecção entre a fonte fria e a pele (toalha), vigiar alterações na coloração e aspecto da pele e, ainda, não ultrapassar o tempo de exposição recomendado (Pimenta, 2000).

O Instituto Nacional do Câncer (2001) recomenda que não se deve aplicar o frio sempre que o doente seja portador de doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade e do nível de consciência.

3.1.2 - Estimulação Eléctrica Transcutânea

A estimulação eléctrica transcutânea consiste na aplicação de corrente de baixa intensidade através da colocação de eléctrodos na pele, que provoca estimulação selectiva dos receptores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico.

Esta técnica permite a libertação de substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor; fomenta a mobilidade física através da interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

"A disponibilização de estimuladores portáteis de fácil aplicabilidade, elevada capacidade analgésica e de baixo custo motivou o acrescido interesse por este agente físico" (Pinheiro, 1998, p.94).

O estímulo eléctrico é percebido pelo paciente como um leve bater de dedos em certas partes do corpo, como formigueiro, vibração ou zunido. A técnica é usada em programas de tratamento de dor, tendinites, lombalgias (Dias, 2007).

Os doentes utilizam um aparelho que gera uma onda eléctrica e a transmite através de eléctrodos condutores para a pele, provocando o alívio de muitos tipos de dor, desde as perturbações de dor crónica à dor de parto e dor pós-operatória. O gerador de impulsos está contido numa caixa pequena, contém uma bateria que dura cerca de 70 horas ou uma bateria recarregável, os estímulos podem ser contínuos ou em impulsos. É necessário demonstrar ao doente a utilização correcta do estimulador sugerindo as posições adequadas para aplicar os eléctrodos e como obter os benefícios máximos do sistema (Coniam e Diamond, 2001).

A principal vantagem desta técnica é a sua inocuidade quase total pois não provoca efeitos secundários. É fundamental que o doente possa verbalizar a sensação provocada pela estimulação (formigueiros, picadas, vibrações) na região dolorosa. No local escolhido para colocar os eléctrodos não pode existir alteração da sensibilidade cutânea e a pele da zona de estimulação deve estar íntegra. Está contra-indicada em doentes portadores de pace-maker, durante a gravidez e em doentes que não colaborem (Metzeger, Schwetta e Walter, 2002).

O efeito anti-álgico pode variar de alguns minutos a algumas horas após a estimulação, sendo uma mais valia desta técnica, o facto de poder ser usada em casa, dando aos utentes e família algum controlo sobre os sintomas e alívio da dor. A utilização adequada do estimulador pode reduzir a percepção da dor e auxiliar na redução da tensão muscular (Potter e Perry, 2006).

3.1.3 - Exercício

Entende-se por exercício os movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e a inactividade de modo a promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Permite reduzir a atrofia e a desmineralização e o alívio da dor com a correcção da postura e prevenção de futuras dores (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O exercício é uma intervenção não farmacológica importante para o controlo da dor, visto que os doentes com dor podem apresentar síndrome de desuso devido ao repouso prolongado e limitação da actividade no local doloroso. A dor aumenta a imobilidade e a contracção muscular, tornando-se num ciclo vicioso. O exercício e a actividade física melhoram o humor, a qualidade de vida, a função intelectual, a capacidade de auto cuidado, padrão de sono e reduzem a ansiedade. Os doentes devem ser estimulados a realizar actividade física e exercícios suaves de contracção e alongamento (Pimenta, 2000; Instituto Nacional do Câncer, 2001).

"Os doentes, que estejam imobilizados ou com uma parte do corpo provida de ortótese para minimizar a dor, precisam de ser encorajados a fazerem exercícios passivos e/ou activos, sempre que possível para prevenir complicações" (Watt-Watson, 2003, p.382).

A mobilização activa trata-se de um método terapêutico progressivo em que se procura evitar ou aliviar a dor existente e prevenir o seu reaparecimento. A aplicação prévia de calor e massagem de relaxamento facilita a execução técnica da mobilização. Esta técnica limita os fenómenos inflamatórios locais (edema, derrame, aderências fibrinosas), mantém a flexibilidade muscular, reduz a perda de força e de massa

muscular e favorece a circulação de retorno, está indicada nas limitações de natureza muscular e tendinosa. A mobilização passiva (manual, postural) é menos tolerada do que o trabalho activo pois recorre a forças externas que não são controladas pelo doente, permite manter e recuperar amplitudes, está indicada nas limitações de natureza articular (Pinheiro, 1998).

3.1.4 - Massagem

A massagem consiste num conjunto de manipulações praticadas, geralmente com as mãos, sobre uma parte ou a totalidade da superfície corporal com a finalidade de provocar alterações directas ou reflexas. Pode ser preventiva, curativa, de reabilitação, de relaxamento e de conforto, alivia a tensão muscular local e geral que causa ou potencia a dor, promovendo o conforto e o relaxamento, facilitando o repouso, alivia a dor e activa a circulação (Clark, 1998; Almeida e Duarte, 2000).

A massagem é uma terapia muito antiga, utilizada no alívio da dor. Melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático, relaxa a musculatura no local da sua aplicação, dando sensação de conforto e de bem - estar ao doente. Existem diversos movimentos que podem ser usados nesta técnica: deslizamento, amassamento, fricção, percussão, compressão e vibração. A utilização de óleos ou cremes ajudam no deslizamento das mãos na realização dos movimentos (Pimenta, 2000).

Pode ser definida como uma *arte* pois só o conhecimento da técnica não será suficiente não sendo acompanhada de *amor* pelo que se está a fazer. A massagem é mais do que uma técnica: é uma *relação,* uma troca, que se estabelece entre o massagista e o massajado (Girassol, 1999).

“Existe um amplo consenso em enfermagem de que uma boa massagem tem igualmente efeitos benéficos sobre o sistema nervoso, permite a recuperação física e psíquica em simultâneo, ajuda a tomar consciência das tensões e a melhorar a comunicação” (Dias, 2007, p.235).

O processo de analgesia desta intervenção, de acordo com Pinheiro (1998) evolui segundo três vertentes neurofisiológicas:

- ✓ Localmente, a massagem aumenta o limiar da captação da mensagem nociceptiva por parte das terminações livres e outros receptores; serão necessários estímulos mais intensos para determinar a sensação de dor com a massagem;
- ✓ Em termos loco-regionais a massagem agradável e a manipulação sistematizada dos mecano-receptores proprioceptivos determina um bloqueio medular da dor;
- ✓ A massagem estimula o sistema opióide endógeno com libertação de encefalinas circulantes, o que justifica a sensação de bem-estar consequente.

No momento em que se realiza a massagem a pessoa é auxiliada a relaxar, a recuperar um estado de espírito no qual a respiração lenta e profunda parece ser o único movimento que põe o corpo em contacto com o mundo exterior. A massagem poderá ser mais eficaz se conjugada com a imaginação guiada, exercícios de respiração ou música suave (Girassol, 1999).

A massagem está contra-indicada em pessoas com doenças dérmicas, na presença de tumores, cicatrizes recentes ou feridas abertas, em zonas adjacentes a fracturas recentes, em articulações ou tecidos com inflamação aguda e quando há sinais de compromisso circulatório (Almeida e Duarte, 2000).

3.2 - INTERVENÇOES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

O Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001) dá orientações genéricas para o ensino do autocontrolo da dor de forma a promover a redução da intensidade da dor ou o aumento da tolerância a esta, estas acções prendem-se, sobretudo, com o ensino de técnicas não farmacológicas de apoio, passíveis de serem utilizadas pelo próprio doente. As técnicas podem ser de tipo comportamental e de tipo cognitivo”.

3.2.1 - Técnicas Cognitivas

A abordagem cognitivo-comportamental considera a dor como uma percepção que envolve a integração de quatro fontes de informação com elas relacionadas, que na opinião de Ogden são:

- ✓ *Cognitiva, por exemplo, o significado da dor ("vai impedir-me de trabalhar");*
- ✓ *Emocional, por exemplo, as emoções associadas com a dor ("Estou ansioso porque ela nunca mais passa");*
- ✓ *Fisiológica, por exemplo, os impulsos enviados a partir do local da lesão;*
- ✓ *Comportamental, por exemplo, comportamento de dor que pode agudizá-la (não realizar exercício) e comportamento de dor que pode reduzir essa mesma dor (fazer exercício suficiente) (2004, p.322).*

As técnicas cognitivas destinam-se a alterar a experiência de dor através das variáveis cognitivas, tentando reduzir o sofrimento que esta produz através da alteração da forma como os sinais de dor são interpretados pelo doente (Diamond e Coniam, 1999).

A utilização destas intervenções para o controlo da dor é baseada no princípio de que a dor é um comportamento socialmente aprendido e reforçado pela interacção do doente com o seu meio ambiente. Não podemos ignorar que este deve aprender ou reaprender comportamentos mais adaptativos, que lhe proporcionem uma maior funcionalidade e bem-estar. Uma vez que os pensamentos (atitudes, expectativas, crenças) podem intervir nos processos psicológicos, influenciar o humor, determinar comportamentos e ter consequências sociais, é essencial envolver o doente/cuidador na participação activa no tratamento, através do diálogo sobre os efeitos da doença/dor sobre si, aprender estratégias para enfrentar as situações de dor e participar no estabelecimento de metas a alcançar (Pimenta, 2000).

Como técnicas cognitivas de autocontrolo da dor podemos recorrer: à distracção, imaginação, estratégias de confronto, reestruturação cognitiva.

A distracção acontece sempre que alguém focaliza a sua atenção num estímulo diferente da dor, podendo aumentar a tolerância do doente à mesma e/ou reduzir a sua intensidade. Pode ser aplicada enquanto se aguarda que os analgésicos actuem ou para aliviar a dor enquanto se realiza um procedimento doloroso, incentivando a pessoa a

falar sobre uma lembrança agradável, um livro que está a ler ou sobre a sua família (Sofaer, 1994).

A distracção para além de reduzir a percepção da dor melhora a disposição da pessoa dando-lhe a sensação de controlo da situação dolorosa. O ensino sobre o uso desta técnica pode conseguir-se em poucos momentos, é necessário que o doente seja capaz de focar a sua atenção em qualquer coisa e consiga ouvir a descrição ou sugestão de técnicas de distracção. Cantar é uma das distracções mais fáceis, a pessoa pode cantar com os lábios fechados ou assobiar e ainda tamborilar ao ritmo, pois aumenta a concentração. As técnicas mais eficazes são as do agrado do indivíduo e as que estimulam os sentidos (audição, visão, tacto, gosto e movimento). É importante elogiar os esforços feitos pelo doente enquanto se realiza o ensino ou treino sobre estas intervenções. A respiração profunda e regular pode ser uma forma alternativa de distracção com um tom de voz suave diz-se ao doente para focar a sua atenção na sua respiração e ouvir o murmúrio do ar a entrar e sair dos pulmões (Clark, 1998).

Na opinião de Perguiça e Sobral (2003, p.27) " distracção tem como objectivo encorajar a pessoa a focar a sua atenção numa imagem ou estímulo especial, diferente da dor. Temos como exemplo a televisão e a música que utilizam os sentidos a visão e audição". Outras técnicas também úteis são as sugeridas por Potter e Perry (2006, p.805) "cantar, rezar, ouvir música, descrever fotografias em voz alta, contar piadas e jogar jogos".

McCaffery (1990) indica o uso da música como uma intervenção não farmacológica efectiva para o controlo da dor, por ser um método de distracção e estar entre as estratégias mais eficazes, além de ser bem aceite pelos doentes.

