

Enfermagem



Mensagem do Presidente da APED	3
Editorial <i>Enfermagem e Dor</i>	5
Dor: Um Foco da Prática dos Enfermeiros	6
Dor Total versus Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos	16
Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo	22
Factores de Risco Para um Controlo Inadequado da Dor em Pediatria	27
Massagem e Relaxamento Para Alívio da Dor Oncológica: Projecto «Bem-estar»	37
Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente – Escala Doloplus 2	41
Atitudes dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor: Construção e Validação de uma Escala de Avaliação	48

Volume Monotemático dedicado a

ENFERMAGEM

Editor convidado: Ananda Fernandes

*Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Mestre em Ciências de Enfermagem,
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal***Director**

José Manuel Castro Lopes

Editores

Luís Agualusa

José Manuel Castro Lopes

Teresa Vaz Patto

Sílvia Vaz Serra

Mensagem do Presidente da APED <i>José Manuel Castro Lopes</i>	3
Editorial Enfermagem e Dor <i>Ananda Fernandes</i>	5
Dor: Um Foco da Prática dos Enfermeiros <i>Ana Leonor Ribeiro e Alexandrina Cardoso</i>	6
Dor Total versus Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos <i>Paula Sapeta</i>	16
Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo <i>Ananda Fernandes</i>	22
Factores de Risco Para um Controlo Inadequado da Dor em Pediatria <i>Luís Manuel Cunha Batalha</i>	27
Massagem e Relaxamento Para Alívio da Dor Oncológica: Projecto «Bem-estar» <i>Graça Folhas, Carla Oliveira, Carla Rato, Cristina França e Ana Cristina Ferreira</i>	37
Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente – Escala Doloplus 2 <i>Hirondina Guarda</i>	41
Atitudes dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor: Construção e Validação de uma Escala de Avaliação <i>Teresa Madalena Kraus, Manuel Alves Rodrigues e Maria dos Anjos Dixe</i>	48

Ilustração da capa de Armanda Passos

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista «DOR» considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista «DOR» deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em disquete, CD, DVD, ZIP o JAZZ para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail:
permanyer.portugal@permanyer.com

3. A Revista «DOR» incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista «DOR», bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista «DOR» incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2007 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96
E-mail: permanyer.portugal@permanyer.com

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/2000
Ref.: 736AP061



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Mensagem do Presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

Quando iniciei funções como presidente da APED, no já longínquo mês de Junho de 2001, depositava-se grande esperança no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), elaborado por uma comissão que tinha sido criada dois anos antes e na qual elementos da direcção da APED, ou por ela indicados, tinham tido um papel crucial que nunca será demais salientar. De acordo com as metas estabelecidas naquele plano, em 2007 deveriam existir Unidades de Dor Crónica em 75% dos hospitais públicos portugueses, e Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória em 75% daqueles hospitais que tivessem actividade cirúrgica. O facto da referida comissão ter sido nomeada por um ministro da saúde (Dr.^a Maria de Belém), o seu trabalho ter sido aprovado por outro ministro (Dr.^a Manuela Arcanjo) e apresentado por ainda outro (Dr. Correia de Campos, na sua primeira «encarnação ministerial»), para além de revelar a morosidade na aprovação de qualquer processo inovador e a instabilidade que se viveu na área da saúde nesses tempos, parecia demonstrar que a Dor era assumida como uma prioridade política pelos diferentes governantes. O mesmo foi confirmado logo no ano seguinte por outro ministro (Dr. Luís Filipe Ribeiro), ao incluir a Dor como um dos temas do Plano Nacional de Saúde. No entanto, os primeiros sinais de desânimo surgiram rapidamente, devido ao atraso na criação da Comissão de Acompanhamento do PNLCD e, principalmente, pela constatação das suas reduzidas competências. De facto, cedo se verificou que o contributo que a comissão poderia dar para que fossem atingidas as metas do PNLCD era muito reduzido, face à autonomia de que gozam as unidades hospitalares. Assim, foi desenvolvida uma estratégia assente sobretudo na realização de acções de sensibilização dos profissionais de saúde e das administrações hospitalares, a quem caberia a responsabilidade de levar a cabo as tarefas conducentes ao atingimento daquelas metas. Estas acções, realizadas um pouco por todo o país, tiveram um impacto que ficou muito aquém das expectativas, mas poderão ter contribuído de alguma forma para a evolução positiva que se verificou nos primeiros anos após a aprovação do PNLCD, nomeadamente no que respeita ao aumento do número de Unidades de Dor Crónica.

Chegados a 2007, é desde já possível constatar que nenhuma das metas do PNLCD será alcançada, pois não é possível recuperar o atra-

so nos meses que faltam até ao final do ano. Esta constatação não retira qualquer mérito ao PNLCD enquanto instrumento fundador de enorme relevância para o combate à dor no nosso país, mas obriga a uma reflexão sobre as suas causas e sobre o caminho que se pretende trilhar no futuro. Dado que já por diversas vezes exprimi a minha opinião sobre as razões do aparente fracasso, cabe-me agora perspectivar novos objectivos.

A aposta na criação das Unidades de Dor, como principal objectivo do PNLCD, justificava-se devido ao reduzido número de unidades que então existiam no nosso país e ao contributo fundamental que elas representam para a instituição de cuidados diferenciados no âmbito da dor. Desde então, e no que diz respeito à dor aguda pós-operatória, verificou-se uma estagnação (ou talvez até um pequeno retrocesso) quanto ao número de unidades existentes, difícil de explicar face à natureza e objectivos destas unidades. Iniciou-se muito recentemente um estudo a nível nacional que pretende avaliar a qualidade dos cuidados analgésicos prestados aos doentes no período pós-operatório em hospitais com e sem Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória. Independentemente dos resultados desse estudo, a experiência internacional, reflectida em *guidelines* que visam a melhoria do controlo da dor aguda pós-operatória, aconselham a que se mantenha como objectivo principal a criação de mais Unidades. Para tal, e face ao fracasso das referidas «acções de sensibilização», será necessário que esse objectivo seja assumido a nível central como uma obrigatoriedade decorrente da necessidade de assegurar as melhores práticas no âmbito da analgesia perioperatória. Creio que só deste modo será possível ultrapassar os obstáculos, alguns muito legítimos e bem fundados, que se apresentam à organização de unidades em hospitais que delas necessitam.

No que diz respeito às Unidades de Dor Crónica, apesar de ser necessário aumentar o seu número, é igualmente necessário proceder a uma redefinição da sua organização. É utópico pensar que 75% dos hospitais nacionais reúnem as condições suficientes para a criação de Unidades de Dor Crónica tal como estão definidas no PNLCD. De facto, as próprias recomendações internacionais, nomeadamente da IASP, admitem a existência de estruturas mais simples, desde que devidamente apoiadas. É nesse sentido que se propôs a criação, nos hospitais

menos diferenciados, de consultas de Dor, que poderão funcionar apenas com um médico, o qual deverá possuir a competência em Medicina da Dor. Paralelamente, deverá ser criada uma rede de referenciação em Dor, não só para apoio destas consultas, mas também porque não é técnica nem economicamente defensável que todas as Unidades de Dor Crónica pratiquem as técnicas de diagnóstico e terapêutica mais diferenciadas, designadamente no que se refere a algumas terapêuticas invasivas. Esta rede deve também reflectir a recente reestruturação da rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, com a integração de vários hospitais em Centros Hospitalares. Por outro lado, é necessário passar rapidamente da fase da quantidade para a fase da qualidade. A avaliação e acreditação/certificação das Unidades de Dor Crónica é indispensável, não só como estímulo à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também como base para a criação da referida rede e para o estabelecimento da idoneidade necessária à formação prática requerida para a obtenção da competência em Medicina da Dor. Esta é, seguramente, uma tarefa muito difícil e que encontrará inúmeros obstáculos, pois ainda não existe uma cultura de auto e heteroavaliação como metodologia de melhoria contínua da qualidade. As avaliações são encaradas com desconfiança e, quando existem, os seus resultados são frequentemente subestimados ou mesmo ignorados.

Para além da criação e diferenciação das Unidades de Dor, o aumento da formação pré e pós-graduada em Dor tem que ser encarado como um objectivo prioritário. A esmagadora maioria dos doentes com dor crónica não necessitam dos cuidados diferenciados prestados por uma Unidade de Dor, mas sim dos cuidados de um médico de família ou de um médico de uma outra especialidade que saiba abordar correctamente a sua patologia dolorosa. O aumento da formação levará também a que o controlo da dor aguda seja devidamente valorizado pelos profissionais de saúde. Apesar de ter havido uma evolução positiva nesta área nos últimos anos (de que são exemplos a criação do Curso de Pós-Graduação em Medicina da Dor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, do Curso de Especialização em Ciências da Dor na

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, e, embora a outro nível, os cursos PAIN promovidos pela Grünenthal e os anunciados cursos sobre dor neuropática promovidos pelos Laboratórios Pfizer), há ainda muito por fazer. Neste âmbito, é essencial promover o envolvimento das escolas médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde, tanto na pré como na pós-graduação, bem como dos colégios de especialidade na definição dos objectivos formativos dos internatos das diferentes especialidades. A criação de um ciclo de estudos especiais em Dor seria igualmente uma mais-valia.

As recomendações de boas práticas, para fugir ao anglicismo das *guidelines*, podem igualmente ser um instrumento pedagógico importante, desde que sejam entendidas como aquilo que são de facto, recomendações. Recentemente, um grupo de trabalho criado no seio da APED produziu um documento designado por «Recomendações para a utilização dos medicamentos opióides fortes na dor não-oncológica». Tendo como base estudos e recomendações internacionais, este documento permitirá uma ampla divulgação do estado da arte sobre aquele tema. Outras recomendações, orientadas para o diagnóstico e/ou terapêutica de tipos particulares de dor, poderão ser produzidas com o intuito de aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a dor.

Os objectivos e estratégias atrás descritas constam de uma lista mais vasta incluída num novo programa para o controlo da dor elaborado no seio da Comissão de Acompanhamento do PNLCD. Pretende-se deste modo dar continuidade e ampliar a estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde no âmbito da dor, segundo a perspectiva básica de qualquer programa de melhoria de qualidade: atingir todos os objectivos atingíveis, evitar todos os riscos evitáveis, eliminar todos os custos elimináveis. Faço votos para que a aprovação do novo programa seja encarada pela tutela como uma prioridade, e que o início da sua implementação traga um novo ânimo a todos os que se empenharam para que fossem atingidos os objectivos e metas do PNLCD, com o intuito último de controlar a dor e melhorar a qualidade de vida dos seus doentes.

Editorial

Enfermagem e Dor

Ananda Fernandes

Enquanto resposta humana a um problema de saúde ou a um processo de vida, a dor tem sido objecto do estudo e da intervenção dos enfermeiros. Neste número da revista Dor, tenta-se mostrar a diversidade dos alvos de atenção, dos recém-nascidos aos idosos, da avaliação à intervenção e do hospital ao ambulatório, sem esquecer a educação.

Ouve-se com frequência dizer aos enfermeiros que são os profissionais que mais tempo estão junto dos doentes. A ser verdadeiro, dada a natureza do mandato social da enfermagem, este facto deverá traduzir-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Mas, para que os mesmos sejam identificados, é necessário que os focos de atenção dos enfermeiros, bem como os seus juízos clínicos e as intervenções que deles decorrem, sejam claramente enunciados através de uma linguagem internacionalmente reconhecida. É o que propõe o *International Council of Nurses* com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Esta classificação enforma o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, aplicativo informático já adoptado como sistema de documentação em grande número de instituições e serviços de saúde em Portugal. Seguindo passo a passo os eixos da CIPE®, Ribeiro AL e Cardoso A apresentam, no primeiro artigo, a dor como foco da prática de enfermagem, as suas características definidoras, o processo de construção do diagnóstico de enfermagem e o enunciado das intervenções de enfermagem que dele decorrem.

A seguir, a relação entre dor e sofrimento, também este foco de atenção dos enfermeiros, é abordada por Sapeta P no contexto dos cuidados paliativos, nos quais a intervenção interdisciplinar é considerada mandatária.

No terceiro artigo, a divulgação da experiência de utilização da massagem e relaxamento em doentes oncológicos numa Unidade de Dor pretende incentivar a exploração de um campo de intervenção em que os enfermeiros podem dar um enorme contributo. É amplamente reconhecido que a abordagem de uma experiência tão complexa quanto a dor não se esgota nos fármacos. Dotadas de um grande potencial para aumentar o bem-estar dos doentes, as intervenções não-farmacológicas necessitam de ser bem estu-

dadas a fim de serem evidenciadas as suas indicações, os seus benefícios e as suas limitações.

Podendo a dor ocorrer em todas as idades, a revisão de Fernandes A sobre as consequências imediatas e a longo prazo da dor neonatal chama a atenção para a necessidade de encontrar medidas que reduzam essas consequências.

Mesmo quando as consequências nefastas da dor e os benefícios de uma analgesia adequada são conhecidos, nem sempre o controlo da dor é bem conseguido. Os factores associados ao controlo ineficaz da dor em crianças hospitalizadas em serviços de pediatria são apresentados por Batalha L, no quinto artigo deste número.

Neste ano, em que a IASP chama a atenção para a dor dos idosos, a divulgação da versão portuguesa da DOLOPLUS 2 validada por Guarda H tem particular significado: uma escala de avaliação comportamental, agora ao dispor dos profissionais de saúde quando os sujeitos se encontram incapazes, pelo seu estado cognitivo, de utilizarem consistentemente o auto-relato da dor, como é o caso dos idosos confusos ou demenciados.