A música "proporciona calma e conforto, o que parece induzir relaxamento ao doente. (…) Utiliza-se para afastar os pensamentos da sensação de dor" (Morais e Moura, 2002, p.21).

Watt-Watson (2003) refere que ao utilizar a música deve-se ter em conta as preferências do doente, uma vez que o tipo de música que é relaxante para uns pode não ser para outros. A música instrumental pode ser mais adequada que a vocal porque as letras das músicas podem desencadear reacções emocionais. É importante o uso de auriculares de

forma a reduzir outros estímulos e o doente deve poder controlar o volume. Geralmente a música suave ou com sons da natureza tem um efeito relaxante e na redução da dor, nomeadamente o som da água a correr.

As pessoas com dor recorrem por vezes à imaginação na tentativa de substituir a sua dor por imagens positivas de locais e coisas que gostam. É uma técnica que pode ser eficaz no pós-operatório sendo necessário, inicialmente, ajudar o doente dando exemplos de como pode guiar a sua imaginação, incentivando-o a descrever em pormenor as suas férias favoritas e encorajando-o a "ver-se" nesse local. Como ajuda a relaxar é uma distracção importante, sem esquecer que os pensamentos agradáveis podem melhorar o humor (Clark, 1998).

O doente pode aprender a utilizar a imaginação de variadas formas para controlar a dor, focando a atenção numa imagem emocionalmente incompatível com a dor, tal como um evento agradável da sua vida pessoal ou profissional, uma viagem ao campo, à praia, as imagens de calor, sol, areia quente, permitem relaxar e experimentar sensação de bem-estar, retirar o foco da dor e diminuir a sua percepção. (Diamond e Coniam, 1999, Pimenta, 2000)

Através da imaginação ou visualização guiada o doente cria uma imagem mental, concentra-se nessa imagem ou experiência agradável, que promove a utilização de todos os sentidos e fica gradualmente menos consciente da sua dor (Potter e Perry, 2006).

As Estratégias de Confronto são técnicas do tipo cognitivo que têm como finalidade alterar as circunstâncias negativas relacionadas com a dor, reduzindo os seus efeitos nocivos.

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) as mais utilizadas são:

- ✓ A auto-instrução – auto-afirmações positivas durante uma situação em que o doente tem pensamentos negativos;
- ✓ A testagem da realidade – procura de evidências empíricas para os seus pensamentos;
- ✓ A pesquisa de alternativas – procura de todas as alternativas possíveis, e não apenas as negativas
- ✓ A descatastrofização.

Na reestruturação cognitiva o enfermeiro realiza o ensino ao doente sobre a monitorização e avaliação dos seus pensamentos negativos de modo a criar pensamentos adaptativos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Esta técnica utiliza o treino, o ensaio e a repetição de modos opcionais de discurso interno, de forma que o doente substitua as cognições irracionais ou distorcidas, associadas à dor, por pensamentos mais relativistas, adaptados, funcionais e realistas (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

Diamond e Coniam (1999) são de opinião que os doentes devem ser estimulados a desenvolver processos de pensamentos positivos para combater a dor e a identificar os seus pensamentos negativos acerca da dor. Deste modo os pensamentos negativos actuam como um sinal de que é precisa uma alteração dos processos de pensamento. Quando surge uma estimulação intensa, há que confrontá-la e lidar eficazmente com ela utilizando auto-afirmações positivas. É importante que a pessoa aprenda interromper os pensamentos negativos com auto-afirmações positivas através do recurso às técnicas de imaginação, distracção e relaxamento.

3.2.2 - Técnicas Comportamentais

As técnicas comportamentais são utilizadas com o objectivo de modificar a resposta da pessoa à dor, podemos recorrer a técnicas de modificação comportamental, relaxamento e biofeedback.

Para Watt-Watson a modificação comportamental,

> *Consiste na alteração, programada, do modo de agir da pessoa, recompensando o comportamento pretendido e ignorando o comportamento indesejável. (...) A modificação comportamental pode ser útil nas pessoas com dor crónica. (...) Ao usar métodos comportamentais para alterar o comportamento associado à dor, ou para encorajar actividades do doente, só se terá êxito se houver uma abordagem da equipa dos cuidados de saúde (2003, p.377).*

É necessário reverter as alterações comportamentais que resultaram em comportamentos de dor desadequados, incentivando o doente a regressar a uma actividade normal e demonstrando-lhe como ultrapassar as ideias incorrectas acerca da sua capacidade para

desempenhar determinadas tarefas. “Ignoram-se queixas e elogiam-se os resultados” (Coniam e Diamond, 2001, p.42).

O relaxamento pode ser utilizado para o controlo da dor devido aos seus efeitos directos na tensão existente na musculatura. Ao reduzir a hiperactividade muscular diminui o agravamento e manutenção da dor. Esta técnica possibilita a distracção do pensamento, uma vez que os doentes estão hipervigilantes em relação à sua dor (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

Perguiça e Sobral (2003) referem que o relaxamento tem como objectivo diminuir a tensão e a ansiedade e proporcionar conforto e distracção da dor.

Os exercícios de relaxamento podem ser benéficos para as pessoas com dor crónica, uma vez que ajuda a pessoa a conseguir o autocontrolo da sua dor (Watt-Watson, 2003).

Urbano (1999) é de opinião que o relaxamento muscular progressivo e o relaxamento pela respiração profunda são as duas técnicas mais utilizadas como método de alívio da dor dos doentes, pelos profissionais de saúde. O enfermeiro pode utilizar o exercício respiratório, através de inspirações e expirações profundas e lentas à medida que a dor aumenta, durante procedimentos dolorosos curtos.

De acordo com Potter e Perry,

> *Os exercícios de relaxamento progressivos envolvem uma combinação de exercícios de respiração profunda com uma série de contracções e relaxamentos de grupos musculares. O utente começa por respirar devagar e com o diafragma, deixando que o abdómen se eleve lentamente e o tórax se expanda totalmente. É frequente, um utente fechar os olhos para se concentrar no exercício. Quando este estabelece um padrão regular de respiração, treine-o a localizar qualquer área de tensão muscular, a pensar na forma como se sente, a tomar consciência da tensão muscular inicial e a contrair suavemente os músculos e, depois a descontraí-los completamente. Isto cria a sensação de alívio de todo o desconforto e stress. (2006, p.807).*

É importante avaliar a intensidade da dor, explicar ao doente que pode não sentir um alívio total nas primeiras vezes e incentivar o recurso a esta técnica quando surge ansiedade e tensão uma vez que estas podem exacerbar a dor.

O biofeedback é uma técnica comportamental que usa a monitorização de funções fisiológicas que permite ao doente detectar características supostamente indesejáveis e aprender a exercer algum controlo consciente sobre funções normalmente inconscientes (Diamond e Coniam, 1999).

Com a execução desta intervenção controla-se um parâmetro biológico (tónus muscular, temperatura cutânea, frequência cardíaca) através da concentração, informando o doente do nível deste parâmetro através de um sinal sonoro ou visual. Apresentando resultados objectivos aos olhos do doente permite que este se sinta com capacidade de controlar o seu corpo (Metzeger, Schwetta e Walter, 2002).

Para Watt-Watson (2003) o biofeedback é um sistema de aprendizagem voluntária do controlo sobre funções orgânicas reguladas de forma autónoma para que a pessoa seja capaz de avaliar a reacção ao stress fisiológico e substituí-la por outra reacção não geradora de stress. O indivíduo aprende a substituir a tensão muscular por relaxamento muscular podendo, posteriormente, sem a máquina produzir os efeitos desejados.

Dias (2007) complementa que através dos pequenos monitores, a pessoa aprende a dominar técnicas de relaxamento, concentração e visualização aplicadas a funções corporais como, a frequência cardíaca, tensão arterial, temperatura da pele e descontracção muscular. O doente observa os sinais visuais ou sonoros emitidos pelos monitores, que vão dando informações sobre os efeitos obtidos. Com o treino a pessoa põe em prática os gestos que controlam a função corporal e a dor. De acordo com a autora muitas vezes nem são precisas máquinas, ensina-se o doente a avaliar o pulso; depois volta a avaliar fazendo a mente pensar em «travar» a pulsação. Este método também pode resultar com a respiração, a temperatura e tensão arterial.

3.3 - INTERVENÇÕES DE SUPORTE EMOCIONAL

A Ordem dos Enfermeiros (2008) considerou como intervenções de suporte emocional, o toque terapêutico e o conforto.

Definiu, então, o conforto como a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal, que pode ser conseguido através da promoção de apoio e segurança, da promoção do relaxamento, redução da ansiedade e controlo da dor, entre outros sintomas que provocam desconforto ao doente.

Independentemente do tipo de intervenções utilizadas a relação de ajuda estabelecida com o doente pode maximizar o controlo da dor, através de comportamentos que demonstrem interesse, tais como, segurar na mão e o toque.

Potter e Perry (2006) abordam algumas formas de promover o conforto do doente tais como:

- ✓ Eliminar ou reduzir os estímulos dolorosos, através da manutenção da roupa da cama esticada, certificando-se de que não há drenos ou outros materiais enrolados à sua volta;
- ✓ Realizar pensos e trocar roupa da cama sempre que necessário;
- ✓ No posicionamento é essencial ter em atenção a manutenção do alinhamento corporal correcto do doente, sem o arrastar;
- ✓ O posicionamento resolve muitas vezes situações de dor.

Na opinião de Watt-Watson (2003) o enfermeiro deve providenciar a modificação do ambiente físico do doente com dor, uma vez que pode criar sobrecarga sensorial e potenciar os estímulos dolorosos, mas sem esquecer que nem todos os doentes reagem positivamente ao mesmo ambiente. Deste modo poderá ser benéfico para o doente:

- ✓ Ser transferido para um quarto mais calmo, longe do centro de actividade;
- ✓ Reduzir luzes intensas;
- ✓ Diminuir ao mínimo as interacções verbais, quando a dor for severa;
- ✓ Pedir aos outros doentes que usem auriculares ou para reduzir o som da rádio ou da televisão;
- ✓ Controlar o número de pessoas que entram no quarto;
- ✓ Explorar o efeito de música suave ou fitas gravadas com sons da natureza;
- ✓ Administrar analgésicos para prevenir ou minimizar a dor, antes de prestar cuidados e sempre que se prevê a dor;
- ✓ Em doentes com dor forte usar um lençol para a alternância de decúbitos;

- ✓ Ao posicionar o doente colocar uma almofada sob a articulação dolorosa;
- ✓ Ao manipular uma extremidade, suportar os membros nas articulações e não nas protuberâncias musculares;
- ✓ Usar colchões de pressão alterna ou de água em doentes com dor forte, generalizada ou no tronco;
- ✓ Evitar embater na cama ou faze-la mover abruptamente;
- ✓ Evitar que a roupa da cama toque na(s) extremidade(s) dolorosa(s);
- ✓ Auxiliar nos movimentos e avaliar a flexibilidade articular.

Dada a complexidade e subjectividade do ser humano e de os aspectos que lhe são inerentes no que respeita à dor é necessária uma intervenção multidisciplinar, numa perspectiva holística, portanto, que veja o doente na sua globalidade, o que certamente não será compatível com uma abordagem meramente farmacológica.

Assim e de acordo com a literatura consultada o recurso à aplicação das técnicas não farmacológicas no âmbito das intervenções autónomas dos enfermeiros pode ser bastante útil na gestão da dor mas é necessário investir mais no desenvolvimento de competências nesta área.

É essencial avaliar o impacto da dor na vida do doente/família, actuar como agente de ensino junto deles de modo a dar conhecimento de todo o leque de possibilidades existentes para o seu controlo e promover o seu envolvimento na escolha das estratégias tornando-os, assim, parceiros de cuidados.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

4 – PROBLEMÁTICA

Um problema será relevante em termos científicos na medida que conduzirá à aquisição de novos conhecimentos. A revisão da literatura efectuada permite considerar alguns saberes já existentes, mas a realização de uma investigação possibilitará aumentar esses conhecimentos.

De acordo com o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008), a importância da dor enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica é justificada pela procura de cuidados de saúde pela população, mas quando terminada a função de alarme, não traz outro benefício fisiológico para o organismo. Provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitários, endócrino e nervoso, que vão promover o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e deste modo conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso trazendo sofrimento e redução da qualidade de vida da pessoa que dela padece.

Também Rigotti e Ferreira são de opinião,

> *Que em muitos casos, mais do que um sintoma, a dor é a doença em si, e seu controle é o objectivo do tratamento. Da sua vivência resultam alterações biológicas, psicossociais e sofrimento. Há prejuízo do sono, do trabalho, da movimentação e deambulação, ocorre alteração do humor, da capacidade de concentração, do relacionamento familiar, da actividade sexual e apreciação pessimista e desesperança da vida (2005, p.50).*

Neste sentido a Ordem dos Enfermeiros (2008, p.7) confirma "a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas."

O controlo da dor deve ser considerado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e é indispensável para a sua humanização. A Ordem dos Enfermeiros considera que,

> *O interesse da comunidade científica por esta área é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados. (...) São múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada todos os intervenientes - doentes, profissionais e instituições (2008, p.11).*

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2008) refere que os enfermeiros, pelo contacto frequente que têm com os doentes, na comunidade, no domicílio, no internamento e no ambulatório, desempenham um papel fundamental na avaliação do impacto da dor na pessoa, na família e na comunidade, na implementação de acções para o controlo da dor e na avaliação da eficácia dessas acções. Como resultado deste papel central na abordagem da dor, é de esperar que os enfermeiros possuam conhecimentos sobre os mecanismos, teorias e epidemiologia da dor, síndromes dolorosos mais frequentes, variáveis susceptíveis de influenciar a percepção e expressão da dor e uma gama razoável de terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) para o alívio da dor.

No seu artigo de revisão sobre "Intervenções de enfermagem ao paciente com dor" Rigotti e Ferreira (2005, p.50) verificaram que "A dor é um fenómeno subestimado nos pacientes e neste sentido a educação em enfermagem necessita repensar a formação do enfermeiro."

A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.19) afirma que "A aquisição e actualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente."

Também o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008, p. 10) sugere diversas estratégias de formação sendo que, uma delas é no sentido de "sensibilizar as Escolas de Enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor."

Neste contexto consideramos pertinente definir como questão de partida:

Será que a aplicação de técnicas não farmacológicas no controlo da dor, pelos enfermeiros, está relacionada com a informação sobre as mesmas e com as características socioprofissionais?

Com o estudo, que pretende dar resposta á questão formulada poderemos aprofundar conhecimentos sobre dor, a sua importância na qualidade de vida de quem dela padece e as técnicas não farmacológicas que nos permitem controlá-la enquanto cuidadores formais ou mesmo informais.

Face ao exposto são objectivos deste estudo Descritivo-Correlacional:

- *Analisar se a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor é influenciada pelas características socioprofissionais (idade, sexo, tempo de exercício profissional, categoria profissional).*

- *Relacionar a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor com a formação específica sobre "dor e técnicas não técnicas não farmacológicas no seu controlo".*

- *Relacionar a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor com a aplicação das mesmas na prestação de cuidados ao doente.*

4.1 - FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Nesta etapa do nosso trabalho torna-se necessário delinear o caminho que nos irá permitir a análise de uma realidade de modo a dar um sentido de aplicabilidade ao enquadramento teórico desenvolvido.

Inicialmente, e tal como definimos no nosso projecto de investigação, tínhamos intenção de ter uma amostra probabilística, pelo que formulámos hipóteses. Contudo face a dificuldades que ocorreram optámos por uma amostra de conveniência, não probabilística e como tal não podemos fazer extrapolações, então transformámos as nossas hipóteses em questões.

Pölkki *et al.* (2003) na sua pesquisa sobre "Os factores que influenciam a aplicação de técnicas não farmacológicas pelos enfermeiros no alívio da dor cirúrgica em crianças" concluíram que as enfermeiras mais velhas, quando comparadas com as enfermeiras mais jovens eram mais competentes e menos inseguras na utilização destas técnicas. Perante este resultado surge a primeira questão para o nosso estudo:

1. Será que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor está relacionada com a idade?

Romão (2007) revelou que a dor apresenta diferenças significativas em função do sexo e que existem estudos epidemiológicos que mostram maiores taxas de incidência de dor crónica nas mulheres do que nos homens. Isto porque as mulheres têm mais probabilidade do que os homens de apresentar dores múltiplas em simultâneo, o que constitui um factor de risco para o aparecimento de novos síndromes dolorosos. Tendo como fio condutor esta afirmação, pareceu-nos que seria interessante avaliar se a informação sobre as técnicas não farmacológicas é diferente nos enfermeiros e nas enfermeiras, uma vez que as suas vivências podem ter algumas diferenças.
Deste modo elaborámos a questão:

2. Será que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor é diferente segundo o sexo?

Pölkki *et al.* (2003) no seu estudo verificaram, ainda, que as enfermeiras com mais experiência profissional, eram mais competentes e menos inseguras na utilização das técnicas não farmacológicas que as enfermeiras com menos experiência profissional. Assim sendo formulámos outra questão:

3. Será que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor está relacionada com o tempo exercício profissional?

Manworren (2000) realizou uma investigação com o propósito de avaliar "O conhecimento e atitudes dos enfermeiros pediátricos no controlo da dor", um dos resultados obtidos, permitiu-lhe inferir que os enfermeiros com maior categoria

profissional responderam correctamente a uma maior percentagem de perguntas. Desta forma achamos pertinente a próxima questão:

4. Será que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor é diferente consoante a sua categoria profissional?

No estudo realizado por Bernari *et al.* (2007) sobre "Os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros acerca do controlo da dor oncológica" concluíram que os enfermeiros com maior número de respostas correctas frequentaram mais cursos sobre dor. Nesta perspectiva podemos enunciar ainda a questão:

5. Haverá relação entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor e a formação específica sobre "a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo"?

Na nossa pesquisa considerámos que seria curioso verificar se a informação que os enfermeiros possuem sobre estas técnicas é influenciada pelo número habitual de elementos existente por turno, desta forma enunciámos a próxima questão:

6. Será que existe relação entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas e o número habitual de enfermeiros existente em cada turno?

Na investigação realizada por Mattheus e Malcom (2007) sobre "O conhecimento e as atitudes dos enfermeiros no controlo da dor", os autores verificaram que existia um deficit severo no conhecimento em relação às perguntas sobre métodos não farmacológicos no controlo da dor. Perante esta afirmação emerge a última questão para o nosso trabalho:

7. Haverá relação entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor e a aplicação das mesmas na prestação de cuidados ao doente?

4.2 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

As variáveis estudadas são identificadas desde que se define o problema. Contudo, é necessário levar a variável de um nível abstracto para um plano operacional, de forma a concretizar o seu significado no estudo.

No contexto de uma investigação, os conceitos passam a ser variáveis. Estes conceitos têm definições gerais que é necessário esclarecer de forma precisa. Por isso, o investigador deve operacionalizá-los, dando-lhes um sentido facilmente observável, que permita avaliar e medir. A descrição operacional das variáveis deve conter construções teóricas e justificar da adequação dos instrumentos utilizados.

4.2.1 - Variável Central

A variável central, também designada por variável resposta ou efeito, no presente estudo, é a informação que os enfermeiros têm sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor.

Esta variável é operacionalizada em sessenta afirmações com uma escala tipo Likert, com cinco alternativas de resposta (concordo totalmente, concordo, não tenho opinião, discordo, discordo totalmente). Algumas destas afirmações encontram-se formuladas na negativa.

4.2.2 - Outras Variáveis

Considerando a problemática, os objectivos explicitados e as questões de investigação, consideramos como outras variáveis:

- Idade dos enfermeiros. Colocada em questão aberta e expressa em anos.
- Sexo dos enfermeiros. Colocada em questão fechada dicotómica, masculino e feminino.
- Tempo de exercício profissional dos enfermeiros. Colocada em questão aberta e expressa em anos.

- Categoria Profissional dos enfermeiros. Questionada com uma pergunta fechada de acordo com o Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro que define os níveis e categorias dos enfermeiros prestadores de cuidados (Enfermeiro, Enfermeiro Graduado, Enfermeiro Especialista).
- Formação específica sobre "A dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo". Colocadas de duas perguntas fechadas, de modo a, no caso de ter formação específica, identificar o local onde a obteve. Esse local foi considerado poder ser no serviço, na instituição ou fora da instituição.
- Número habitual de enfermeiros disponíveis em cada turno. Considerámos os três turnos comuns no horário dos enfermeiros, das 0 às 8 horas, das 8 às 16 horas e das 16 às 24 horas.
- Aplicação das técnicas não farmacológicas no controlo da dor, pelo enfermeiro na prestação de cuidados ao doente. Apresentada numa escala tipo Likert com três alternativas: sempre, algumas vezes e nunca.

4.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

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

Como em todas as investigações com recurso ao questionário, houve necessidade de construir um instrumento de recolha de informação devidamente estruturado tendo presente os objectivos do estudo e a nossa questão de investigação.

Assim o nosso Questionário é um documento composto por três páginas:

- Folha de apresentação do investigador, apresentação do estudo que se pretende realizar, pedido da colaboração no preenchimento do respectivo questionário e garantia de total confidencialidade dos dados colhidos.

- Oito grupos de questões:

    1. Idade.
    2. Sexo.
    3. Tempo de exercício profissional.
    4. Categoria Profissional.
    5. Formação Especifica sobre "A dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo".
    6. Número habitual de enfermeiros por turno.
    7. Aplicação de técnicas não farmacológicas no controlo da dor.
    8. Sessenta afirmações sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor para verificar a informação que os enfermeiros possuem sobre as mesmas.

Relativamente às afirmações que possibilitam verificar a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor, atribuímos um ponto a cada uma assinalada de forma correcta e zero pontos se assinalada de forma incorrecta No que diz respeito, à alternativa *Não tenho opinião* consideramos desconhecimento e por isso atribuímos também zero pontos.

Para o estudo da fidedignidade procedeu-se, de acordo com Pestana e Gageiro (2000), à análise de consistência interna - uma medida da sua confiabilidade - através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, por ser considerada uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna em escalas de *tipo Likert*. Esta escala apresenta no seu global um valor alfa de 0,887, o que é considerado *Bom* pelos autores referidos. Não se excluiu qualquer item, pois o valor do coeficiente alfa da escala não melhorava.

4.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população definida inicialmente para fazer parte do nosso estudo seria constituída pelos enfermeiros prestadores de cuidados dos Hospitais da Universidade de Coimbra e a amostra os enfermeiros prestadores de cuidados dos Serviços de Cirurgia Geral e de Medicina desta Instituição.