O último trabalho, de Kraus T, et al., vem, enfim, reforçar a importância de dar atenção à formação pré-graduada dos profissionais de saúde, ao apresentar o estudo de uma escala de avaliação das atitudes dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor.

Uma palavra final, neste editorial, acerca do projecto de formação de enfermeiros «Dor 5.º Sinal Vital: avaliar para tratar», levado a cabo pela APED em 2006. Com o apoio do Fundo Johnson & Johnson para a Saúde, da Fundação Oriente e da Janssen-Cilag, foram efectuados cinco cursos em todo o país, aos quais aderiram 29 hospitais, de Barcelos a Faro e da Covilhã à Figueira da Foz. Participaram, em média, cinco enfermeiros por hospital, tendo os mesmos elaborado planos de acção em função das suas realidades locais, com o propósito de implementarem nos seus serviços a avaliação sistemática da dor. Dentro de alguns meses, uma reunião de *follow-up* realizada a pedido dos participantes permitirá ajuizar dos resultados desta estratégia de formação e conhecer como está a ser feita, realmente, a avaliação da dor nos nossos hospitais.

Dor: um Foco da Prática dos Enfermeiros

Ana Leonor Ribeiro¹ e Alexandrina Cardoso²

Resumo

Pretende-se abordar a dor enquanto aspecto relevante para a prática dos enfermeiros. Para ser incluída no processo de cuidados, os enfermeiros necessitam, antes de mais, de conhecer as suas dimensões e as suas características definidoras. A CIPE[®] permite, ao longo do processo diagnóstico, distinguir entre os diversos tipos de dor, ao fornecer, nas definições de cada foco, as características específicas.

A CIPE[®] assume-se como uma ferramenta de informação que permite designar os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem. É defendida a ideia de que a utilização desta classificação pode constituir um pretexto para reflectir os cuidados e enunciar, com maior clareza, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Ao longo do artigo são apresentados alguns exemplos de diagnósticos e de intervenções de enfermagem com recurso à CIPE[®].

Palavras-chave: Dor. CIPE[®]. Diagnósticos de enfermagem. Intervenções de enfermagem.

Abstract

Our aim is to approach pain as a relevant aspect of nursing practice. To include pain in the process of care, nurses need to know its dimensions and characteristics. The ICNP[®] allows to make a distinction between different types pain, all along the diagnostic process.

The ICNP[®] is assumed as a tool of information that allows to designate the nursing diagnoses, interventions and results. It is argued that the use of this classification can be a pretext to reflect upon nursing care and to clearly formulate nursing diagnoses and interventions. Along this article some examples of nursing diagnoses and interventions related with pain are presented using the ICNP[®]. (DOR 2007;15(1):6-15)

Corresponding author: Ana Leonor Ribeiro, ana@esenf.pt; Alexandrina Cardoso, alex@esenf.pt

Key words: Pain. ICNP[®]. Nursing diagnosis. Nursing interventions.

Introdução

A dor, que as pessoas sentem, constitui um aspecto de saúde com relevância para a prática dos enfermeiros. Efectivamente, os enfermeiros na sua prática, e de acordo com o seu mandato social, procuram atender a pessoa com dor. Por isso, é essencial que os enfermeiros possuam conhecimentos e capacidades para proceder ao diagnóstico da dor que a pessoa percepção e decidir pelas intervenções mais apropriadas (Fig. 1).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), enquanto classificação – estrutura organizadora do conhecimento da Enfermagem – fornece termos para enunciar diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Diagnóstico de enfermagem é entendido como o enunciado que resulta do processo de diagnóstico que o enfermeiro realiza – recolha e valorização dos dados – e que determina as intervenções. Esta noção é veiculada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) que define diagnóstico de enfermagem como a designação atribuída à decisão sobre o fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem¹. As actuais orientações para a construção do diagnóstico de enfermagem seguem a norma 18104 da *International Standardization Organization* e são apresentadas na figura 2.

Na estrutura de organização dos conceitos incluídos na CIPE[®] cada termo tem associado a sua definição. Tanto a definição como a posição que cada termo ocupa na estrutura da classificação remetem para a área de atenção que é o foco da prática do enfermeiro. Por isso, a utilização da CIPE[®] implica o conhecimento aprofundado dos conceitos nela inscritos. De facto, «as palavras falam» e o uso dos termos inclui a associação da sua definição. Aliás, só assim faz sentido falar de linguagem comum.

¹Professor Coordenador

²Professor Adjunto

Escola Superior de Enfermagem

Porto, Portugal

E-mail: ana@esenf.pt, alex@esenf.pt

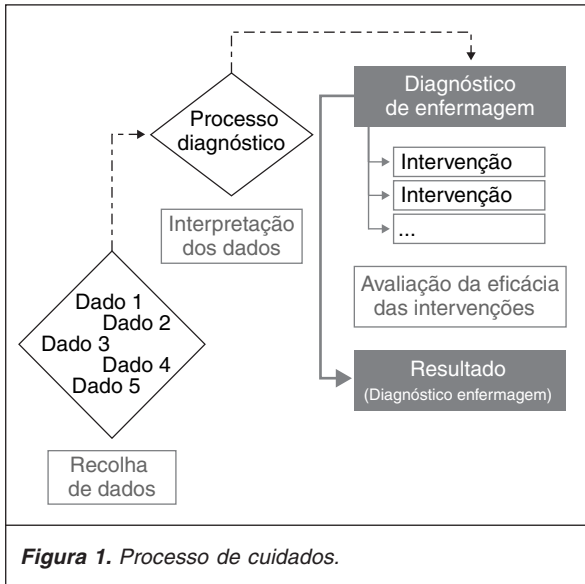


Figura 1. Processo de cuidados.

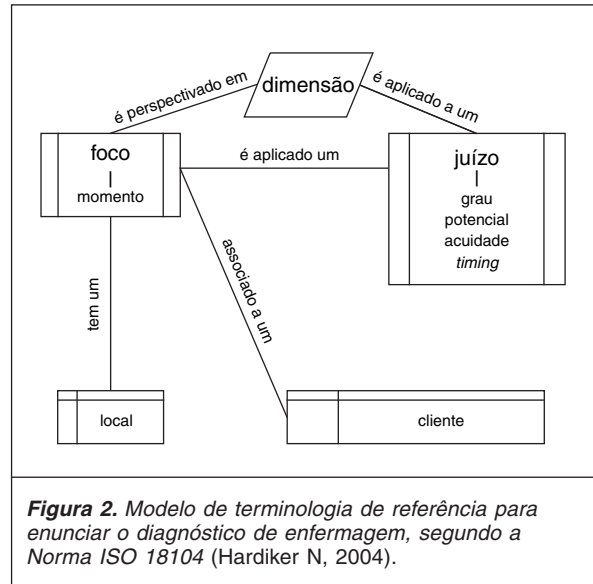


Figura 2. Modelo de terminologia de referência para enunciar o diagnóstico de enfermagem, segundo a Norma ISO 18104 (Hardiker N, 2004).

A dor, na estrutura da CIPE® constitui um foco da prática, isto é, constitui uma área de atenção, tal como foi descrito pelo mandato social e pela matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem^{1,2}.

Na estrutura da classificação podemos encontrar outros eixos que fornecem termos para especificar o diagnóstico de enfermagem (Fig. 3).

A CIPE versão 1.0 está organizada em sete eixos: Foco, Juízo, Recursos, Acção, Tempo, Localização e Cliente. Para compor o diagnóstico é essencial, num primeiro momento, identificar o foco e, em segundo, caracterizá-lo, recorrendo a termos do eixo Juízo.

Para caracterizar o foco com rigor, e de acordo com as orientações do CIE, podem ser usados termos de qualquer eixo da classificação, por exemplo a localização (estrutura corporal, posição), o momento (período de tempo, frequência e sequência no tempo) ou mesmo um outro foco (conhecimento, capacidade) (Fig. 4).

Assim, para se proceder ao processo diagnóstico importa conhecer o que a dor é, como se pode manifestar na pessoa, bem como os conhecimentos e as capacidades que a pessoa tem para lidar com a sua dor.

Definição: a dor é...

A primeira etapa do processo de cuidados é a valorização da dor e as suas características – respostas físicas e emocionais da pessoa à sua dor. Todavia, e apesar de Black J e Matassarín-Jacobs E (1996) afirmarem que dor é de difícil definição, para se estabelecer o diagnóstico de enfermagem é necessário, antes de mais, conhecer o que a dor é, e como se pode manifestar de um modo geral – padrão de respostas à dor. Efectivamente, apesar de a dor se manifestar através de distintas respostas em diferentes pessoas, condicionadas pelas circunstâncias e história de vida, o enfermeiro necessita reconhe-

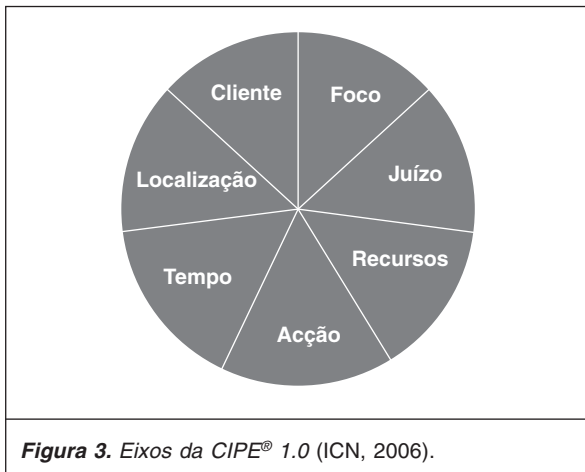


Figura 3. Eixos da CIPE® 1.0 (ICN, 2006).

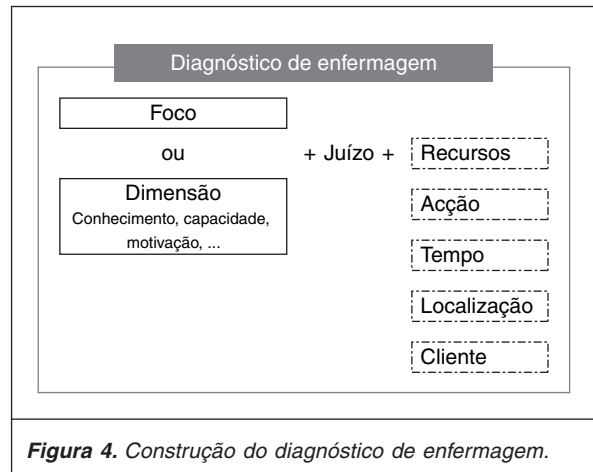
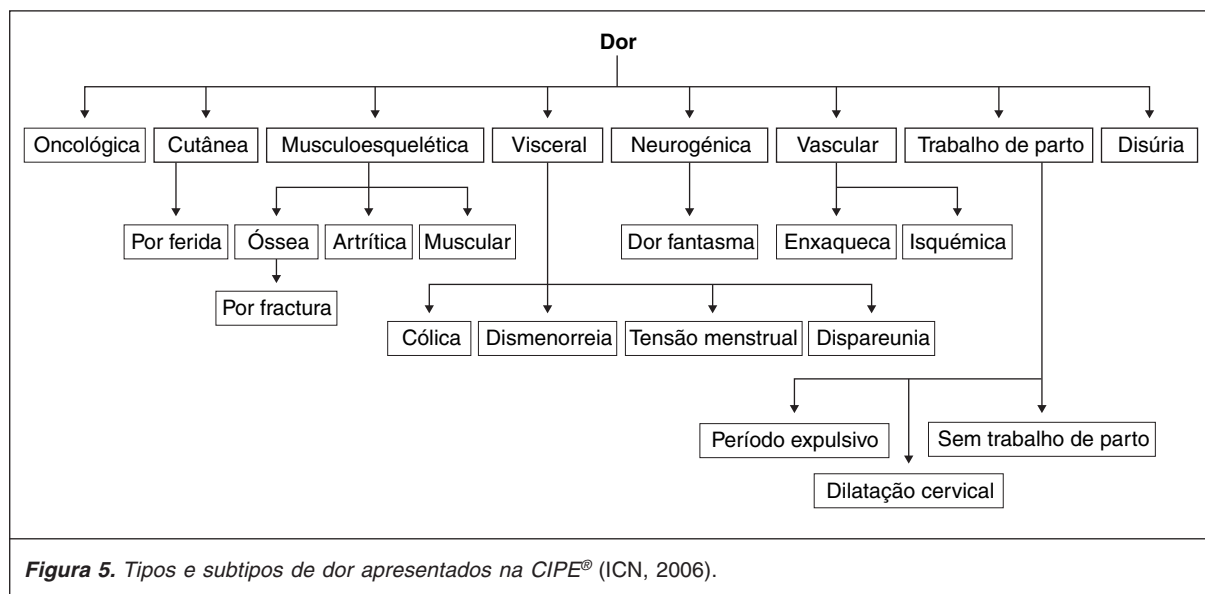


Figura 4. Construção do diagnóstico de enfermagem.



cer o padrão de respostas à dor, isto é, as suas características definidoras. As acções desenvolvidas pelo enfermeiro serão mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e a interpretação da dor e das suas manifestações naquele cliente.

A dor é um fenómeno multidimensional^{3,4}. De facto, a universalidade da experiência da dor é transversal à subjectividade individual³, ou seja, a dor é aquilo que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe.