Após a aceitação do projecto da nossa dissertação pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em Abril de 2008, realizámos o pedido de autorização para a aplicação do questionário ao Senhor Presidente do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Após vários contactos junto do Conselho, sem sucesso, portanto sem resposta ao nosso pedido, em Novembro como se aproximava o prazo para a entrega da dissertação sentimos necessidade de pedir a prorrogação da data de entrega por um período de seis meses e de rever a amostra.

Optámos então por uma amostra de conveniência, constituída por enfermeiros que não exercem funções de gestão e a quem tínhamos facilidade de acesso, independentemente da instituição onde trabalham.

Aplicámos o nosso instrumento de recolha de dados aos enfermeiros que conseguimos contactar durante os meses de Novembro e Dezembro de 2008.

Após esta decisão e desenvolvido trabalho de recolha de dados, foi concedida a autorização para aplicação do nosso questionário aos enfermeiros dos serviços de Medicina e Cirurgia Geral dos Hospitais da Universidade de Coimbra, conforme o pedido. Resolvemos não desperdiçar os dados colhidos e obviamente também não deixar de fazer a aplicação nos serviços autorizados.

Assim procedemos à recolha nestes serviços, em que cada enfermeiro preencheu o questionário no seu tempo pessoal de forma a não retirar tempo aos cuidados de enfermagem, conforme recomendado pela Sra. Enfermeira Directora.

A nossa amostra ficou então constituída pelos enfermeiros a quem tínhamos facilidade de acesso, independentemente da instituição onde trabalham e pelos enfermeiros a exercer funções serviços de Medicina e Cirurgia Geral dos Hospitais da Universidade de Coimbra, não deixando contudo se ser uma amostra não probabilística.

4.5 - PRÉ TESTE

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflicta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as afirmações são bem compreendidas.

O nosso instrumento de recolha de dados foi submetido a um pré teste antes da sua aplicação como forma de comprovar a sua viabilidade e fiabilidade, que decorreu nos primeiros dias de Novembro de 2008. Assim foram entregues questionários a oito enfermeiros. Após cada aplicação, conversámos com o respondente no sentido de identificarmos necessidade de alguma alteração. Não se verificando esta necessidade, mantivemos o instrumento de recolha de dados.

5 - APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Após a recolha de dados, foi nosso propósito proceder à sua apresentação à luz da metodologia científica de investigação para posteriormente os podermos interpretar de acordo com a nossa questão de investigação e os objectivos formulados.

5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra final do estudo é constituída por 138 enfermeiros que, na sua actividade profissional, não exercem funções de gestão. Apresentamos a distribuição dos elementos segundo as suas características pessoais e profissionais.

Os enfermeiros que constituem a amostra do nosso estudo têm idades compreendidas entre os 21 e os 58 anos. A média de idades é de 35,30 anos e o desvio padrão 8,59.

A distribuição quanto ao sexo mostra uma maioria considerável de elementos do sexo feminino: 111 correspondendo a 80,4% dos profissionais estudados e 27 enfermeiros do sexo masculino, correspondendo a 19,6 % da amostra, conforme leitura da Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos Enfermeiros segundo o Sexo

Sexo	***n***	***%***
Masculino	*27*	*19,6*
Feminino	*111*	*80,4*
Total	***138***	***100,0***

Os elementos da nossa amostra exercem funções no mínimo há 1 ano e no máximo há 37 anos. A média do tempo de exercício profissional é de 11,92 anos e o desvio padrão é de 8,24.

No que concerne à distribuição dos enfermeiros por categoria profissional, verificámos que 83 profissionais são Enfermeiros Graduados correspondendo a uma percentagem de 60,1%, 41 elementos têm a categoria de Enfermeiro com uma percentagem de 29,7% e por último na categoria de Enfermeiro Especialista existem 14 elementos perfazendo um total de 10,2% conforme podemos observar na Tabela 2 e Gráfico 1.

Tabela 2: Distribuição dos Enfermeiros segundo a Categoria Profissional

Categoria profissional	***n***	***%***
Enfermeiro	*41*	*29,7*
Enfermeiro Graduado	*83*	*60,1*
Enfermeiro Especialista	*14*	*10,2*
Total	***138***	***100,0***

Gráfico 1: Distribuição dos Enfermeiros segundo a Categoria Profissional

Em relação à formação específica sobre "A dor e as técnicas não farmacológicas (TNF) no seu controlo" verificámos que 89 enfermeiros não possuem formação nesta área correspondendo a 64,5% da amostra global (Gráfico 2). Dos enfermeiros que têm formação, 19 (13,8%) realizaram-na fora da Instituição onde exercem funções, 13 (9,4%) realizaram a formação no serviço e 11 (8%) na Instituição de acordo com a leitura da Tabela 3.

Gráfico 2: Distribuição dos Enfermeiros segundo a Formação Específica sobre Dor e TNF

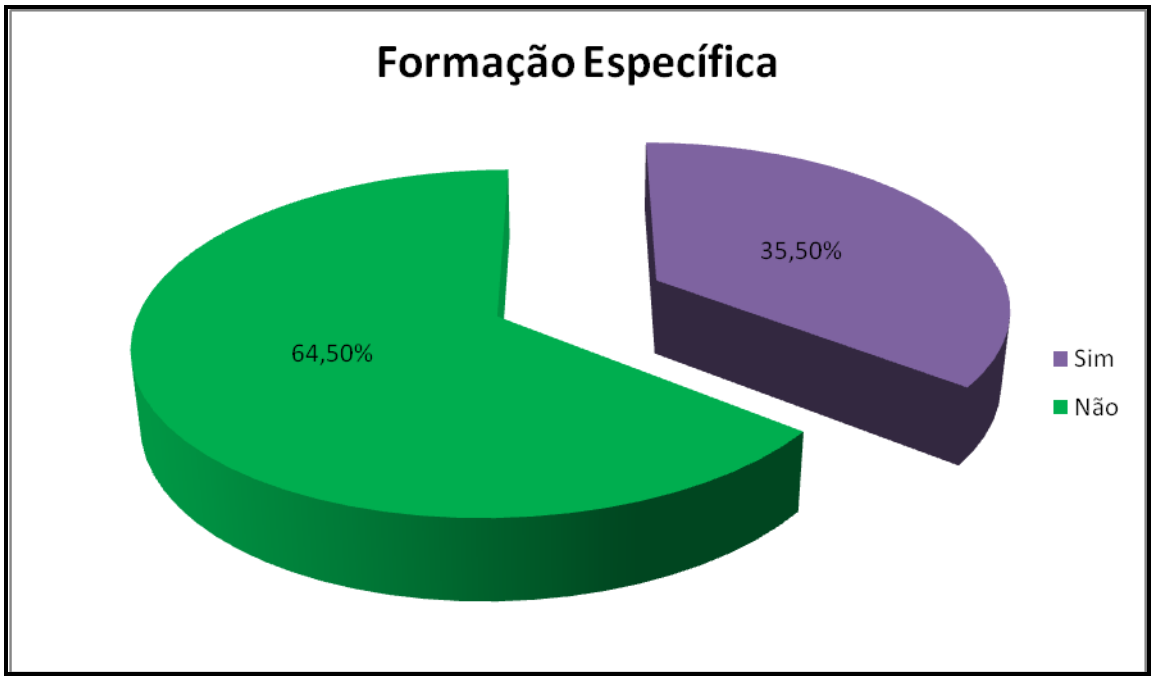


Tabela 3: Distribuição dos Enfermeiros segundo a Formação Específica sobre Dor e TNF

Formação Específica	***n***	***%***
Sim	***49***	***35,5***
No Serviço	*13*	*9,4*
Na Instituição	*11*	*8,0*
Fora da Instituição	*19*	*13,8*
Na Instituição e Fora da Instituição	*2*	*1,4*
No Serviço e Fora da Instituição	*3*	*2,2*
Na Instituição e no Serviço	*1*	*0,7*
Não	***89***	***64,5***
Total	***138***	***100,0***

Como já referimos a nossa amostra é composta por elementos a exercer funções em diversos Serviços e Instituições.

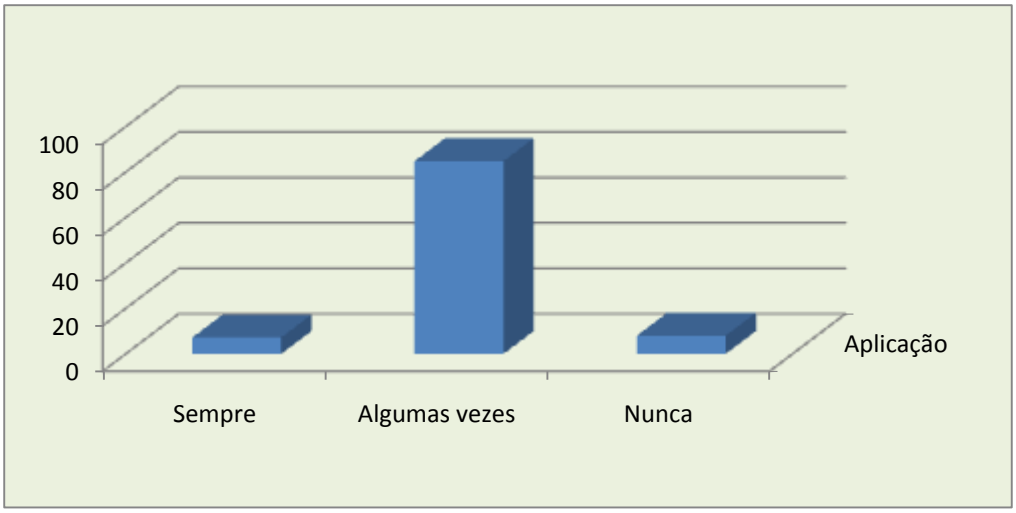
Deste modo encontramos serviços em que no turno da noite (0-8) há no mínimo um enfermeiro e no máximo10. No turno da manhã (8-16) no global da nossa amostra há no mínimo 2 enfermeiros e no máximo 12. No que diz respeito ao turno da tarde (16-23) encontramos o mínimo de 1 enfermeiro e um máximo de 8.

Quanto à aplicação de Técnicas Não Farmacológicas no Controlo da Dor, verificamos que apenas 10 enfermeiros (7,2%) referem aplicar essas técnicas *Sempre* e 117 enfermeiros (84,8%) afirmam que aplicam *Algumas Vezes* na prestação de cuidados ao doente (Tabela 4 e Gráfico 3).

Tabela 4: Aplicação de TNF no Controlo da Dor

Aplicação	***n***	***%***
Sempre	*10*	*7,2*
Algumas vezes	*117*	*84,8*
Nunca	*11*	*8,0*
Total	***138***	***100,0***

Gráfico 3: Aplicação de TNF no Controlo da dor



5.2 - INFORMAÇÃO QUE OS ENFERMEIROS POSSUEM SOBRE AS TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR

Para verificar que informação os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor, utilizámos afirmações com cinco alternativas de resposta: concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente e não tenho opinião.

Atribuímos um ponto a cada afirmação assinalada correctamente, para o que se agruparam as afirmações "concordo totalmente" e "concordo" e as afirmações "discordo" com as "discordo totalmente". Considerámos erradas as assinaladas como "sem opinião", uma vez que traduzem falta de conhecimento. Assim os scores possíveis variariam entre no mínimo 0 e no máximo 60.

No estudo houve 4 enfermeiros com menos de 30 afirmações correctas (2,9%) e 134 (97,1%) com mais de 30 afirmações correctas.

O mínimo de afirmações assinaladas correctamente foi 8 e o máximo 58.

Para verificar a questão se "a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor está relacionada com a idade", recorremos ao Teste de Correlação de Pearson. Como podemos verificar no Quadro 1 os valores encontrados sugerem uma resposta não afirmativa a esta questão, donde podemos concluir que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor não está relacionada com a idade.

Quadro 1 - Correlação de Pearson da
Informação sobre TNF com a Idade (n=138)

	Informação sobre as TNF	
Idade	***r***	***p***
	0,40	***ns***

Para testarmos se a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor é diferente consoante o sexo utilizámos o *Teste t de Student para amostras independentes*, sendo que os dados encontrados vão no sentido de não confirmar esta diferença.

Nesta pesquisa a informação que enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor não é diferente pelo facto de se tratar de enfermeiros ou de enfermeiras, como podemos confirmar na análise do Quadro 2.

Quadro 2 – *Teste t de Student para amostras independentes*
Informação sobre TNF segundo o Sexo (n=138)

Sexo	***Informação sobre TNF***			
	$\bar{x}$	***s***	***t***	***p***
Masculino (n = 27)	*48,48*	*7,63*	*0,52*	*ns*
Feminino (n = 111)	*47,62*	*7,76*		

De forma a apurar se a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor está relacionada com o tempo de exercício profissional utilizámos o Teste de Correlação de Pearson. Verificamos que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor não está relacionada com o tempo de exercício profissional de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 - Correlação de Pearson da Informação sobre
TNF com o Tempo de Exercício Profissional (n=138)

Tempo de exercício profissional	***Informação sobre TNF***	
	r	***p***
	0,63	*ns*

Para averiguar se a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor é diferente conforme a sua categoria profissional utilizámos a Análise de Variância (ANOVA). Nos resultados obtidos verifica-se um aumento sucessivo nos valores médios, ou seja no nível de informação, nas Categorias de Enfermeiro para Enfermeiro Graduados e destes para Enfermeiro Especialista (Quadro 4). Contudo estas diferenças não são significativas do ponto de vista estatístico.

Quadro 4 - Análise de Variância (ANOVA) da
Informação sobre TNF segundo a Categoria Profissional (n=138)

Categoria Profissional	***Informação sobre TNF***			
	$\bar{x}$	***s***	***F***	***p***
Enfermeiro (n=41)	*46,80*	*7,31*		
Enfermeiro Graduado (n=83)	*47,90*	*8,26*	*0,92*	*ns*
Enfermeiro Especialista (n=14)	*50,00*	*4,79*		

Para verificar se existe diferença entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor e o facto de terem formação específica sobre "a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo" foi utilizado o *Teste t de Student para amostras independentes*, e obtivemos resultados que vão no sentido de corroborar a questão formulada (Quadro 5). Assim, verificámos que os enfermeiros com formação específica sobre "a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo" demonstraram mais informação sobre as técnicas não farmacológicas.

Quadro 5 – *Teste t de Student para amostras independentes:*

Informação sobre TNF segundo a Formação Específica (n=138)

Formação Específica	***Informação sobre TNF***			
	$\bar{x}$	***s***	***t***	***p***
Sim (n = 49)	50,86	5,49	3,62	0,000
Não (n = 89)	46,10	8,08		

No sentido de analisar se "existe relação entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas e o número habitual de enfermeiros existente por turno" aplicámos Teste de Correlação de Pearson.

Na nossa pesquisa não se verifica diferença significativa entre o número habitual de enfermeiros por turno e a informação que possuem sobre as técnicas não farmacológicas (Quadro 6).

Quadro 6 - Correlação de Pearson

Informação sobre TNF com o Número Habitual de Enfermeiros por Turno

Número habitual de enfermeiros por turno	***Informação sobre TNF***	
	r	***p***
Número habitual de enfermeiros por turno (0-8)	*0,08*	*ns*
Número habitual de enfermeiros por turno (8-16)	*0,01*	*ns*
Número habitual de enfermeiros por turno (16-24)	*-0,05*	*ns*

Ao aplicarmos o Teste de Análise de Variância (ANOVA) de modo a verificar se existe diferença entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor segundo a frequência de aplicação das mesmas no

seu exercício profissional verificámos que os dez elementos que afirmam aplicar sempre estas intervenções são os que apresentam um valor médio de informação mais elevado (Quadro7). Do ponto de vista estatístico esta diferença não é relevante, mas não devemos ignorar a diferença acentuada no número de enfermeiros que refere aplicar sempre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor (n=10), nunca (n=11) e no número que refere aplicar algumas vezes (n=117).

Quadro 7- Análise de Variância (ANOVA)
da Informação sobre TNF e sua Aplicação (n=138)

Aplicação de TNF	***Informação sobre TNF***			
	$\bar{x}$	***s***	***F***	***p***
Sempre (n = 10)	*51,10*	*5,38*		
Algumas vezes (n = 117)	*47,76*	*7,87*	*1,61*	*ns*
Nunca (n = 11)	*45,09*	*7,10*		

6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase, chegou o momento de procurar dar sentido aos resultados encontrados na nossa pesquisa composta por 138 enfermeiros, a exercerem funções em diferentes serviços e instituições, com idades compreendidas entre os 21 anos e os 58 anos, que corresponde a uma média de idades de 35,30 anos e um desvio padrão 8,59.

Relativamente ao sexo, 80,4% dos elementos da nossa amostra eram do sexo feminino e 19,6% do sexo masculino. Apesar da discrepância existente entre os valores encontrados não ficámos surpreendidos, tendo em conta os dados estatísticos apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (2009) que nos revelam a existência a nível nacional de 81,3% de enfermeiros do sexo feminino e 18,7% de enfermeiros do sexo masculino. Desta forma não podemos considerar que exista enviesamento de dados.

Vamos debruçar-nos sobre os resultados mais evidentes, sobretudo aqueles que têm a sua base nas questões formuladas, procurando relacionar estes resultados com o que fomos apresentando ao longo da fundamentação teórica.

O alívio da dor fez sempre parte do cuidar em enfermagem. No entanto os enfermeiros não têm conseguido aliviá-la adequadamente, quer pelo facto de não a valorizarem, quer por manterem a aceitação da mesma como fazendo parte da doença e do tratamento. Estas barreiras para o tratamento adequado da dor são determinadas pela falta de conhecimento sobre a sua avaliação e controlo (Manworren, 2000).

A dor quando não cuidada adequadamente representa um grande entrave à qualidade de cuidados prestados. Apesar dos avanços terapêuticos, as intervenções para o controlo da dor continuam a ser insuficientes.

No seu trabalho sobre as “Atitudes e Conhecimento dos Enfermeiros no Controlo da Dor no Pós Operatório” Brydon e Asbury (1996) verificaram que em média 62% desses profissionais não possuíam conhecimentos suficientes sobre dor e analgesia.

Manworren (2000) no seu estudo identificou falhas a vários níveis do conhecimento sobre o controlo da dor, nomeadamente sobre as intervenções não farmacológicas.

Pulter e Madureira (2004) relatam que, em termos de cuidados de enfermagem, o uso de técnicas não farmacológicas pode não eliminar a dor, mas contribuem para diminuir o sofrimento por ela causado. O estudo realizado por estas autoras evidenciou o desconhecimento destes profissionais relativamente às diversas técnicas não farmacológicas úteis para a prevenção e alívio da dor e que fazem parte das intervenções autónomas de enfermagem.

Os nossos resultados não são corroborados pelos trabalhos atrás referidos, uma vez que no nosso trabalho, verificámos que 134 enfermeiros (97,1%) possuem informação sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor, tendo apenas 4 enfermeiros (2,9%) assinalado correctamente menos de 30 afirmações, que de acordo com o estabelecido previamente, demonstra não possuírem informação. Salientamos ainda o facto de nenhum enfermeiro ter assinalado correctamente as 60 afirmações do questionário. No total dos questionários o número de afirmações assinaladas correctamente variou entre o mínimo de 8 e o máximo de 58.

Após termos determinado a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas procurámos verificar as questões por nós formuladas.

Perante os valores encontrados verificámos que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas não está relacionada com a idade.

Estes achados não são confirmados por Pölkki *et al.* (2003) que no seu trabalho sobre "Os factores que influenciam a aplicação de técnicas não farmacológicas pelos enfermeiros no alivio da dor de doentes pediátricos" concluíram que enfermeiras mais velhas e com maior experiência no trabalho são mais competentes e menos inseguras na utilização de técnicas não farmacológicas quando comparadas às enfermeiras mais jovens e com menor experiência.

Na nossa pesquisa verificámos que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor não difere consoante o sexo. Este resultado veio contrariar o que encontramos no artigo científico que afirma que a dor

das pacientes do sexo feminino é julgada como menos genuína e a sua situação clínica considerada menos grave e urgente que a do homem. A conclusão é de um estudo de Bernardes (2008) sobre "Os enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor lombálgica" do Centro de Investigação e Intervenção Social do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa, que teve por objectivo perceber em que medida o tipo de dor, a forma como o doente apresenta a sua dor e o sexo de quem julga influenciam a ocorrência de enviesamentos de sexo nos julgamentos da dor. Para esta autora existem razões para crer que a discriminação da mulher com dor, comparativamente ao homem, não é um fenómeno universal mas dependente de pistas contextuais. Refere ainda que pretendeu alertar para a existência de enviesamentos na forma como os profissionais de saúde possam eventualmente avaliar a dor de homens e a de mulheres. Este estudo foi realizado numa amostra de 205 estudantes de enfermagem e concluiu que os estudantes do sexo masculino fazem mais enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a genuidade da dor do que as estudantes do sexo feminino.

No nosso trabalho apurámos, ainda, que não há relação entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor e o tempo de exercício profissional. Estes resultados não estão de acordo com os obtidos pelos autores que passamos a abordar.

Wilson (2006) no seu estudo “As inferências dos enfermeiros sobre a dor” confirmou que a informação que os enfermeiros possuem sobre a dor não parece estar relacionada com a sua experiência em termos do tempo de exercício profissional.

Do mesmo modo Lui (2007) na sua pesquisa “Conhecimento e atitudes dos enfermeiros das unidades médicas de Hong Kong no controlo da dor” verificou que os enfermeiros com uma percentagem maior de respostas correctas em NKASRP-C **(**Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses) tinham mais experiência clínica no controlo da dor e maior aplicação destes conhecimentos no seu trabalho diário. A autora concluiu que é importante identificar falhas de informação e de atitudes relativamente ao controlo da dor.

Batalha (2001) no seu estudo “A criança com dor e sua família; saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos” apurou que a variável tempo de exercício profissional, revelou

influenciar de forma estatisticamente significativa, os saberes e praticas dos enfermeiros.

Nos resultados obtidos apurámos que existe um aumento sucessivo no nível informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor nas Categorias de Enfermeiro para Enfermeiro Graduado e destes para Enfermeiro Especialista, estes resultados são corroborados pela pesquisa de Batalha (2001) em que os Enfermeiros Especialistas obtiveram pontuações mais elevadas quanto aos saberes e práticas no alívio da dor e entre estes foram os que detinham a Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que conseguiram resultados significativamente melhores.

Do mesmo modo Wilson (2006) no seu estudo "As inferências dos enfermeiros sobre a dor" concluiu que os Enfermeiros Especialistas tinham uma maior base de conhecimentos do que os Enfermeiros.

Também Pölkki *et al.* (2003) verificaram que as variáveis idade, formação e a experiência profissional influenciaram significativamente a aplicação destas técnicas e cerca de 98% dos enfermeiros referiam a necessidade de aprender mais sobre os diferentes métodos de alívio da dor.