A dor pode ser percebida pela pessoa como um «aumento da sensação corporal desconfortável». No entanto, é frequente a referência «subjectiva de sofrimento» para além de manifestações físicas: «expressão facial característica» (fácies de dor), «alteração do tónus muscular», «comportamento de autoprotecção». Por vezes, verifica-se uma «capacidade limitada para se manter atento», constata-se «alteração da percepção do tempo», inquietação» e «perda de apetite». O isolamento

– «fuga do contacto social» – e «compromisso do processo de pensamento» podem, também, ser observados⁵. Existem vários tipos de dor. A dor de acordo com as suas características específicas – a origem, as manifestações, a duração, a intensidade, a frequência e os factores relacionados – assume diferentes designações e implica, frequentemente, distintas intervenções. Daí a importância do diagnóstico diferencial.

A CIPE® distingue vários tipos de dor (Fig. 5): dor oncológica, dor cutânea, dor musculoesquelética, dor visceral, dor neurogénica, dor vascular, dor de trabalho de parto^{1,2} e disúria⁷. Na estrutura de organização dos tipos de dor apresentados na CIPE® distinguem-se alguns subtipos. Por exemplo, relativamente à dor visceral é possível distinguir quatro: a cólica, a dismenorreia, a tensão menstrual e a dispareunia[†]. A dor por ferida[‡] é um tipo de dor cutânea; dor por fractura é um tipo de dor óssea[§], que por sua vez é um tipo de dor musculoesquelética.

*O termo disúria, que não existia na CIPE® versão Beta 2 (2002), tendo sido incluída na versão 1.0 (2006).

[†]Cólica – sensação de dor com origem num espasmo dos músculos lisos em órgãos ocos, como o intestino, rim ou vias biliares; esta sensação é habitualmente referida como contracções recorrentes tipo câibra, sensação de compressão, dilaceração ou tormento; movimento corporal como flexão das pernas; choro intenso, abdómen distendido e não-depressível.

Dismenorreia – sensação de dor com origem em espasmos dos músculos uterinos; esta sensação é habitualmente referida como contracções intensas tipo cólica, pulsáteis e sensação de desconforto no abdómen e região lombar.

Tensão menstrual – sinal de início da menstruação nos últimos dias do ciclo menstrual, tensão nervosa, irritabilidade, aumento de peso, edema, cefaleia, mastalgia, disforia e falta de concentração, antes do início da menstruação; estas características desaparecem depois do primeiro ou segundo dia do período menstrual.

Dispareunia – sensação de dor durante a relação sexual associada a coito forçado, excitação sexual incompleta ou lesão genital associada a doenças, ulcerações dos órgãos genitais ou tecidos adjacentes, por parto ou mutilação genital feminina.

[‡]Dor por ferida – sensação de dor com origem numa ferida ou na periferia de uma ferida, consoante a natureza desta; habitualmente descrita como uma dor aguda, cortante e lacerante, ou como uma dor embotada, surda, incómoda, com hipersensibilidade, a menos que a lesão tenha destruído as terminações nervosas e sensações de dor.

[§]Dor óssea – sensação de dor com origem no periósteo, fractura impactada; a sensação é habitualmente referida como profunda, surda, presente nos períodos de repouso e durante a imobilidade.

Dor por fractura – sensação de dor com origem em fracturas ósseas agudas, habitualmente referida como aguda, cortante, com sensação de calor, contundente, agravada pelo movimento das fracturas; estas sensações não se mantêm durante os períodos de repouso ou quando se está imóvel.

Quadro 1. Definições dos tipos de dor	
Tipo de dor	Definição
Dor oncológica	Dor com as seguintes características específicas: sensações concomitantes de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerosas no corpo; consequência do tratamento do cancro como a quimioterapia ou de condições relacionadas com o cancro, como dor na ferida; a dor oncológica é habitualmente referida como uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável com crises de dor intensa acompanhada de dificuldades no sono, de irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo (CIPE®, 2006:60).
Dor cutânea	Dor com as seguintes características específicas: sensação de dor originária do tecido que reveste o corpo, associada a inflamação, queimadura, traumatismo e doença de pele; a dor na pele e nos tecidos é habitualmente referida como uma sensação aguda limitada de picada intensa, ardor, corte, e de sensação de queimadura mas sem sinais de resposta automática ou de irradiação de dor a outras áreas do corpo (CIPE®, 2006:60).
Dor musculoesquelética	Dor com as seguintes características específicas: sensação de dor com origem nos músculos, articulações ósseas ou dentes; esta sensação é habitualmente referida como profunda, maciça e surda, activada pelos movimentos de partes do corpo ou de todo o corpo mas presente também nos períodos de repouso (CIPE®, 2006:61).
Dor visceral	Dor com as seguintes características específicas: sensação de dor nos revestimentos que recobrem os órgãos como o pericárdio, o perióstio, a mucosa intestinal; a dor visceral pode ser mais ou menos limitada, parecendo muitas vezes originária de uma zona maior do que a realmente afectada; esta sensação é habitualmente referida como perfurante e profunda, incómoda, como uma cólica intensa associada a sensações de enjoo ou asfixia (CIPE®, 2006:62).
Dor neurogénica	Dor com as seguintes características específicas: sensação de dor com origem em lesões que afectam os nervos periféricos; esta sensação é habitualmente referida como uma dor tipo picada ou ferroadada, acompanhada por perturbações das sensações; a dor neurogénica com origem em lesões dos nervos principais surge associada a intervenções cirúrgicas ou a lesão cerebral; a dor neurogénica é habitualmente referida como penetrante, perfurante, cortante, tipo queimadura, atroz ou torturante (CIPE®, 2006:62).
Dor vascular	Dor com as seguintes características específicas: sensação de dor com origem no sistema vascular em consequência de dilatação ou insuficiência vascular, habitualmente referida como uma dor de compressão, esmagamento e aperto (CIPE®, 2006:62).
Dor de trabalho de parto	Dor com as seguintes características específicas: sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contracções do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto (CIPE®, 2006:61).
Disúria	Dor com as características específicas: dor uretral ou na bexiga com sensação de ardência ao urinar (CIPE®, 2006:62).

(ICN 2002; 2006)

O conhecimento das definições de cada tipo de dor facilita o processo diagnóstico (Quadro 1).

De facto, cada definição apresenta as características que permitem a distinção entre os diversos tipos de dor. Por exemplo, a uma dor com origem no tecido que reveste o corpo, associada a inflamação, queimadura, ou traumatismo, habitualmente referida como uma sensação aguda de picada, ardor, corte ou queimadura – dor cutânea – é distinta de uma dor com origem no sistema vascular em consequência de dilatação ou insuficiência vascular, habitualmente referida como uma dor de compressão, esmagamento e aperto – dor vascular. Por seu turno a dor musculoesquelética tem origem nos músculos, articulações ósseas ou dentes. A dor visceral, que pode ser mais ou menos limitada, parecendo originária de uma zona maior do que a realmente afectada, tem origem nos revestimentos que recobrem os órgãos: pericárdio, perióstio, mu-

cosa intestinal. A dor neurogénica tem origem em lesões que atingem os nervos periféricos e nervos principais, manifestando-se como dor tipo queimadura. A dor vascular tem origem no sistema vascular (consequente a dilatação ou insuficiência vascular). A dor de trabalho de parto tem origem nas contracções do útero e dilatação do colo cervical, que ocorrem durante o trabalho de parto. A dor oncológica está associada à disseminação invasiva de células cancerosas no corpo, pode também constituir uma consequência do tratamento do cancro ou de condições relacionadas com o cancro. Sendo um processo patológico difuso, a sua origem e localização é muitas vezes difícil de concretizar. A disúria é um tipo de dor que tem origem na uretra ou bexiga caracterizando-se por uma sensação de ardência ao urinar.

O conhecimento das diversas características dos diferentes tipos de dor, nomeadamente a

Quadro 2. Características dos tipos de dor			
Dor	Origem	Associada a	Manifestações
Oncológica	Difícil de concretizar	Processos neoplásicos	Dificuldades no sono, irritabilidade, depressão, isolamento, desespero e desamparo
Musculoesquelética	Músculos, ossos, articulações ou dentes	Fracturas, doença do periósteo, inflamação nas articulações, esforços musculares	Profunda, maciça e surda
Subtipos: artéfrica/óssea/muscular			
Visceral	Revestimento dos órgãos delimitação imprecisa	Sensações de enjoo ou asfixia	Perfurante, profunda, incómoda ou como cólica intensa
Subtipos: cólica/dispaneuia/dismenorreia/tensão pré-menstrual			
Cutânea	Tecido que reveste o corpo (local preciso)	Processos inflamatórios, queimadura, traumatismo ou doença da pele	Picada intensa, ardor, corte, sensação de queimadura
Subtipos: dor por ferida			
Neurogénica	Lesões dos nervos periféricos ou nervos principais	Alteração das sensações, a intervenções cirúrgicas ou a lesão cerebral	Picada penetrante, perfurante, cortante, tipo queimadura
Subtipos: dor fantasma			
Vascular	Sistema vascular		Compressão, esmagamento e aperto
Subtipos: isquémica/enxaqueca			
De trabalho de parto	Contrações uterinas, dilatação cervical e expulsão uterina	Ao trabalho de parto	Intensidade e frequência crescentes
Subtipos: de período expulsivo/de dilatação cervical/de falso trabalho de parto			
Disúria	Dor uretral ou na bexiga		Sensação de ardência ao urinar

(ICN 2002, 2006)

origem, a que está associada e as manifestações facilitam o diagnóstico diferencial. O quadro 2 procura ilustrar como podemos realizar o diagnóstico diferencial de diferentes tipos de dor tomando por referência as definições sugeridas na CIPE®.

Do processo diagnóstico ao diagnóstico de enfermagem

As definições facilitam, então, a sistematização da procura dos dados relevantes para o diagnóstico. Assim, ao longo do processo diagnóstico para além das características específicas (origem, localização, manifestações) podem valorizar-se outros aspectos: a qualidade da dor, a intensidade, factores desencadeadores e de alívio e sintomas relacionados³⁻⁶.

Devido à natureza subjectiva da dor, esta pode ser difícil de qualificar ou quantificar de modo totalmente satisfatório. A resposta à questão «quanto dói?» está longe de ser simples. O relato da dor é influenciado por múltiplos factores

– pessoais, culturais, expectativas, contingências sociais e profissionais, estado emocional percepção do controlo, etc.⁵. Por isso, a avaliação da dor deve tomar como princípio orientador a noção apresentada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), em 1993: «*assess the person, not just the pain*»⁹.

Para proceder a tal avaliação existem diversas estratégias (entrevista, observação do comportamento, auto-relato, etc.). A utilização sistemática de instrumentos (escalas, questionários, inventários, entre outros) tem sido entendida como uma mais-valia na avaliação da dor³⁻⁵. Existem instrumentos que avaliam uma dimensão – unidimensionais (são exemplos a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa, a Escala de Faces, etc.); outros avaliam várias dimensões – multidimensionais (são exemplos o *Brief Pain Inventory*, Questionário de dor de McGill¹⁰, os Diários de dor, etc) –; e outros que constituem escalas comportamentais (Doloplus** – utilizada em idosos; EDIN, NIPS, CRIES, PIPP, NFCS, DAN, OPS, utilizada nas crian-

ças^{††11}). As escalas unidimensionais avaliam somente uma dimensão da dor através do auto-relato da intensidade da dor. Estas, embora úteis na situação de dor aguda de etiologia clara (ex. dor aguda no pós-operatório), podem simplificar em demasia a avaliação de alguns tipos de dor. Assim, estudiosos na área da dor recomendam a utilização de instrumentos de avaliação multidimensionais na avaliação da dor complexa ou persistente⁵.

Existem dimensões da dor que, com ou sem aqueles instrumentos, devem ser sistematicamente avaliados na pessoa com dor – a localização, a intensidade e a qualidade da dor.

A localização pode ser determinada pelo próprio, tanto pela descrição verbal como pela delimitação da área. Com o propósito de determinar a extensão e a irradiação da dor, podem surgir questões como: «Onde lhe dói? A dor estende-se do local onde começou? É superficial ou profunda?»⁸.

A intensidade pode ser obtida pelo relato individual, já que «a pessoa que experimenta a dor é a única que conhece a sua intensidade»⁴. Aliás, desde que a dor foi considerada como o 5.º sinal vital pela Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2003), a avaliação e registo sistemáticos da intensidade da dor são considerados «norma de boa prática»¹². Para este efeito – avaliar a intensidade da dor – a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Numérica (EN), a Escala Verbal Simples (EVS), e a Escala de Faces são as escalas mais utilizadas¹³⁻¹⁹.

A consistência na classificação da dor, para efeitos da sua caracterização, promove a sua monitorização, desde a avaliação inicial à avaliação da eficácia das intervenções. No entanto, a sua utilização impõe a partilha do que está a ser avaliado e do seu significado, isto é, quando uma pessoa refere 5 como valor de intensidade da dor, esse valor terá um significado comum entre a pessoa e o enfermeiro. Está também implícito o uso da mesma escala para o mesmo cliente e a especificação do significado de cada parâmetro^{4,5,12}.

A qualidade da dor é também um aspecto relevante para a sua caracterização. As palavras e os gestos da pessoa podem constituir dados relevantes para o processo diagnóstico, na medida em que cada indivíduo tem um modo próprio de expressar a sua dor. Tendo por base este

fundamento, Melzack R e Wall P apresentaram o *McGill Pain Questionary* – que sugere palavras, que a pessoa pode utilizar para melhor descrever a sua dor. Caracterizar a dor como pulsátil, penetrante, tipo queimadura, torturante são algumas das palavras incluídas nessa lista. McCaffery M e Beebe A (1992) destacam ainda a importância de observar e valorizar os comportamentos da pessoa. A expressão facial, chorar ou gemer, a postura corporal, actividade física, irritabilidade, queixas verbais, acções para reduzir a dor e a limitação funcional constituem alguns desses comportamentos. O modo de expressar a dor pode ser condicionado tanto pelas características pessoais – experiências anteriores, capacidade de comunicação, idade entre outras – como pela percepção da dor – estado de consciência, integridade do sistema nervoso, estado físico e estado emocional, como por aspectos socioculturais e ambientais^{6,20}.

O início e duração da dor, as variações ao longo do tempo, os factores que aliviam e os que agravam a percepção da dor constituem, também, dados que auxiliam na caracterização da dor.

A recolha, valorização e interpretação dos dados relativos a estes aspectos permitem retirar as conclusões sobre as necessidades em cuidados – os diagnósticos de enfermagem.

As figuras 6 e 7 apresentam exemplos de diagnósticos de enfermagem, enunciados com base na CIPE[®], face à valorização e interpretação de alguns dados recolhidos.

Do diagnóstico às intervenções de enfermagem

A identificação do diagnóstico de enfermagem condiciona a etapa seguinte: a decisão pelas intervenções. Intervenção de enfermagem é entendida como acção implementada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, no sentido de produzir um resultado (p. 16)².

A CIPE[®] também fornece termos para enunciar as intervenções de enfermagem. Efectivamente, de acordo com as orientações do CIE, a construção do enunciado da intervenção de enfermagem compreende a utilização de um termo do eixo Acção e, se necessário para descrever com rigor a intervenção, termos dos outros eixos – podem ser utilizados quaisquer termos de qualquer eixo, excepto do eixo Juízo (Fig. 8).

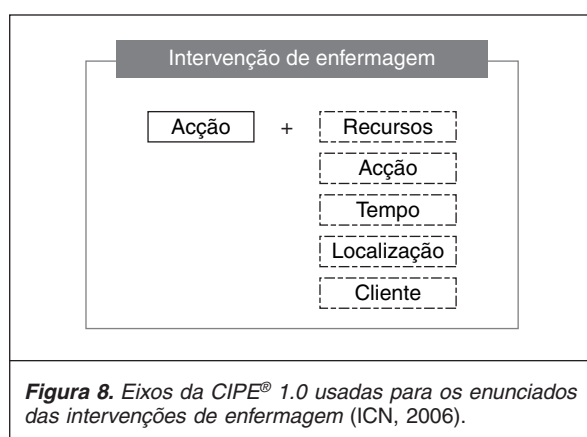
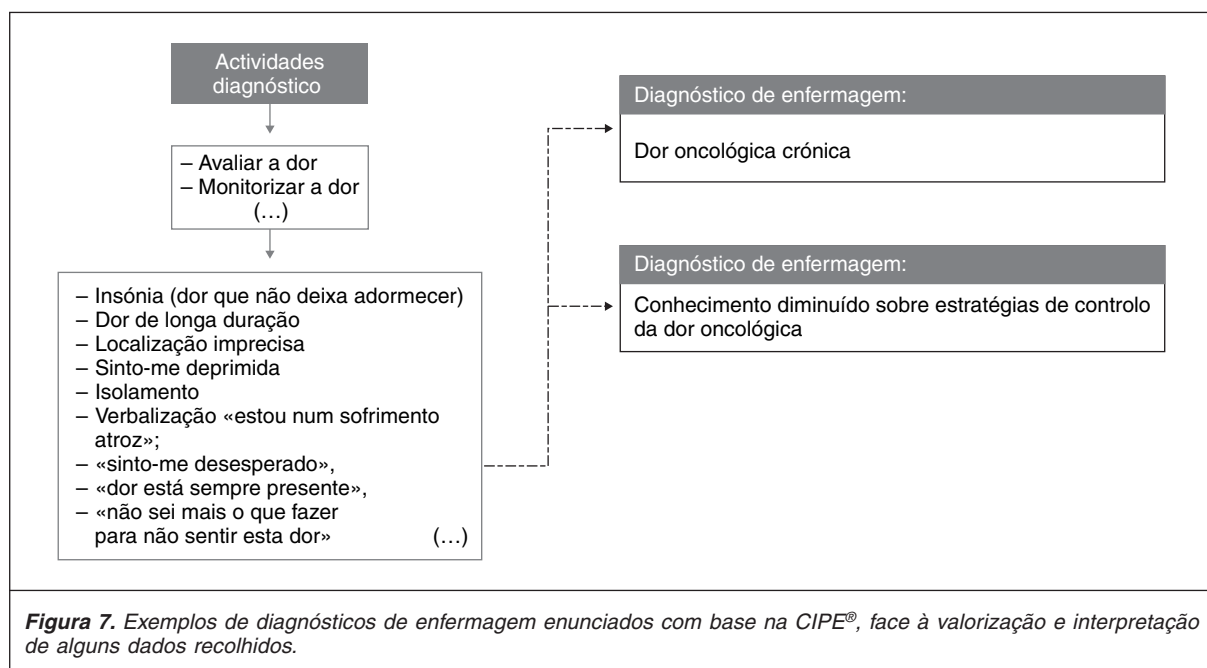
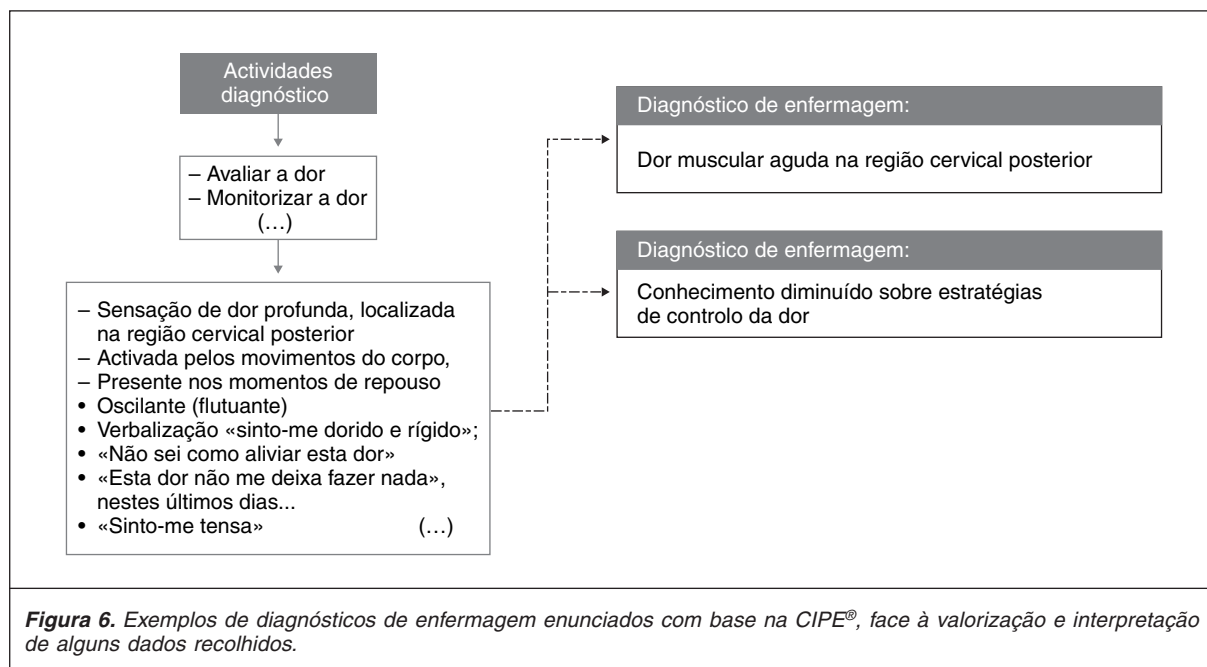
[†]No original, *McGill Pain Questionnaire* (MPQ). A adaptação portuguesa do Questionário de Melzack para a Dor foi apresentado na Revista Dor APED, 23-6.

McGill Pain Questionnaire Short Form (SF-MPQ) de Ronald Melzack: tradução para português de Martins de Correia L, Pais V, Tavares J, Mota-Cardoso R, Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

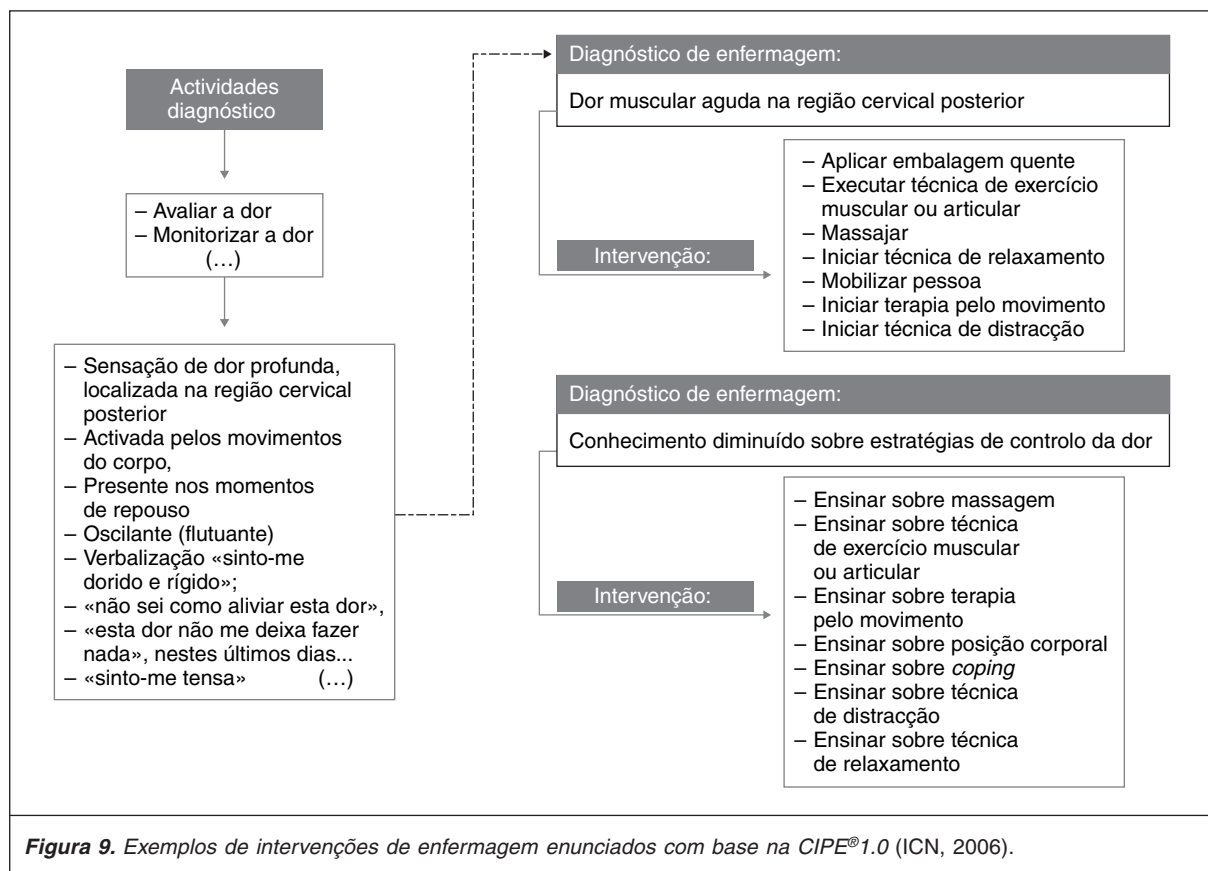
^{**}Escala DOLOPLUS: traduzida e validada para a língua portuguesa por Guarda H (Fevereiro de 2006), no âmbito da tese de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa.

^{††}EDIN: *Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*; NIPS: *Neonatal Infant Pain Scale*; CRIES: *Crying Requires Oxygen for saturation Increase Vital Signs Expression and Sleeplessness*; PIPP: *Premature Infant Pain Profile*; NFCS: *Neonatal Facial Coding System*; DAN: *Échelle Douleur Aigue du Nouveau-Né*; OPS: *Objective Pain Scale*.

^{§§}MPQ: *McGill Pain Questionary* (Questionário de Melzack para a Dor). Revista Dor, APED.



O entendimento do eixo Acção apresentado na CIPE® versão 1.0 – é distinta do Tipo de acção da versão beta2. O Tipo de acção (CIPE® beta2) é entendido como realizações levadas à prática por uma acção de enfermagem. Por seu turno, Acção (CIPE® 1.0) é entendido como um processo intencional aplicado a, ou desempenhado por, um cliente. Os termos que compõem o eixo Acção são sobreponíveis aos do Tipo de acção. Evidencia-se o facto de terem sido acrescentados alguns termos, como por exemplo Palliar, definida como providenciar conforto e controlo da dor a pessoas com doença terminal através de apoio físico, emocional, psicológico e espiritual (p. 140)².



A cada termo do eixo Acção está associada uma definição que ajuda a circunscrever a intenção do enfermeiro ao decidir por aquela intervenção. A decisão pelas intervenções depende do rigor imposto no processo diagnóstico, pois diferentes diagnósticos implicam distintas intervenções.