De acordo com Portela (2006) tem vindo a esboçar-se entre nós alguma preocupação no ensino pré-graduado na problemática da dor, de forma a permitir que os futuros profissionais possam ter uma formação adequada nesta área. Têm abundado nos últimos anos frequentes reuniões científicas que abordam os vários aspectos da dor.

Estas preocupações de formação sobre a dor e o seu controlo vêm de encontro aos resultados obtidos no nosso trabalho onde verificámos que os enfermeiros com formação específica sobre "a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo" (35,5%) demonstraram possuir mais informação sobre estas técnicas. Por outro lado, apurámos que 64,5% dos enfermeiros não frequentaram este tipo de formação.

Os nossos resultados são corroborados também por Batalha (2001, p.272) quando afirma, que tendo em atenção que a formação dos enfermeiros é vital para melhoria dos cuidados, era presumível pensar que os que possuíam mais formação tivessem

pontuações mais elevadas no inventário de saberes e práticas, o que se confirmou. Desta forma comprovou que "as acções de formação sobre dor são úteis para a adopção de saberes e práticas de excelência em relação à dor na criança e sua família". O autor concluiu ainda que a frequência de acções de formação revelaram influenciar de forma estatisticamente significativa os saberes e práticas dos enfermeiros.

Matthews e Malcolm (2007) realizaram um estudo comparativo para identificar o "Conhecimento e atitudes dos enfermeiros no controlo da dor" recorrendo ao questionário elaborado por Ferrell e McCaffery (2002) para avaliar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre a dor. Aplicaram este questionário a um grupo de enfermeiros que completaram a formação sobre dor (grupo um) e a outro que não terminou essa formação (grupo dois). Os resultados obtidos revelaram que não havia diferença significativa nas respostas correctas totais entre os dois grupos, no entanto observaram que os elementos do grupo um obtiveram uma maior percentagem de respostas correctas.

Leça, Fernandes e Vieira (2006) na pesquisa "Os Dispositivos de Controle da Dor e os Enfermeiros" verificaram que 59,3% dos Enfermeiros tinham formação específica em dor e que 40,7% dos Enfermeiros não possuíam este tipo de formação. Consideraram "importante salientar a formação em serviço que corresponde a 39,2% e os Workshops promovidos pela Unidade Terapêutica da Dor que obtiveram 31,6%". Os nossos resultados não são corroborados por este estudo, uma vez que os enfermeiros (13,8%) do nosso estudo que frequentaram estas formações, fizeram-no fora da instituição onde exercem funções, 9,4% usufruíram de formação no respectivo serviço e somente 8% dos elementos da amostra tiveram formação na instituição onde trabalham.

Gonçalves, Pereira e Cezar (2007) no seu trabalho a "Avaliação da intensidade da dor em pacientes submetidos a amigdalectomia" verificaram que das sete profissionais de enfermagem inquiridas, quatro (57,1%) referiram que não tiveram formação sobre a dor durante a sua formação básica e enquanto profissionais e três (42,9%) enfermeiras relataram ter recebido formação referente à dor durante sua formação básica.

Na nossa pesquisa não se verificou diferença significativa entre o número habitual de enfermeiros e a informação que possuem sobre as técnicas não farmacológicas no

controlo da dor. Na investigação realizada por He *et al*. (2005) por serem de opinião que estas técnicas podem ser úteis no alívio da dor no pós -operatório quando aplicadas de forma independente ou conjuntamente com a medicação e que há pouca informação sobre a aplicação destas técnicas pelos enfermeiros. Averiguaram a existência de vários factores que limitavam a sua aplicação, sendo o mais frequente a falta de elementos na prestação de cuidados, seguido pela falta de conhecimentos sobre a gestão da dor por parte das enfermeiras.

Resende *et al.* (2006, p.32) no seu artigo "Cuidar a Pessoa com Dor: Uma abordagem multidisciplinar" centrado num projecto de investigação - acção no domínio e controlo da dor num serviço de Medicina Intensiva verificaram que "os cuidados de enfermagem, neste âmbito resumiam-se à administração de fármacos, existindo pouca utilização de técnicas não farmacológicas da competência da enfermagem". As autoras citam ainda Twycross (2001), Mansky *et al.* (2006) e Pereira (2006) para afirmar que as técnicas não farmacológicas podem ser bastante úteis, quando disponíveis, devendo ser vistas como uma perspectiva holística da gestão da dor.

Pölkki, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä (2001) realizaram um estudo com o objectivo de descrever as intervenções não farmacológicas aplicadas pelas enfermeiras de um hospital na Finlândia para aliviar a dor da criança no pós operatório. Recorreram a uma amostra da conveniência constituída por 162 enfermeiras que trabalhavam em serviços de cirurgia pediátrica. A análise mostrou que são aplicadas frequentemente técnicas não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória, tais como: o suporte emocional, auxílio nas actividades de vida diária e proporcionar um ambiente confortável. Contudo verificaram que as técnicas comportamentais e intervenções físicas são utilizadas com menor frequência. As autoras alertam para a necessidade de aplicar outras técnicas, como o uso da imagem, relaxamento e massagem.

Na nossa investigação ao analisarmos se existe diferença entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor segundo a frequência de aplicação das mesmas no seu exercício profissional, verificámos que os dez elementos que afirmam aplicar sempre estas intervenções são os que apresentam um valor médio de informação mais elevado. Do ponto de vista estatístico esta diferença não é relevante, mas não devemos ignorar a diferença acentuada no número de

enfermeiros que refere aplicar sempre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor (n=10), nunca (n=11) e no número que refere aplicar algumas vezes (n=117).

Na revisão da literatura que realizámos encontrámos vários estudos que corroboram os nossos resultados e que passamos a abordar.

Pölkki *et al.* (2003) no seu trabalho identificaram como factores que promovem a não aplicação destas técnicas: o excesso de trabalho, a insegurança dos enfermeiros, as limitações dos métodos de alívio da dor e o método de trabalho.

Também Queiroz *et al*. (2007) no artigo de revisão "Manejo da dor pós operatória na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado" salientam que grande parte dos enfermeiros trabalha em duplo emprego, o que faz com se sintam cansados e desmotivados para implementarem mudanças no cuidado à criança. Para além disso os enfermeiros tendem a adiar ou mesmo excluírem oportunidades de adquirirem novos conhecimentos sobre a dor através da formação.

Bezerra (2007, p.1173) refere que "existe uma fragilidade quanto ao conhecimento dos profissionais relacionados ao controle e alívio da dor indicando, que a maior parte, basicamente se restringe aos métodos farmacológicos e não visualizam o problema de forma mais ampla impossibilitando uma melhor assistência".

Por outro lado Vila e Mussi (2001) no trabalho sobre "O alívio da dor dos pacientes no pós - operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva", constataram que estes profissionais não se restringem apenas à administração de terapêutica farmacológica, os enfermeiros utilizavam técnicas não farmacológicas descritas na literatura que visam promover relaxamento e distracção e, consequentemente, proporcionam conforto ao doente. Os participantes deste estudo referiram que existe pouco conhecimento sobre técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e mostraram preocupação em melhorar a qualidade dos cuidados que visam promover o conforto, aliviando a dor e o sofrimento por ela provocado.

CONCLUSÃO

Actualmente a dor é considerada um importante problema de saúde pública que tradicionalmente era desvalorizada e até negligenciada pela nossa sociedade.

Nos últimos anos, a investigação tem contribuído para uma mudança dos comportamentos e atitudes da sociedade em geral e nos profissionais de saúde em particular. Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico para todos os grupos etários sem excepção

O Plano Nacional de Controlo da Dor (2008) refere que para além do enorme impacto que a dor tem sobre o indivíduo, constitui, frequentemente, um fardo para os cuidadores informais do doente e representa uma perda dificilmente quantificável para a sociedade em geral. As repercussões sócio - económicas da dor foram igualadas, pela Federação Europeia dos Capítulos da Associação Internacional para o Estudo da Dor (EFIC), às causadas pelas doenças cardiovasculares ou pelo cancro. Todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos actos de diagnóstico ou terapêutica.

No nosso trabalho "O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: Informação/Aplicação" podemos concluir que:

- Os enfermeiros (97,1%) possuem informação sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor.
- A informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas não está relacionada com a idade.
- A informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor não difere consoante o sexo.

- Não há relação entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor e o tempo de exercício profissional.
- O nível informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor está relacionado com a categoria profissional dos enfermeiros.
- Os enfermeiros com formação específica sobre "a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo" demonstraram possuir mais informação sobre as técnicas não farmacológicas.
- Não se verificou diferença significativa entre o número habitual de enfermeiros e a informação que possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor.

Pensamos ser, ainda, importante salientar que:

- Os elementos que aplicam sempre estas intervenções apresentam um valor médio de informação mais elevado.
- Se verifica uma diferença acentuada entre o número de enfermeiros que refere aplicar sempre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor (n=10), nunca (n=11) e o que refere aplicar às vezes (n=117).
- Na nossa amostra 45,65% dos seus elementos desconhecem que o Plano Nacional de Luta Contra a Dor contempla as técnicas não farmacológicas para o controlo da dor.
- Somente 35,5% da nossa amostra realizou formação específica sobre a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo.
- 13,8% dos enfermeiros do nosso estudo que frequentaram formações sobre dor e as técnicas não farmacológicas fizeram-no fora da instituição onde exercem funções, 9,4% usufruíram de formação no respectivo serviço e somente 8% dos elementos da amostra tiveram formação na instituição onde trabalham.

Como estratégias para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao doente com dor, nomeadamente, no que se refere à aplicação das técnicas não farmacológicas, pensamos que as instituições de saúde têm um papel importante na sensibilização e envolvimento dos profissionais, através da promoção de formação contínua sobre a dor e as técnicas não farmacológicas para o seu controlo, de modo a desmistificar preconceitos

relativamente à aplicação destas técnicas e a implementá-las nos serviços ou, ainda, motivando a frequência deste tipo de formação fora da instituição.

Pensamos ser importante dar continuidade, em termos institucionais, ao projecto de avaliação e controlo da dor, iniciado aquando da implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor em 2001.

Torna-se necessário o acompanhamento contínuo e efectivo e a avaliação sistemática do trabalho desenvolvido pelas equipas de enfermagem, de forma a garantir o sucesso da implementação do projecto a nível da produção de cuidados de enfermagem.

Cada equipa de enfermagem deve promover momentos de reflexão e análise crítica das suas práticas relativamente à dor e desta forma responsabilizar os seus elementos de modo a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, nomeadamente através da aplicação das intervenções não farmacológicas. Pois, como confirmámos pela nossa amostra, apesar de os enfermeiros possuírem informação sobre estas técnicas poucos as aplicam aquando a prestação de cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.20) afirma que a "efectividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor." Nesta perspectiva recomenda a necessidade de incluir os enfermeiros na elaboração e revisão das políticas, guias e normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor, proporcionar a todos os enfermeiros da organização o acesso regular a programas de formação em serviço acerca da avaliação e controlo da dor e promover a realização de estudos que conduzam à inovação dos cuidados de enfermagem neste âmbito.

Na nossa perspectiva seria pertinente comparar a perspectiva dos enfermeiros sobre a importância da aplicação das técnicas não farmacológicas para o controlo da dor com a daqueles que dela padecem e, ainda avaliar quais as percepções dos doentes acerca da avaliação da sua dor e a aplicação das técnicas não farmacológicas, pelos enfermeiros no seu controlo. Serve assim esta ideia com pista para futuros trabalhos nesta área.