Face aos diagnósticos de enfermagem identificados na pessoa com dor, compete ao enfermeiro planear e implementar as intervenções de enfermagem. Em seguida (Figs. 9 e 10) procura-se ilustrar alguns exemplos utilizando a terminologia da CIPE®.

Após as intervenções: a avaliação

O processo diagnóstico dá origem ao diagnóstico e este à decisão pelas intervenções de enfermagem. A implementação das intervenções envolve a avaliação da sua eficácia, isto é, comparar o impacto da intervenção no diagnóstico de enfermagem inicial (Fig. 11).

O resultado de enfermagem compreende o diagnóstico de enfermagem após a intervenção do enfermeiro¹, conforme se procura ilustrar na figura 12.

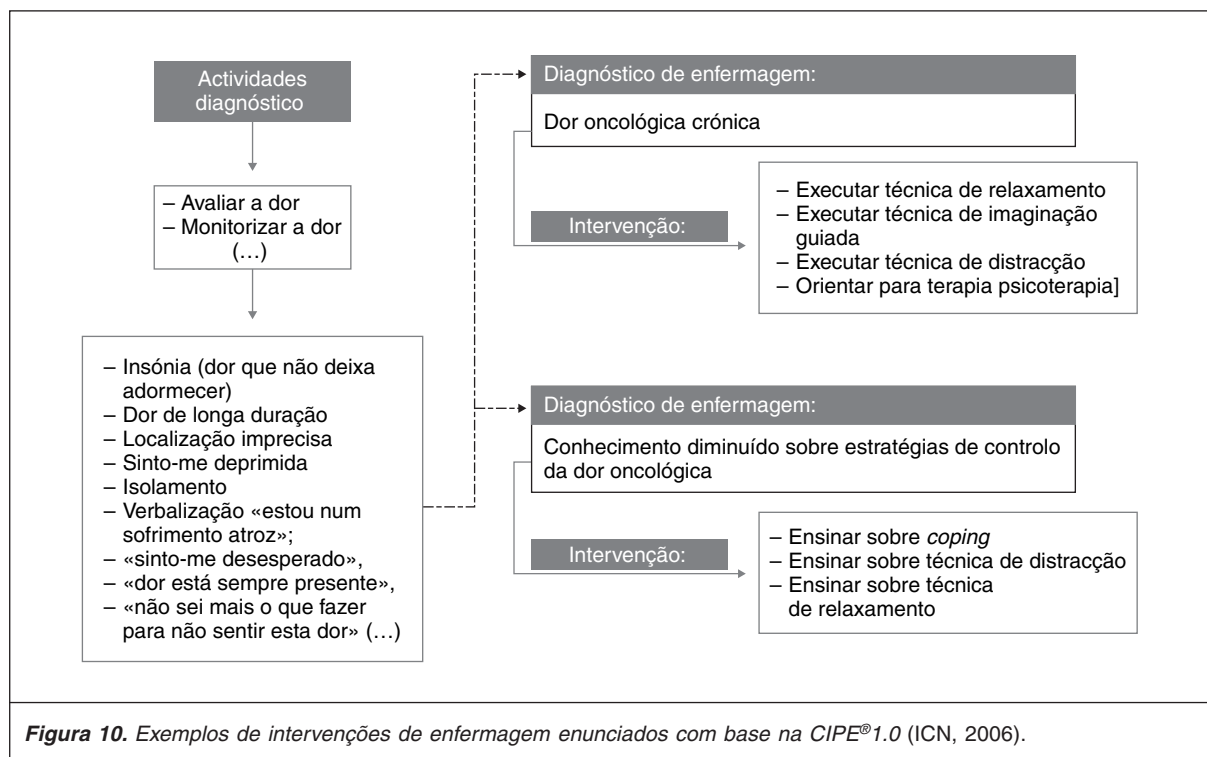
Assim, após a implementação das intervenções impõe-se a sua avaliação. Frequentemente as actividades de avaliação sobrepõem-se às actividades de diagnóstico.

Existem duas actividades de diagnóstico/avaliação *major* quando se toma por foco de atenção a pessoa com dor: avaliar a dor e monitorizar a dor.

Avaliar a dor envolve o processo contínuo de medir o progresso ou extensão² (2006: 134) da dor e do seu efeito na pessoa. Constituem exemplos de actividades que concretizam a intervenção avaliar a dor:

- Inquirir sobre a localização e irradiação.
- Inquirir sobre a intensidade.
- Inquirir sobre o efeito da dor nas actividades de vida diária.
- Observar o comportamento (procurando identificar expressões de dor).
- Inquirir sobre factores de alívio.
- Inquirir sobre factores de agravamento.
- Inquirir sobre respostas à dor.
- Inquirir sobre estratégias usualmente utilizadas para alívio e a sua eficácia.

Monitorizar a dor envolve escrutinar a dor em ocasiões repetidas ou regulares² (2006: 135). Esta intervenção traduz a intenção do enfermeiro de expressar numericamente o nível ou intensidade da dor. Efectivamente, quantificar – traduzir num valor – a evolução da intensidade da dor, ao longo do tempo, assume particular relevância para efeitos da continuidade dos cuidados. Para monitorizar a dor, poder-se-á recorrer a escalas que ajudam a uniformizar e a sistema-



tizar a atribuição do valor para os diferentes enfermeiros, usando critérios semelhantes. A selecção dos instrumentos de avaliação da dor a usar deve ser criteriosa para que os seus resultados sejam fidedignos. Estes instrumentos devem ser adequados à idade, capacidade cognitiva, estado de consciência e tipo de dor, entre outros aspectos^{3,14,21}.

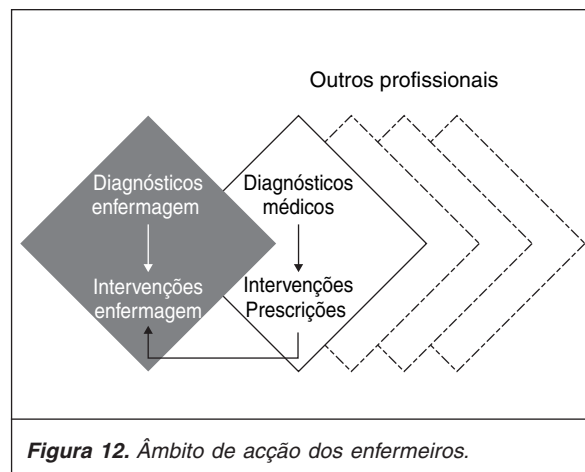
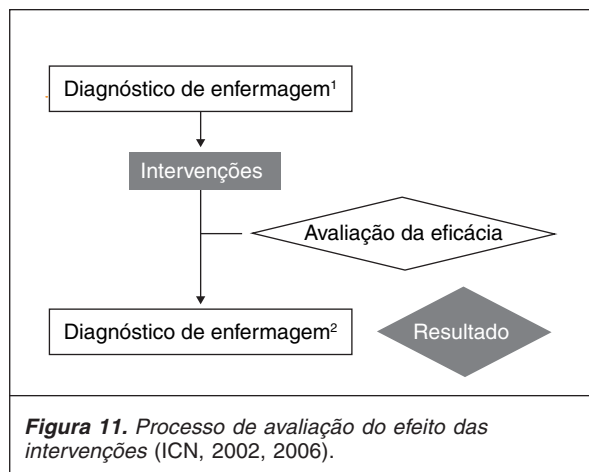
Do contexto multiprofissional

Apesar de este artigo ter como mote principal a utilização da CIPE® para descrever os aspectos de saúde relacionados com a dor – diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem – não podemos deixar de abordar, ainda que

sumariamente, que existem intervenções realizadas por enfermeiros que não resultam de diagnósticos de enfermagem.

A dor que a pessoa sente pode representar um compromisso importante na sua saúde. Por isso, espera-se que os enfermeiros tenham competência para, por um lado, identificar perturbações na saúde e os referir ou encaminhar para outros profissionais e, por outro, dar continuidade às intervenções prescritas, nomeadamente as prescrições médicas (Fig. 12).

Efectivamente, é assumido pela Ordem dos Enfermeiros que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional²². Assim, e ainda de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as



iniciadas por outros profissionais (interdependentes) e as iniciadas pelos enfermeiros. Os enfermeiros são responsáveis pela prescrição e implementação das intervenções que resultam dos diagnósticos de enfermagem identificados e pela implementação das que resultam de prescrição de outros profissionais. A responsabilidade inerente às intervenções interdependentes acarreta também a sua documentação – o que foi feito, quando e com que efeitos terapêuticos ou não.

A CIPE®, e de acordo com as metas para o seu desenvolvimento, nomeadamente servir para múltiplos propósitos, dá também resposta a tal necessidade²³. De facto, com os termos que a CIPE® fornece, é possível enunciar as intervenções que resultam de prescrição. São disso exemplo: administrar medicamento, via endovenosa; vigiar resposta ao medicamento; monitorizar dor de 4-4 horas.

Reflexão final

A CIPE® não diz o que a Enfermagem é, mas vai dizendo o que os enfermeiros fazem, porque o fazem e com que resultados...

Ao longo do artigo foi-se tentando evidenciar a mais valia da utilização da CIPE® para descrever as necessidades em cuidados da pessoa com dor, as intervenções planeadas e/ou realizadas e os resultados.

Não é fácil. Não é pacífico. Mas, há desafios a que os enfermeiros não se podem furtar: a documentação dos cuidados, o uso das novas tecnologias de informação e documentação, a necessidade de uma linguagem comum e uma efectiva continuidade de cuidados. A saber:

- A documentação dos cuidados: só é possível documentar se tivermos as palavras para designar, com rigor, as necessidades em cuidados sensíveis aos cuidados de enfermagem; apesar de os enfermeiros registarem os cuidados prestados, tais registos carecem de sistemática na documentação de diagnósticos, de intervenções e de resultados^{24,25}.
- O uso das novas tecnologias de informação e documentação: os computadores chegaram para ficar; rentabilizar e dominar este novo recurso, colocando-o ao serviço dos enfermeiros, emerge como um repto incontornável; os estudos evidenciam que a utilização desta ferramenta permite reduzir os erros, aperfeiçoar o sistema de documentação e diminuir o tempo gasto na produção dos registos^{24,25}.
- A necessidade de uma linguagem comum: a partilha dos conceitos que representam os aspectos relevantes para os enfermeiros é essencial para o desenvolvimento da disciplina e da profissão^{24,25}.
- A continuidade de cuidados: para dar continuidade ao que está planeado, ao que foi iniciado e precisa ser continuado para se

obter um resultado esperado⁷, é necessário partilhar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Assim, só com a partilha das necessidades em cuidados e as respostas a esses cuidados se pode, de modo efectivo, falar de continuidade dos cuidados.

E parafraseando algo que foi dito por Norma Lang nos anos 90, do século passado: aquilo que não formos capazes de traduzir por palavras – pôr em comum – não seremos capazes de ensinar, documentar, investigar ou incluir nas políticas de saúde. Por isso, o uso de ferramentas que contribuam para tal desiderato não podem ser ignoradas pelos enfermeiros, antes pelo contrário – deverão ser os enfermeiros a exigí-las.

Bibliografia

1. ICN – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta 2. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2002.
2. ICN – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2006.
3. Metzger C, et al. Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociência; 2002.
4. McCaffery M, Beebe A. Dolor: Manual clínico para la práctica de enfermería. Barcelona: Salvat Editores; 1992.
5. NPC & APS. Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. 2005.
6. Carpenito LJ. Nursing Diagnosis. 7.ª ed. Philadelphia: Lippincott; 1997.
7. Kozier B, et al. Técnicas en enfermería clínica. 4.ª ed. Vol. II. Madrid: McGraw-Hill; 1999.
8. NHS Quality Improvement Scotland. The management of pain in Patients with Cancer: Best Practice Statement – NHS (QIS) April 2004. Disponível em: URL: www.nhshealthquality.org
9. International Association for the Study of Pain (IASP). Assess the person, not just the pain. Pain: Clinical Updates Sep 1993;(3).
10. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. Revista Brasileira de Anestesiologia 1997;47(2):177-86.
11. Batalha L, Santos A, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Revista Acta Pediátrica Portuguesa 2005;36(4):201-7.
12. Direcção-Geral da Saúde. A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003.
13. Batalha LC. Os enfermeiros e a dor na criança: um contributo para avaliar saberes e práticas. Revista Dor APED 2003;11(1):5-42.
14. Batalha L, Santos A, Guimarães H. Avaliação da dor aguda em crianças pré-verbais. Revista Arquimed 2004;18(5-6):275-86.
15. Batalha L, Santos A, Guimarães H. Avaliação da dor e desconforto no recém-nascido. Revista Acta Pediátrica Portuguesa 2003;34(3):159-63.
16. Baeyer W. PIIRA – Instructions for administering the Faces Pain Scale – Revised in languages other than English. Ed. 4, August 2005. Disponível em: URL: www.painsourcebook.ca
17. Batalha LC. As dificuldades na quantificação exacta da dor. Revista Servir 2005;53:166-74.
18. Batalha L, Santos A, Guimarães H. Avaliação da dor na criança pré-verbal. Revista Saúde Infantil 2003;35-44.
19. Batalha L, Santos A, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Revista Acta Pediátrica Portuguesa 2005;36(4):201-7.
20. Black J, Matassarin-Jacobs E. Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma abordagem psicofisiológica. 4.ª ed. Vol. I. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
21. APED. Dor nas Pessoas não verbais. Revista Dor APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor) 2005;13(4).
22. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. OE; Setembro de 2002.
23. Cardoso A, Brito A, Ribeiro A. Concepção de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Revista Nursing Jan 2006;206:8-15.
24. Paiva A. Sistemas de Informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.; 2006.
25. Sousa P. Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.; 2006.

Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos

Paula Sapeta

Resumo

O artigo parte do conceito de dor para a análise das diferentes componentes do sofrimento. Recorre ao conceito de dor total de Cicely Saunders e à visão antropológica e holística de Robert Twycross. Na interface com os cuidados paliativos, apoia-se nos pilares desta filosofia para explicar o trabalho interdisciplinar e a acção do enfermeiro junto do doente com dor, designadamente na avaliação diagnóstica e no alívio do sofrimento.

Palavras-chave: Dor. Sofrimento. Cuidados Paliativos. Enfermagem.

Abstract

Starting with the concept of pain and based on the «total pain» concept from Cecily Saunders and the anthropological and holistic vision of Robert Twycross, the different components of suffering are analysed. In the interface with palliative care, the pillars of this philosophy are used to explain the interdisciplinary work and the nurse's action towards the patient with pain, namely in the diagnostic evaluation and in the relief of the suffering. (DOR 2007;15(1):16-21)

Corresponding author: Paula Sapeta, paulasapeta@ess.ipcb.pt

Key words: Pain. Suffering. Palliative care. Nursing.

Introdução

A dor é considerada como uma resposta neurofisiológica muito complexa, que se diferencia notavelmente de qualquer outra experiência sensorial. Entende-se como a percepção da noção e esta define-se como a actividade produzida no sistema nervoso por efeito de estímulos que, real ou potencialmente, lesionam os tecidos. Na experiência ou vivência dolorosa constam dois componentes (Fig. 1).

Um é sensorial propriamente dito e é através dele que se detectam as características do estímulo nociceptivo e que permitem precisar a sua localização, intensidade, modificação temporal, etc. E o elemento objectivo básico da sensação dolorosa (algognosia, como algo do

conhecimento). O outro é de ordem afectivo-emocional (algotimia, como algo da alma, da vida), apresenta um carácter desagradável e tem também um substrato morfofuncional específico no SNC, determinando uma alteração de comportamento que conduz a uma série de modificações motoras, posturais ou de hábitos, orientados para deter ou diminuir a dor, tão rápido quanto possível e de qualquer modo. Em determinadas circunstâncias dá lugar a reacções depressivas, de ansiedade, medo e isolamento (Gonzalez Barón M, 1996; Bayés R, 2001; Gonzalez Barón M e Ordóñez Gallego A, 2003).

Pelo facto da dor ser uma experiência única, uma sensação íntima e pessoal, é impossível conhecer com exactidão a dor do outro. Apesar dos grandes avanços técnicos e científicos verificados, nos últimos anos, e de dispormos de armas terapêuticas quase definitivamente eficazes, a dor oncológica continua, em muitos casos, a não merecer a atenção devida.

Dor total

Foi Cicely Saunders a primeira pessoa que falou de dor total, para descrever todos os aspectos e matizes que rodeiam o doente com dor, sobretudo os que apresentavam doença oncológica

Professora Coordenadora
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Castelo Branco, Portugal
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestre em Sociologia
Pós-graduada em Cuidados Paliativos
Doutoranda em Enfermagem
Portugal
E-mail: paulasapeta@ess.ipcb.pt

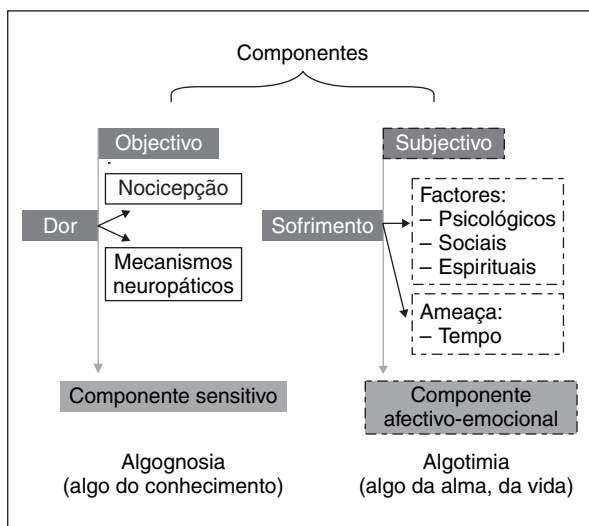


Figura 1. Componentes da dor (adapt. de Gonzalez Barón S. Emoción y dolor: bases neurofisiológicas. Em: Gonzalez Barón M, Ordoñez Gallego A. Dolor y cáncer-hacia una oncología sin dolor. Ed Panamericana; 2003).

incurável. Na sua prática e no acompanhamento desses doentes constatou que os tratamentos para aliviar a dor crónica eram insuficientes. Fez pesquisas sobre a administração oral de morfina, reafirmando que a dor não é apenas física mas interactiva com as dimensões psicológica, familiar, social e espiritual da pessoa. Acentuou que é necessário cuidar a dor, entendendo a pessoa como um ser global (Bounon L, 1999*; Gonzalez

Barón M e Ordoñez Gallego A, 2003; Catalã L e Aliaga L, 2003) (Fig. 2).

A dor resulta de uma complexa e dinâmica interacção de sensações, cognições, condutas e emoções. São vários os factores que modulam a intensidade da percepção dolorosa:

- Aumentam o limiar de dor: o sono, repouso, simpatia, compreensão, solidariedade, redução da ansiedade e actividades de distração; ao potenciar estes factores estamos a diminuir a dor (p.e. um jogo de futebol, um filme, um álbum de fotografias, a narrativa de vida, a música ou a visita de um bom amigo ou familiar podem fazer «esquecer» a dor).
- Diminuem o seu limiar: insónia, cansaço, ansiedade, medo, tristeza, raiva, depressão, isolamento, introversão ou abandono social; qualquer doente que se encontre em alguma(s) destas circunstâncias expressa «mais» dor (intensidade, duração) e maior dificuldade no alívio, mesmo com analgésicos potentes e em doses elevadas.

Robert Twycross explica o conceito dor total relacionando-o com a trajectória de doença, com os efeitos colaterais do tratamento, de patologias concomitantes, como a fonte somática da dor, mas avança, de igual modo, para uma visão antropológica e holística, relacionada com uma rede de factores psicoemocionais, sociais e culturais que prenunciam a sua complexidade, tais como:

- A atitude paternalista e de desinformação, que lhe aumentam a incerteza e angústia, o possível isolamento afectivo determinado

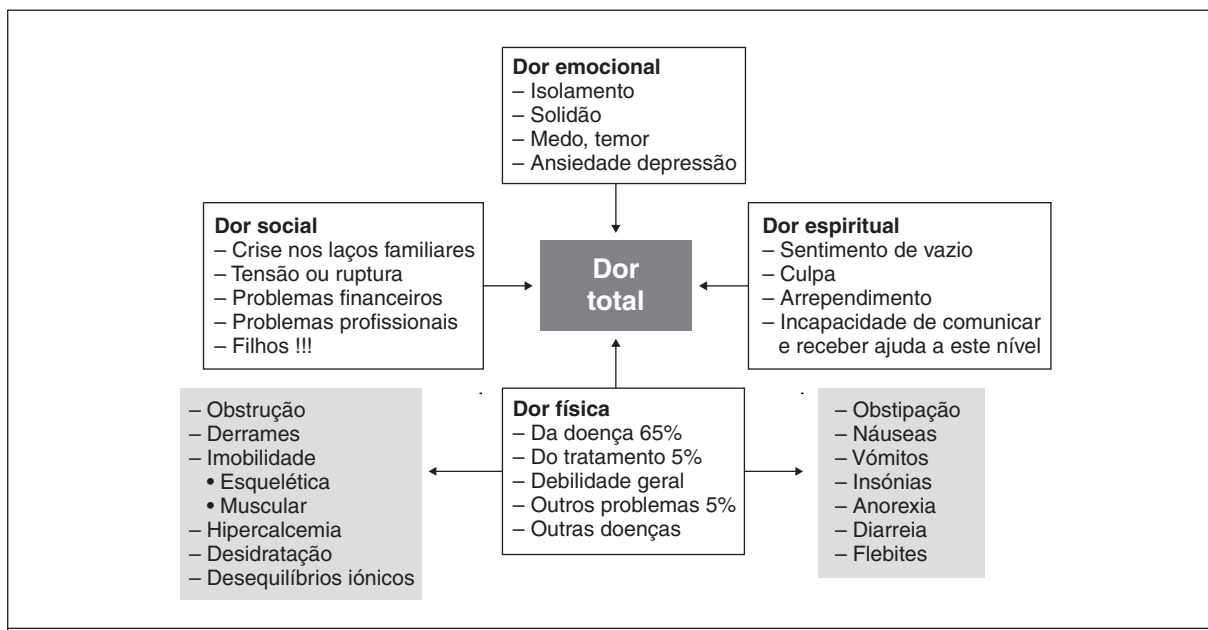


Figura 2. Dor total, segundo Cicely Saunders.

pela «ausência» de amigos e familiares, a desumanização dos cuidados, a ineficácia e burocratização dos serviços, e o entendimento da dor como um mero problema técnico, acabando por resultar em diferentes níveis de ira e revolta.

- As diferentes e sucessivas perdas, de papéis sociais e familiares, de prestígio, de controle sobre si, sobre o seu corpo e sobre a sua vida, em geral, como uma ameaça real à integridade da pessoa;
- Os medos e incertezas da condição em que vive, de intranquilidade face ao futuro, de desesperança e de sofrimento espiritual, que no seu conjunto são geradores de variável grau de ansiedade e depressão.

A vivência de dor tem grande influência na qualidade de vida, interferindo ao nível do funcionamento físico, psicológico e social, é por muitos mais temida que a própria doença ou morte.

Dor vs sofrimento

A dor e sofrimento não são sinónimos (Bayés R, 2001). O sofrimento é a vivência da dor em cada pessoa, constitui um fenómeno mais amplo, definido por Cassell EJ como «um estado de mal-estar induzido pela ameaça da perda de integridade ou desintegração da pessoa, independentemente da sua causa» (Cassell EJ, 1982; Bayés R, 2001). Abarca mais dimensões e tem muitas causas potenciais, das quais a dor é só uma delas. A quebra total de recursos físicos, psicológicos e sociais determina-lhe uma situação indefesa, de solidão afectiva e de debilidade, em que o doente sente que os acontecimentos estão/são incontroláveis.

De um outro ponto de vista, é de assinalar que existe uma certa similitude entre sofrimento e depressão e, em alguns casos, pode até confundir-se com ela, mas é também um conceito mais vasto que esta última. O sofrimento não tem necessariamente de coincidir com um estado psicopatológico, associado a culpabilização ou baixa auto-estima (Bayés R, 2001; Doyle D, 2004; Neto IG, 2006). O sofrimento é mais dependente que a depressão da consciência de futuro (Bayés R, 2001) e David Morris sugere de modo pragmático que a melhor forma de os distinguir é que a depressão responde à medicação antidepressiva e o sofrimento não (Morris D, 1998). Os antidepressivos podem ajudar a minimizar o sofrimento se tiver uma depressão associada, mas só por si não acabam com o sofrimento. Com efeito, o sofrimento decorrente da dor, particularmente na situação de dor crónica associada a doença incurável e progressiva, pode ser devastador se o doente não for ajudado, pela família e amigos e pelos profissionais de saúde, a mobilizar os seus recursos internos para o enfrentar, a modificar os seus valores pessoais, procurando aceitá-lo, adaptando-se e (re)encontrando um sentido para a doença, para o sofrimento e para a sua vida.

A interface com os cuidados paliativos

A interface entre dor e sofrimento é inegável, e sendo o alívio e prevenção do sofrimento o principal objectivo dos cuidados paliativos, torna-se indiscutível o papel deste tipo de cuidados no tratamento de doentes com doença grave e/ou incurável, avançada e progressiva. A concepção curativa e a concepção paliativa não são mutuamente exclusivas, pelo contrário, têm de ser duas concepções complementares e devem constituir duas atitudes assistenciais sincrónicas (Doyle D, et al., 1998; Gomez Sancho M, 1999). Toda a prática clínica está impregnada de uma secular ideia expressa no século XVI de «curar às vezes, aliviar frequentemente, cuidar sempre». Os cuidados paliativos, de acordo com a OMS, são «uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças que colocam a vida em risco, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais» (WHO, 2002; DGS, 2004). Sabemos que muitos doentes com dor vêem o seu sofrimento agravado pela progressão da doença, pela presença de outros sintomas e por um certo «abandono» enquanto pessoa, levando-os, por vezes, a retirar-se de si próprios e a desistir de viver (Fig. 3).

A complexidade do sofrimento, resultante de factores físicos, psicossociais e existenciais obriga a uma abordagem interdisciplinar, no âmbito dos cuidados de saúde. Tendo como referência os pilares centrais desta filosofia, a abordagem e o tratamento do doente com sofrimento intenso devem ser implementados mediante o trabalho interdisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, capelão, voluntários, etc.), em que todos se centram na mesma missão e objectivos, traçados de modo personalizado para cada doente; cuidam da sua família e, em simultâneo, envolvem-na no processo de cuidar, pois como contexto social de referência e de significado para o doente, tem uma função crucial, quer no diagnóstico, quer no tratamento,

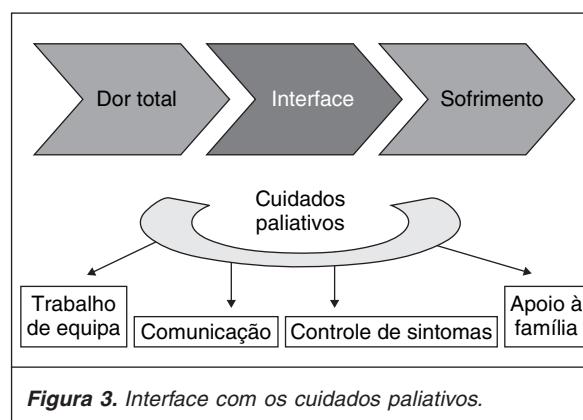


Figura 3. Interface com os cuidados paliativos.

Quadro 1. História de dor				
Características da dor (PQRST)				
P: factores que precipitam e/ou aliviam (medicamentos, posicionamento, calor, frio, ou outros)	Q: qualidade da dor, valorizando os adjetivos que o doente usa para a caracterizar, o que pode permitir distinguir uma dor somática de uma dor neuropática	R: região ou local doloroso aponta para órgão ou tecidos doentes, envolvidos no processo doloroso, localmente ou à distância (diagrama corporal)	S: severidade da intensidade, indica se é ligeira, moderada ou severa (EVA, verbal, numérica)	T: tempo de duração indica se a dor é aguda, subaguda ou crónica; o padrão de dor e a cronologia
Outras características: estado de consciência e/ou cognitivo (<i>Mini-Mental Scale</i>), indicadores fisiológicos e comportamentais de dor, outros sintomas presentes, efeitos colaterais do tratamento, patologias concomitantes (<i>Brief Pain Inventory</i> ; Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS)				
Dimensão familiar e social				
Caracterização da família nuclear e extensa ou alargada (genograma familiar)	Caracterizar a relação com o potencial cuidador (estimar força do vínculo afectivo)	Grupo social de pertença, cultura, crenças, religião, etc.	Situação profissional e económica (estatuto e papeis relacionados, situações não resolvidas, eventuais perdas)	Avaliar situação socioeconómica, qualidade habitacional, acessibilidade aos serviços de saúde
Dimensão psicoemocional				
Presença de ansiedade, depressão, angústia, raiva, cólera, frustração relacionadas com: <ul style="list-style-type: none"> – Significado atribuído à dor (de castigo, culpa, medo da proximidade da morte). – Perdas (perda de controle sobre si, posição social, trabalho, prestígio, rendimento, dos papéis familiares, forças e de privacidade, sensação de desamparo, alteração da imagem corporal, etc.). – Medos: medo do hospital, da dor, da morte, preocupação pela família, desassossego, insegurança futura afectiva, financeira. 				

como aliado e como cuidador informal, particularmente em situação de dor e sofrimento. Para além da dor, a equipa deve valorizar e tratar outros sintomas presentes e que concorrem para agravar esse sofrimento e, transversalmente, pausar toda a sua acção num padrão de comunicação, culturalmente sensível, de informação, orientação, honestidade e de ajuda verdadeira, ou seja, procurando fomentar a aliança terapêutica. Os cuidados paliativos propõem-se acima de tudo a aliviar o sofrimento, para isso a motivação, a sensibilidade, a disponibilidade e a adequada formação do enfermeiro, ou de outro profissional, resultam determinantes na qualidade do atendimento e dos cuidados.

A primeira fase, de exploração e diagnóstico da situação de dor, é muito importante. O enfermeiro, dada a sua presença constante junto do doente, deve elaborar a história o mais completa possível (Quadro 1), ainda que num primeiro contacto não fique completa, deverá ser construída paulatinamente, procurando identificar todas as características da dor (que vão mais além do que só intensidade) e, sobretudo, estimar o nível de sofrimento do doente, com a finalidade de estabelecer com a restante equipa uma estratégia terapêutica apropriada.

Toma particular importância conhecer em profundidade o significado da dor para o doente, e não obstante a subjectividade da mesma, evitar interpretações prematuras. Nesse sentido, é conveniente desenvolver um padrão de comuni-

cação que dê-lhe oportunidades de expressar livremente os seus sentimentos, medos e angústias. Perguntar-lhe directamente «o que sabe sobre a sua doença», «se está a sofrer e porquê?», «o que mais o amedronta?», «que alterações esta situação lhe trouxe para a sua vida?», «como lida com a situação?», «o que faz para se sentir melhor?» (Cassell EJ, 1999). A mensagem para o doente, deve veicular a esperança realista, a garantia do conforto, de saber que não está sozinho e de que toda a equipa se mobilizou para resolver o seu problema e aliviar o seu sofrimento. A honestidade e genuinidade são essenciais nesta relação, que se pretende terapêutica e de ajuda. A estratégia terapêutica deve seguir as *guidelines* da OMS no controlo da dor (Quadro 2), ser multimodal e estar em conformidade com a complexidade da situação e vivência.

Deve incluir as medidas farmacológicas, que não cabe desenvolver no âmbito deste artigo, mas que constituem apenas uma parte do trabalho a desenvolver pela equipa multidisciplinar, pois se queremos otimizar a qualidade de cuidados prestados, é indispensável ir mais longe no atendimento destes doentes, aplicando outras medidas físicas e psicossociais, para lhes aumentar o conforto, a qualidade de vida e ajudá-los a encontrar sentido no sofrimento e na doença. Na sua célebre frase, Viktor Frankl garante que o Homem não se destrói por sofrer, mas por sofrer sem nenhum sentido.

Quadro 2. Guidelines da OMS para alívio da dor

- Acreditar sempre nas queixas do doente.
- Avaliar antes de tratar: estabelecer uma causa clara; conhecer as experiências anteriores do doente nesta área: colher história detalhada da dor (semiologia); proceder a um exame físico cuidadoso e a eventuais exames complementares úteis; caracterizá-la quanto à sua intensidade, qualidade, cronologia, repercussão nas actividades diárias e no modo de alívio.
- Avaliar o estado psicológico do doente (conhecer o peso de outras variáveis).
- Adoptar uma estratégia terapêutica mista: métodos farmacológicos e não-farmacológicos.
- Explicar de modo acessível ao doente e família a causa do sintoma e envolvê-los no plano terapêutico possível e a propor.
- Rever... Rever... Rever: rever e avaliar periodicamente a dor, toda a actuação e a eficácia.
- Registrar todas as ocorrências relativas à avaliação, medidas implementadas para analgesia, resultados e eficácia obtida, reacções e dúvidas do doente e família.

(WHO, 2002)

Para encontrar o seu sentido, supõe mitigar o próprio sofrimento, ou seja, baixar a sua intensidade, para permitir a sua compreensão, tal como a luminosidade, que no seu auge pode provocar uma espécie de «cegueira». Yepes R, citado por Gonzalez Barón M e Ordóñez Gallego A (2003, p. 347), aponta a necessidade de cumprir as três funções antropológicas da dor:

1. Saber o que fazer e aceitá-la.
2. Mudar/readaptar os seus valores pessoais.
3. Encontrar/dar-lhe um sentido.

Sem pretender definir exaustivamente estes objectivos, é importante deixar linhas de reflexão para a abordagem, sempre interdisciplinar, e que se sabe de crucial importância.

- Saber o que fazer e aceitar a dor

Uma das primeiras tarefas passa por ajudar o doente a entender que a dor está aí e portanto há que aceitá-la e enfrentá-la com «as armas» possíveis e ao seu alcance (Gonzalez Barón M e Ordóñez Gallego A, 2003). Quem aceita a realidade, ainda que dura, percebe que tem responsabilidades e é parte activa na sua resolução. Faz-se um apelo à mobilização dos seus recursos internos (*locus* de controle interno), na dimensão pessoal (convicção pessoal de controlar a sua vida), procurando evitar que o doente centre o foco da sua atenção no exterior e nos outros (*locus* de controle externo), na dimensão social (os outros poderosos) e na dimensão impessoal (sorte, o acaso, o destino) (Kurita GP e Pimenta CM, 2004), ajudando-o a perceber as suas capacidades cognitivas, os recursos próprios, os apoios familiares, fazendo com que participe activamente na tomada de decisões, com implicação e responsabilidade (Durán C, 2003), como a melhor forma de lhe devolver o controle sobre si. A pessoa que sofre e aceita o seu sofrimento compreende e assume uma dimensão básica da vida humana. Além disso, essa experiência pode enriquecer a sua personalidade e torná-la mais madura, paciente, compreensiva com

os outros, aceitando seus defeitos e as suas limitações.

- Mudar/readaptar os seus valores pessoais
A experiência de doença e de sofrimento, particularmente daqueles que percebem a sua finitude, permite distinguir o essencial do acessório, ajuda a relativizar a importância de algumas actividades ou desejos. É frequente que os homens e mulheres que sofreram tenham uma consciência mais profunda e real de si mesmos e do que os rodeia, apresentam maior serenidade perante as dificuldades e são menos propensos à frivolidade, elegendo uma nova hierarquia de valores. No entanto, devemos salientar que no confronto com o sofrimento nem todos reagem de igual modo. Uns «envenenam-se», outros diminuem-se e um pequeno número engrandece (Gomez Sancho M, 1998a). Não depende do tipo de sofrimento, depende dos homens, são eles que se destroem ou se edificam (Albom M, 1997). É nessa diferença que a dignidade complementar se evidencia. O apelo é à interioridade e ao desenvolvimento pessoal de cada um. O doente deve ser conduzido nesta reflexão e neste trajecto adaptativo.
- Encontrar/dar-lhe um sentido
Qualquer pessoa, a dado momento, questiona qual o sentido da vida e da existência, mas a vivência de uma situação de profundo sofrimento torna-a mais apta para o fazer, obriga a parar e a questão surge com maior acuidade e profundidade.
Existem pessoas que, pela sua personalidade e atitude face à vida, se realizam apenas a trabalhar, a fazer, a produzir – *homo faber* – só aceitam duas categorias, o êxito e o fracasso. Sempre que alguma fatalidade ou acontecimento o impeça de fazer alguma coisa, que inviabilize o seu projecto vital, desespera face ao sofrimento, revolta-se com ódio e renuncia continuar a lutar e a viver. Não aceita o que está a suceder e, sobretudo, não retira proveito nenhum da

situação, perdendo a oportunidade de engrandecer. São doentes cuja ajuda se torna mais difícil, poderão atingir essa elevação espiritual, de modo mais lento e irregular. De outro lado, encontramos o *homo patiens*, aquele que persegue valores não apenas ligados à produção ou ao êxito, têm consciência de que pode realizar-se através de pequenas coisas, e até numa situação de fracasso e adversidade extrema. Deste modo, adapta-se a uma situação de doença e de dor com menor sofrimento.

Viktor Frankl esteve preso num campo concentração nazi e a propósito do sofrimento que lá viveu e observou, refere que a dor deve ser sempre eliminada, mas como existem «dores» que não se podem eliminar, sugere que se não podemos mudar a situação, então somos nós que devemos mudar a atitude face a ela, mudando o «próprio eu», crescendo e amadurecendo, tornando-se mais forte para viver o sofrimento com mais coragem e dignidade e preservando a sua liberdade *major*, a de poder decidir o melhor caminho (Frankl V, 1994; 2005).

Em síntese, preconiza-se uma atitude de total empenho na valorização do sofrimento e da qualidade de vida, como objecto de tratamento e de cuidados activos e organizados, com a clara necessidade de garantir um trabalho interdisciplinar, de conhecer o doente em profundidade, de o considerar como singular e de o atender numa perspectiva holística. Ajudá-lo num percurso espiritual, o de saber aceitar as perdas sucessivas, de hierarquizar os valores segundo outras premissas, de encontrar no sofrimento uma oportunidade de engrandecer e de (re)encontrar um sentido para a vida. Para tal, o enfermeiro, ou qualquer outro profissional de saúde, que pretenda envolver-se honestamente nesta ajuda tem de realizar idêntica reflexão interior.

Bibliografia

Albom M. As Terças com Morrie. Cascais: Ed. Sinais de Fogo; 1997.
 Bayés R. Psicología Oncológica - Prevencion y terapéutica del cáncer. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1991.
 Beal, JL. Approche non médicamenteuse de la douleur chronique. Disponível em: URL: http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/tt_non_med.htm (acedido em 17-02-2003).
 Bernardo M. Introdução. Portela JL, Neto IG. Dor Crónica e Cuidados Paliativos. Lisboa: Permanyer Portugal; 1999.
 Bounon L. Historique et Emergence du Concept de Soins Palliatifs. Disponível em: URL: http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/historique_lb.htm (acedido em 18-01-2001).
 Cassell EJ. The Nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med Mar 18 1982;306(11):639-45.
 Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. Ann Intr Med 1999;131:531-4.
 Cassell EJ. Consent or Obedience? Power and Authority in Medicine. New Engl J 2005;352:328-30.
 Català L, Aliaga L. Manual de Tratamineto del Dolor. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2003..
 DGS. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direcção Geral de Saúde; 2004.
 Diamond AW, Conian SW. Controlo da Dor Crónica. Lisboa: Climepsi Editores; 1999.
 Dias MR, Durá E. Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.