Actualmente possuímos os meios e as técnicas para aliviar a dor mas nem sempre fazemos uso delas; há quem considere útil suportar a dor, não valorizando o sofrimento por ela produzido.

Perante os resultados que obtivemos e os estudos com os quais nos deparámos não podemos deixar de salientar a necessidade de implementar uma cultura anti-dor no cuidar em enfermagem o que implica uma mudança de comportamentos dos enfermeiros, uma vez que a dor interfere no bem-estar da pessoa, nas suas relações sociais e familiares, bem como na sua qualidade de vida. Importa formar os profissionais de saúde sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor, incentivar e proporcionar condições para a sua aplicação de modo a fazer parte integrante do cuidar e contribuindo para o conforto do doente com dor.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Maria de Lurdes; DUARTE, Susana Filomena – **Massagem Dorsal de Bem -Estar e de Conforto.** *Referência.* Coimbra. ISSN: 0874.0283. Nº5 (Nov. 2000), p. 75-78.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR - **Global Year Against Pain.** [em linha]. (2008). [Consult. 12 Dez. 2008]. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Global_Year_Against_Pain_&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2760.

BATALHA, Luís Manuel Cunha - **A Criança com Dor e sua Família: Saberes e Práticas dos Enfermeiros Pediátricos**. *Nascer e Crescer* - Vol.10, nº 4 (2001), p. 266-273.

BERNARDES Sónia - **Os enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor lombálgica**. [em linha]. (2008). [Consult. 30 Mar. 2009]. Disponível em: http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=26160&op=all.

BERNARI, M. [et al.] - **Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian hospice nurses.** *Cancer Nurs.* [em linha] 30:2 (2007). [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17413771?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed.

BEZERRA, Roberta Gouveia da Silva - **O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do cuidado da dor em crianças hospitalizadas.** [em linha]. (2007). 1170-1173. [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/INIC_07/trabalhos/saude/inic/INICG00305_01O.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – **Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle da Dor**. Rio de Janeiro: INCA [em linha]. (2001) 70-90. [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. ISBN 85-7318-079-X.

BRYDON, C.W.; ASBURY, A. J. – **Attitudes to pain relief in adult surgical patients**. *Anaesthesia*. Nº51 (1996) p. 179-186.

CAMPOS, M. Celeste A. D. – **A Dor uma Visão Antropológica**. *Revista de Anestesia.* Lisboa. ISSN 0872-5888. Nº49 (Set. 2007), p.18-23.

CARDOSO, Alice – **Manual de tratamento da dor crónica**. Lisboa: Edições Lidel, 1999, 119 p. ISBN 972-757-056-9.

CLARK, L. A.- **Facilitar o Alívio da Dor.** In: SORENSEN, Karen Creason; LUCKMANN, Joan - *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta. 1998, p.1169-1205.

CONIAM, S.W.; DIAMOND, A.W. – **Controlo da dor**. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. 155 p. ISBN 972-97250-6-3.

CRISTINA, Irene dos Santos [et al.] – **Enfermeiro perante a dor: cuidar com qualidade**. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. ISSN 0871-8008. Ano VIII – Especial, nº 31 (Jul. 1998), p. 21-25.

DIAMOND, A.W.; CONIAM, S.W. – **Controlo da dor crónica**. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. 189 p. ISBN 972-8449-09-7.

DIAS, Fátima – **Combater o stress e a dor sem medicamentos** - Diário de Coimbra Suplemento Saúde (6 Nov. 2007), p.4-5.

DIAS, Fátima - **Plano Nacional de Luta Contra a Dor – Intervenções Não Farmacológicas**. In: FORUM 07 O CIDADÃO E A ENFERMAGEM: COLECTÂNEA DE COMUNICAÇÕES DO FORÚM 07 E EXPOSIÇÃO DE SAÚDE E ASSOCIATIVISMO, Coimbra, 2007. - *Forum 07 "0 Cidadão e a Enfermagem:*

Colectânea de Comunicações". Coimbra: Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional do Centro, 2007. p. 232-238.

ELKIN, Martha Keene; PERRY, Anne Griffin; POTTER, Patricia A. - **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. 2.ªed. Loures: Lusociência, 2005. XXI, 1033 p. ISBN: 972-8383-96-7.

FLEMING, Manuela – **Dor sem nome: Pensar o sofrimento**. 2ªed. Porto: Edições Afrontamento, 2003. 164 p. ISBN 972-36-065903.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação da concepção à realização**. 3ª ed. Lisboa: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-10-X.

GIRASSOL EDIÇÕES – **O Prazer da Massagem**. Demetra S.r.l. Albarraque. 1999. ISBN: 972-756-547-6.

GONÇALVES, Fabiana Helena da Silva; PEREIRA, Maria Gorette Nicollete; CEZAR, Eliene Simões - **Avaliação da Intensidade da Dor em Pacientes Submetidos a Amigdalectomia** *Cienc Cuid Saude*. [em linha]. 6:1 (2007) 85-94. [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4979/3228. ISSN 1516-1803.

GRENCHO, Leonel Martins – **O Enfermeiro na Avaliação da Dor**. *Nursing*. ISSN 081-6196. Nº243 (2009), p.6-12.

HE, Hong-Gu [et al] - **Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief.** *Journal of Advanced Nursing* [em linha] 51:4 (2005) 335-342 [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www3.interscience.wiley.com/journal/118698740/abstract. **ISSN** 0309-2402.

JUNIOR, Will; CARVALHO, Alipia; BIERHALS, Neila – **Manejo da dor pós operatória: Opióides – cuidados de enfermagem**. [em linha]. (2008) [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3202.

LEÇA, Nélio; FERNANDES, Dino; VIEIRA, Iolanda – **Os Dispositivos de Controle da Dor e os Enfermeiros**. *Revista Anestesia Regional e Terapia da Dor*. [em linha]. Nº 45 (2006) 52-63 [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.anestesiaregional.com/principal.htm. ISSN 0872-5886.

LOPES, José Castro – **A dor não mata, mas mói**. [em linha]. (2006). [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc314.pdf.

LOPES, José Castro - **Dor crónica atinge 30% da população portuguesa**. [em linha] (2008) [Consult. 19 Jun. 2008]. Disponível em: http://www.fabricadeconteudos.com/index.php?lop=artigo&op=d3d9446802a44259755d38e6d163e820&id=c44196dc66b9c23e641a942048a58197.

Lui, Liza YY - **Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units**. *Journal of Clinical Nursing*. [em linha].17:15 (2007) [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www3.interscience.wiley.com/journal/120174556/abstract.

MANWORREN, RCB - **Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain.** *Pediatric Nursig.* [Em linha]. 26:6 (2000). [Consult. 10 Jan. 2008]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026363?log$=activity.

MATEUS, Paula; AMORIM, Maria do Céu - **Terapias não farmacológicas no controlo da dor**. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 43 (2002), p. 54-56.

MATTHEWS, Elizabeth; MALCOLM, Colette - **Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice**. *British Journal of Nursing.* [em linha]. 26:3 (2007). 174-179. [Consult. 10 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.internurse.com/cgibin/go.pl/library/article.cgi?uid=22972;article=BJN_16_3_174_179.

MCCAFFERY, M. – **Nurse`s Knowledge of Opioid analgesic drugs and psychological dependence**. *Cancer Nursing*. Nº13, 1990. p.21-27.

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick – **O Desafio da Dor**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1987.

METZGER, Christiane; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane – **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Loures: Lusociência, 2002. 281 p. ISBN 972-8383-32-0.

MORAIS, Ana Maria Martins; MOURA, Adriana Maria Milheiro – **Intervenções Não Invasivas e Comportamentais do Alívio da Dor**. *Ecos de Enfermagem* (Suplemento). Porto. Nº 228 (Mar-Jun. 2002), p. 20-21.

OGDEN, Jane - **Psicologia da Saúde**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2004. 456 p. ISBN: 972-796-092-8.

PAVANI,Neusa J. P. – **Dor no Câncer- Parte I**. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancarologia.* [em linha]. 2000 42-48. [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em: http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/12indice.asp. ISSN 1415-6725.

PERGUIÇA, Ana Cristina; SOBRAL, Maria dos Santos – **Reflexão: O Enfermeiro de Cuidados Intensivos Perante a Dor**. *Servir* - ISSN 0871-2370. Vol.51, nº1 (Jan. /Fev. 2003), p.25-27.

PESTANA, M., e GAGEIRO, J. - **Análise de dados para ciências sociais.** (2.ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo, Ldª. (2000).

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos – **Controle da Dor no Domicílio.** *Manual de Enfermagem www.ids-saude.org.br/enfermagem* [em linha]. (2000). 168-184 [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em: **http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2.**

PINHEIRO, João Páscoa – **Medicina de Reabilitação e Traumatologia do Desporto**. Lisboa: Editorial Caminho, 1998. 195 p. IBSN 972-21-1169-8.

PÖLKKI T [et al] - **Factors influencing nurses' use nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients**. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*

[em linha]. 17:4 (2003). [Consult. 10 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629640.

PÖLKKI T; VEHVILÄINEN-JULKUNEN K; PIETILÄ AM. - **Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland**. Journal of Advanced Nursing. [em linha]. 43:4 (2001). [Consult. 10 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380715. J Adv Nurs.

PORTELA, José Luís – **Novas Fronteiras no Tratamento da Dor e da Anestesia Regional.** *Revista Anestesia Regional e Terapia da Dor*. [em linha]. Nº 45 (2006) 8-12. [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.anestesiaregional.com/principal.htm. ISSN 0872-5886.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. Coimbra. [em linha] Dez. 2007 [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.esenfc.pt/esenfc/site/index.php?target=showContent&id=237.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **A dor como 5º sinal vital**. Circular Normativa nº9/DGCG de 14 de Junho de 2003. Direcção Geral de Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Decreto de Lei nº 437/91 de 8 de Novembro – Carreira de Enfermagem**.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Grafifina Edições. 2001. ISBN 972-9425-95-7.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Controlo da Dor**. [Em linha]. (2008). [Consult. 10 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - **Dados Estatísticos: 2000 – 2008**. [em linha]. (2009). [Consult. O8 Abr 2009] Disponível em: **http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/OE_Dados_Estatisticos -_2000-2008.pdf.**

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - **Dor - Guia Orientador de Boa Prática.** Lisboa. 2008. Série I. Nº 1. ISBN: 978-972-99646-9-5.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin - **Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006. XXVIII, 1106 p. ISBN: 972-8930-24-0.

PULTER, Marcia Elaine; MADUREIRA, Valéria S. F. - **Dor no recém-nascido: percepções da equipe de enfermagem**. *Cienc Cuid Saude*. [em linha] 2:2 (2004) 139-146. [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em: http://www.den.uem.br/v2n2p/resumo%204%20Marcia%20Elaine.htm.

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues – **Cultura, Medicina e Psiquiatria**. Coimbra Edições Quarteto 2001. ISBN: 972-8717-00-8.

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues – **Dor Crónica: Aspectos Psicológicos, Sociais e Culturais I.** *Acta Reumatologia Portuguesa*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Vol.26, nº3. (2001), p.171-188.

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues – **Dor Crónica: Aspectos Psicológicos, Sociais e Culturais II**. *Acta Reumatologia Portuguesa*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Vol. 26, nº4. (2001), p.255-262.

QUEIROZ, Fernanda Cristina [et al.] - **Manejo da dor pós-operatória na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado**. *Rev. bras. enferm.* [em linha]. 60:1 (2007) 87-91. [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100016&lng=en&nrm=iso.ISSN0034-7167.

RAFAEL, Carla Sofia – **Contributos da Psicologia em Doentes com Dor Crónica Não Oncológica**. *Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor*. Lisboa. ISSN 0872-5888. Nº 41 (Set. 2005), p.6-8.

RESENDE, Ana Rita [et al.] – **Cuidar a pessoa com Dor: Uma abordagem multidisciplinar.** *Revista Portuguesa de Enfermagem.* Instituto de Formação em Enfermagem. Nº8 (Out. Nov. Dez. 2006), p.31-40.

RIGOTTI, MA; FERREIRA AM. - **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor**. Arq Cienc Saúde [em linha]. 12:1 (2005) 50-50. [Consult. 10 Jan. 2008]. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf.

ROMÃO, José – **Investir no conhecimento e no tratamento da dor**. [em linha]. (2006) [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em: http://www.aped-dor.org/scid/apedWeb/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=398&articleID=4.

ROMÃO, José – **Semana Europeia Contra a Dor dedicada à Mulher**. [em linha]. (2007) [Consult. 28 Out. 2007]. Disponível em: http://www.aped-dor.org/scid/apedWeb/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=415&articleID=332Scand J Caring Sci.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médicocirúrgica**.9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 186-187.

SILVA, Lili Marlene H.; ZAGO, Márcia Maria Fontão – **O Cuidado do Paciente Oncológica Com Dor Crónica Na Óptica do Enfermeiro**. *Ver. Latino-am Enfermagem.* [em linha].9:4 (2001) 44-49 [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11482.pdf.

SOFAER, Beatrice - **Dor: Manual Prático**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. 148 p. ISBN: 85-85228-85-7.

TWYCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa. Climepsi Editores, 2003. 207 p. ISBN 972-796-093-6.

URBANO, Graça Pereira - **Aprender com a Dor - do Conhecimento ao Alívio**. *Enfermagem Oncológica*- ISSN 0873-5689. - Ano 3, nº 10 (1999), p. 30-35.

VILA Vanessa da Silva Carvalho; MUSSI, Fernanda Carneiro - **O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva**. Rev *Esc Enferm* [em linha]. 35:3 (2001) 300-307 [Consult. 10 Jul. 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a14.pdf.

WATT-WATSON, Judith H. – **Dor e controlo da Dor.** In PHIPPS, Wilma J.; SANDS; Judith K.; MAREK, Jane F. - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª ed. em inglês. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I. 2003, p.363-390. IBSN 972-8383-65-7.

WILSON, Benita-**A study of nurse`s inferences of patients` physical pain**. *Journal of Clinical Nursing.* [em linha]. 15:4 (2006). [Consult. 13 Jan. 2008]. Disponível em: http://www3.interscience.wiley.com/journal/118604894/abstract.

ANEXOS

ANEXO I
(Questionário)

Exmo. Sr.(a) Enfermeiro(a)

Sou enfermeira a exercer funções nos Hospitais da Universidade de Coimbra e estou a frequentar o Mestrado em Psiquiatria Cultural na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Neste momento encontro-me a desenvolver a dissertação de mestrado pelo que gostaria que colaborasse no preenchimento deste Questionário: "Técnicas não farmacológicas no controlo da dor". Salientando desde já que o mesmo deverá ser preenchido atendendo à total confidencialidade.

Desde já os meus melhores agradecimentos
Maria de Fátima Cardoso Oliveira de Sousa

Questionário

1. Idade: _____(anos)
2. Sexo:
   - Masculino ☐
   - Feminino ☐
3. Tempo de exercício profissional: _____ (anos)
4. Categoria profissional:
   - Enfermeiro ☐
   - Enfermeiro Graduado ☐
   - Enfermeiro Especialista ☐
5. Tem formação específica sobre "a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo"?
   - Sim ☐
   - Não ☐

   Se respondeu sim, onde a realizou:
   - No Serviço ☐
   - Na Instituição ☐
   - Fora da Instituição ☐
6. Número habitual de enfermeiros por turno, no serviço onde trabalha?
   - Turno 0-8 Horas _____
   - Turno 8 – 16 Horas _____
   - Turno 16 – 24 Horas _____
7. No seu exercício profissional aplica técnicas não farmacológicas no controlo da dor?
   - Sempre ☐
   - Algumas vezes ☐
   - Nunca ☐

Na escala seguinte, referente a técnicas não farmacológicas (TNF), agradeço que coloque uma cruz na alternativa que melhor corresponde à sua opinião

	TNF	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho opinião	Discordo	Discordo totalmente
1	A Massagem terapêutica alivia a dor					
2	O Enfermeiro deve encorajar o doente a fazer exercícios passivos/activos para o alívio da dor					
3	A mobilização previne/alivia a dor através de movimentos activos e/ou passivos					
4	A massagem alivia a tensão local e geral, promovendo o conforto e o relaxamento, reduzindo a dor					
5	Deve-se usar colchões de pressão alterna em doentes com dor forte					
6	A música pode ser usada para afastar os pensamentos da sensação de dor					
7	O posicionamento do doente resolve muitas vezes situações de dor					
8	O calor é bem tolerado, pode ser utilizado nas patologias crónicas em que a dor é dominante					
9	A modificação comportamental promove o controlo da dor crónica					
10	A massagem está contra-indicada quando há distúrbios dos vasos sanguíneos					
11	Concentrar a atenção sobre experiências agradáveis reduz a dor					
12	A respiração lenta e profunda alivia a dor					
13	Em doentes com necessidade de fármacos as TNF são adjuvantes na redução da dor					
14	Ao realizar técnicas invasivas que provocam dor deve-se (sempre que possível) recorrer a técnicas de distracção					
15	O calor e o frio ajudam a reduzir a dor					
16	As TNF para o alívio da dor são mais eficazes quando o doente acredita nos seus efeitos					
17	Deve-se desvalorizar quando o doente sugere a aplicação de alguma técnica não farmacológica que utilizava em casa no alívio da dor					
18	Na dor crónica se puder usar um analgésico não utilizo TNF					
19	O Plano Nacional de Luta contra a dor não contempla as TNF no alívio da dor					
20	A massagem não deve ser ministrada em áreas de tumor ou infecção					
21	De acordo com o conhecimento que se tem da pessoa doente assim se poderá optar por uma TNF mais eficaz					
22	A hipnose, relaxamento ou biofeedback são TNF para o controlo da dor					
23	Se a intensidade da dor tiver um score elevado não compensa utilizar TNF					
24	As TNF produzem maior ou menor efeito conforme a cultura onde o doente está inserido					
25	O ensino ao doente/família deve ter em conta as TNF (técnicas de auto controlo da dor) de apoio passíveis de serem utilizadas por eles					
26	Em determinadas culturas as TNF assumem um papel mais importante que os analgésicos no alivio da dor					
27	Reduzir o ruído contribui para o alívio da dor					
28	As TNF são, na maioria, de baixo custo e de fácil aplicação					
29	O doente conhece o efeito no alívio da dor de algumas TNF					
30	Em doentes com necessidade de tratamento com fármacos as TNF são úteis na redução da dosagem da medicação					

	TNF	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho opinião	Discordo	Discordo totalmente
31	Os analgésicos produzem sempre maior efeito do que as TNF					
32	A mesma TNF actua de igual modo no controlo da dor em pessoas diferentes					
33	Os enfermeiros não têm autonomia para utilizarem as TNF					
34	A massagem pode ser mais eficaz se conjugada com outra TNF					
35	Ensinar o doente a avaliar a sua dor contribui para o seu controlo					
36	A musica suave ou com sons da natureza reduz a dor					
37	O alívio da dor é da responsabilidade do Enfermeiro					
38	O reforço positivo aumenta o limiar de tolerância à dor e atenua-a					
39	O biofeedback (concentração mental) é uma TNF para ao alívio da dor					
40	Quando a dor é severa deve-se reduzir ao mínimo as interacções verbais					
41	Uma TNF nunca diminui o score de dor numa escala de avaliação					
42	Os exercícios de relaxamento são benéficos para as pessoas com dor crónica					
43	Usar um lençol para fazer a alternância de decúbitos previne a dor					
44	A aplicação local do frio na forma estática é de fácil execução e promove efeitos analgesiantes					
45	O relaxamento ajuda a reduzir o stress que exacerba a dor					
46	O uso da distracção pode aumentar a tolerância á dor					
47	O calor superficial é uma técnica simples e acessível					
48	A música proporciona calma e conforto, induzindo o relaxamento					
49	O relaxamento permite distrair o pensamento do estado doloroso					
50	As TNF produzem efeito no alívio da dor por isso deverão ser utilizadas em vez dos analgésicos					
51	A utilização de música instrumental com um ritmo lento pode diminuir a percepção da dor					
52	A massagem é mais do que uma técnica: é uma “relação”, uma troca entre o massagista e o massajado					
53	A distracção encoraja o doente com dor a focar a sua atenção numa imagem ou estímulo especial					
54	Os exercícios de respiração profunda e o relaxamento progressivo reduzem a intensidade da dor					
55	Durante o internamento o doente/família devem aprender a usar as TNF					
56	A intervenção cognitiva – comportamental é uma TNF					
57	O controlo da dor é mais eficaz se envolver intervenções farmacológicas e terapias não farmacológicas					
58	O relaxamento reduz a hiperactividade muscular atenuando a dor					
59	A Termoterapia não é uma TNF para o alívio da dor					
60	O doente pode controlar a dor através de técnicas de distracção e relaxamento					

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração,

Fátima Sousa

ANEXO II
(Pedido para Autorização do Estudo)

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Cirurgia I destes Hospitais, com o mecanográfico nº 5862, a frequentar o Mestrado em Psiquiatria Cultural na Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina vem solicitar a Vª Ex.ª se digne autorizar a aplicação de um questionário aos Enfermeiros dos Serviços de Medicina e Cirurgia.

O tema da dissertação a realizar é:

"O Enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: Informação/Aplicação"

O referido estudo é realizado através da aplicação de um Instrumento de Recolha de Dados, composto por um questionário de forma a possibilitar a abordagem a um maior número de participantes e poder ser preenchido de modo rápido e confidencial (que se anexa a este requerimento).

Os meus contactos são: CIH (11002), Telemóvel (969426586), Casa (239493369)

Coimbra, 05 de Maio de 2008

Pede Deferimento

A Requerente

Maria de Fátima Cardoso Oliveira Sousa

ANEXO III
(Autorização do Estudo)

Ministério da Saúde

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Ex.ma Senhora
Enf.ª Fátima Sousa
Cirurgia I H

S/Ref.	Data	N/ Ref.	Ofício Nº	Data
		DE	47	2008-11-28

Assunto: Aplicação de questionário inserido no estudo "O Enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: Informação / Aplicação".

Informamos que o pedido em referência está autorizado, desde que a entrega dos questionários seja feita atempadamente, de modo a que os respondentes os preencham em seu tempo pessoal, por forma a não retirar tempo de cuidados de enfermagem.

Após a apresentação pública da dissertação, deverão os resultados ser apresentados à Direcção de Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

(Maria Manuela Pinto da Cruz Teixeira)

Av. Bissaya Barreto / Pct.ª Prof. Mota Pinto 3000 – 075 Coimbra
www.huc.min-saude.pt/enfermagem
Telefone: 239 400 406 Fax: 239 827 813
E-mail:direnfermagem@huc.min-saude.pt