Doyle D, Hanks, Macdonald N. Oxford Textbook Palliative Medicine. 2.ª ed. Oxford University Press; 1998.
 Durán C, et al. Abordage psicossocial del dolor crónico. Em: Català L, Aliaga L. Manual de Tratamineto del Dolor. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2003. p. 27-36.
 Ferrell BR, Coyle N. Textbook of Palliative Nursing 2.ª ed. New York: Oxford University Press; 2006.
 Frankl V. O Homem em busca de sentido. 12.ª ed. Barcelona: Ed Herder; 1979.
 Frankl V. El Hombre Doliente, Fundamentos antropológicos de la psicoterapia. Barcelona: Ed. Herder; 1994.
 Frankl V. Em busca de sentido. Um psicólogo no campo de concentração. 21.ª ed. Petrópolis: Ed Vozes; 2005.
 Fundación Víctor Grifols i Lucas. Los Fines de la medicina [cuadernos de la Fundación]. Barcelona; 2004.
 Gómez-Batiste X, et al. Cuidados Paliativos en Oncología. Barcelona: Editorial JIMS; 1996.
 Gómez Sancho M. Dolor y Sufrimiento. El Problema del Sentido. Em: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos terminales. Vol. II. Las Palmas: ICEPSS Editores; 1998. p. 483-96.
 Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos terminales. Vol. II. Las Palmas: ICEPSS Editores; 1998.
 Gonçalves E, Pires C. Controlo de outros Sintomas. Em: Portela JL, Neto IG. Dor Crónica e Cuidados Paliativos. Lisboa: Permanyer Portugal; 1999.
 Gonçalves F. Cuidados Paliativos em Oncologia. Arquivos de Medicina 1999;12(3).
 Gonçalves F. Dor Oncológica. Em: Portela JL, Neto IG. Dor Crónica e Cuidados Paliativos. Lisboa: Permanyer Portugal; 1999.
 Gonzalez Barón M, et al. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 1996.
 Gonzalez Barón M, Ordoñez Gallego A. Dolor y cáncer - hacia una oncología sin dolor. Madrid: Ed Panamericana; 2003.
 Gonzalez Barón S. Emoción y dolor: bases neurofisiológica. Em: Gonzalez Barón M, Ordoñez Gallego A. Dolor y cáncer-hacia una oncología sin dolor. Madrid: Ed. Panamericana; 2003.
 Jacox A, et al. Manejo del Dolor por Cáncer – Guía Clínica Práctica n.º 9. Disponível em: URL: <http://www.mywhatever.com/cifwriter/conteud/48/download/introducion/pdf>: AHCPR publication. (acedido em 17/02/2003).
 Jimenez Jimenez C. Ciencias Psicossociales Aplicadas a la Salud – antropología, sociología y psicología de la salud. 2.ª ed. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2001.
 Justo JM. Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. Em: Dias MR, Durá E. Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi Editores; 2002. p. 51-73.
 Kurita GP, Pimenta CM. Adesão ao tratamento da dor crónica e o Locus de Controle em Saúde. Rev Esc Enferm USP 2004;38(3):254-61.
 López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1997.
 Marques AL, Portela JL. Dor Oncológica. Em: Portela JL, Aliaga L. Dor Crónica Rebelde. Lisboa: Permanyer Portugal; 1994.
 Morris D. Perspectives on pain-related suffering: general discussion. Advances in Mind-Body Medicine 1998;14(3):198.
 Morris DB. Doença e cultura na era pós-moderna. Lisboa: Instituto Piaget; 2000.
 Neto IG. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. Em: Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. Ed. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006.
 Pasquali L, et al. Escala de Locus de controle ELCO/Telebrás. Rev Uni Federal Rio Grande do Sul; 2001.
 Péssini L. Distanásia, Até quando prolongar a vida? São Paulo: Ed. Loyola; 2001.
 Péssini L. Humanização da dor e sofrimentos no contexto hospitalar. Disponível em: URL: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf> (acedido em 20/10/2006).
 Pincombe J, et al. No Time for Dying: a study of the care of dying patients in two acute care Australian Hospitals. Journal of Palliative Care 2003; 19(2):77-86.
 Porta J Gómez-Batiste X, Tuca A. Control de sintomas en pacientes com câncer avanzado y terminal. Madrid: Ed. Aran; 2004
 Ribeiro C. Em torno do conceito Locus de Controle. Rev Mathésis 2000;9:297-314.
 Russo C, Brose WG. Chronic Pain. Annu Rev 1998;49:123-33.
 Soares VA, Figueiredo M. Dor: A Hidra de Sete Cabeças. Rev Port de Psicossomática 2001;3(2):159-84.
 Silva RCF, Hortale VA. Cuidados Paliativos Oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área [revisão sistemática]. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro 2006;22(10):2055-66.
 Twycross R. Cuidados Paliativos. 2.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
 Twycross R. Medicina Paliativa: Filosofia y Consideraciones Éticas. Acta Bioética. Disponível em: URL: <http://newweb.www.paho.org/Spansish/BIO/acta1.pdf> (acedido em 22/03/2006).
 World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines 2.ª ed. Geneva: WHO; 2002.

Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo

Ananda Fernandes

Resumo

Os recém-nascidos (RN) que nascem prematuramente ou com doença são admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais logo após o nascimento. Os cuidados intensivos que lhes são proporcionados incluem com frequência procedimentos diagnósticos e terapêuticos que provocam *stress* e dor. Quanto mais pequenos e mais frágeis, maior é o número de procedimentos a que são sujeitos.

A capacidade dos recém-nascidos pré-termo experienciarem a dor após dano tecidual tem sido evidenciada em estudos clínicos e com animais.

Nesta revisão, são abordadas as respostas imediatas e as consequências a longo prazo da dor neonatal, cujo conhecimento é útil para fundamentar a necessidade de estudar e implementar estratégias efectivas para controlar a dor nesta população vulnerável.

Palavras-chave: Dor neonatal. Recém-nascido pré-termo. Procedimentos dolorosos.

Abstract

Neonates born prematurely or ill are admitted to Neonatal Intensive Care Units soon after birth. The intensive care they are provided with includes many procedures that are distressing and painful. The number of these procedures is higher the smaller and sicker the infant.

The developmental capacity of preterm neonates to experience pain after tissue injury has been demonstrated through animal and clinical studies.

Our aim is to review the short and long-term consequences of pain in early life, which support the need to further explore and implement effective pain management strategies. (DOR 2007;15(1):22-6)

Corresponding author: Ananda Fernandes, amfernandes@esenfc.pt

Key words: Neonatal pain. Preterm newborn. Painful procedure.

Introdução

Os recursos tecnológicos permitem hoje, nos países industrializados, o tratamento com sucesso de RN de muito baixo e de extremo baixo peso (peso de nascimento < 1.500 e < 1.000 gramas, respectivamente).

O limite da viabilidade (idade gestacional em que sobrevivem mais de 50%) tem vindo a diminuir progressivamente, situando-se em Portugal, no ano 2000, nas 26 semanas, apesar de se encontrarem nas Unidades Neonatais bebés com 24 semanas e menos¹.

Numa época em que a sobrevivência já é razoavelmente conseguida com o atendimento das

necessidades físicas – temperatura, respiração, nutrição – as atenções têm-se voltado para a diminuição das sequelas resultantes do nascimento prematuro e para a preservação do potencial de desenvolvimento destas crianças.

Os bebés pré-termo constituem um grupo particularmente vulnerável, dado que se encontram numa fase crítica do desenvolvimento cerebral e dado que o ambiente cada vez mais intensivo das unidades neonatais os sujeita a inúmeras situações de *stress*. A abordagem destes bebés exige a compreensão das suas características desenvolvimentais.

O modelo da organização sinactiva do desenvolvimento comportamental, proposto por Als H em 1983², considera que o bebé pré-termo não deve ser olhado como um bebé de termo inacabado, prematuro, e sim como um ser que, em cada fase do desenvolvimento, tem todo o potencial para se tornar um bebé como os outros. Ele está equipado e é competente, de acordo com a sua idade, para realizar as tarefas de

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Mestre em Ciências de Enfermagem
Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Portugal
E-mail: amfernandes@esenfc.pt

desenvolvimento e funcionar no seu meio mas, por ter nascido antes do tempo, está fora do ambiente que lhe é favorável. Neste modelo, o desenvolvimento fetal e neonatal faz-se de dentro para fora, em cinco subsistemas cujo início é sequencial, e os quais interagem permanentemente entre si e com o ambiente. No centro está o sistema autónomo, que assegura as funções vitais; à sua volta está o sistema motor, que se vai diferenciando progressivamente. O terceiro sistema é de organização de estado, responsável pelos diversos estados comportamentais desde o sono até à vigília. A seguir desenvolve-se o sistema interactivo e, finalmente, o subsistema que atravessa todos os outros, o sistema de auto-regulação. A diferenciação de cada sistema depende da estabilidade do anterior: um pré-termo instável do ponto de vista hemodinâmico e respiratório é um bebé que coordena mal os movimentos, que está quase sempre a dormir um sono superficial e facilmente perturbável, que não interage nem se consegue auto-regular. Quanto mais pré-termo, mais centrado está o recém-nascido na estabilização e diferenciação dos sistemas mais internos – autónomo, motor – e só progressivamente vai sendo capaz de realizar as tarefas de desenvolvimento subsequentes – transição de estado, interacção e auto-regulação. A energia que utiliza na adaptação ao ambiente extra-uterino, que lhe é desfavorável, é subtraída ao seu crescimento e desenvolvimento.

Os modelos de referência para os cuidados de enfermagem em neonatologia têm enfatizado o atendimento não apenas das necessidades físicas do bebé, mas também emocionais, ao mesmo tempo que salientam os cuidados centrados na família³. As necessidades emocionais dos recém-nascidos a ter em consideração são: estar seguro, num ambiente adequado em temperatura, luz e ruído; estar confortável e sem dor; desenvolver-se, crescendo e aprendendo; comunicar, exprimindo as suas necessidades, o seu *stress* ou o seu bem-estar; repousar e dormir; e, quando a recuperação não é possível, morrer com dignidade, com o máximo conforto e a atenção dos pais.

Epidemiologia da dor neonatal

Os recém-nascidos (RN) que nascem prematuramente ou com doença são geralmente admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais logo após o nascimento. Os cuidados intensivos que lhes são proporcionados incluem com frequência, além dos cuidados de manutenção, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que provocam *stress* e dor.

O ambiente das unidades constitui uma primeira fonte de *stress* devido ao excesso de luz e de ruído. Os cuidados diários de manutenção e vigilância destes bebés implicam a sua manipulação para observação, posicionamento ade-

quado, pesagem, cuidados de higiene, mudança de fralda, remoção de adesivos e eléctrodos, entre outros. O diagnóstico e o controlo do tratamento podem requerer colheitas de sangue frequentes, bem como punções lombares ou vesicais. O tratamento pode envolver a ventilação assistida, com a introdução e manutenção de um tubo endotraqueal, a aspiração nasofaríngea, a introdução e manutenção de sonda nasogástrica, a colocação de cateteres centrais por via umbilical ou percutânea, as punções venosas, a colocação de dreno pleural, o tratamento de suturas e feridas.

Há mais de 20 anos atrás, começou a ser chamada a atenção para o excesso de manipulação a que eram sujeitos os bebés nas unidades neonatais⁴, susceptível de comprometer o seu desenvolvimento. Desde então, foram sendo introduzidos nas unidades protocolos de manipulação mínima para os bebés mais frágeis, acompanhados por um esforço notável para reduzir o *stress* causado pelo ambiente e pelos cuidados, promovendo condições mais favoráveis ao desenvolvimento. Apesar disso, mesmo quando limitados ao indispensável, a manipulação, a monitorização, os procedimentos invasivos e os tratamentos dolorosos não podem ser totalmente evitados. A frequência actual destes procedimentos não é conhecida em Portugal, mas estudos efectuados na Europa e no Canadá em RN com idade gestacional (IG) igual ou superior a 23 semanas indicam que quanto mais pequenos e mais doentes os bebés, maior o número de procedimentos efectuados⁵⁻⁸. Um recém-nascido com 23 semanas IG (560 g) chegou a ser submetido a 488 procedimentos invasivos durante o internamento⁵. O mesmo estudo identificou 3.283 procedimentos invasivos durante a estada de 54 bebés admitidos consecutivamente numa unidade neonatal, sem contudo referir a duração do internamento. Johnston CC, et al.⁶ obtiveram um registo de 2.134 procedimentos invasivos em 239 RN internados em 16 unidades canadianas no decurso de uma semana. No primeiro dia de internamento, a frequência dos procedimentos é significativamente mais elevada do que nos restantes⁸, o que não é alheio à necessidade de estabelecer o diagnóstico e de estabilizar os bebés do ponto de vista respiratório e hemodinâmico.

A incidência dos diversos procedimentos é muito variável, sendo a picada do calcanhar um procedimento muito frequente, representando 60,82% no estudo de Johnston CC, et al.⁶, 56% no de Barker DFP e Rutter N⁵, e 7,1% no de Simons SHP, et al.⁸. A aspiração endotraqueal e nasofaríngea é também muito frequente.

A diversidade dos procedimentos considerados e das medidas utilizadas torna difícil uma análise global destes estudos, mas permite concluir que o número médio de procedimentos, uns mais dolorosos do que outros, por recém-nascido e por dia é muito elevado, expondo estes

bebés ao *stress* e à dor com uma frequência excessiva como é, de resto, confirmado na recente metanálise de D'Apolito KC⁹.

Além da dor aguda causada pelos procedimentos, há uma variedade de situações que são acompanhadas de dor prolongada, como é o caso da enterocolite necrosante, da sépsis, da ventilação assistida durante longos períodos. Algumas unidades realizam cirurgias como a ligadura do canal arterial e recebem recém-nascidos no pós-operatório de cirurgia cardíaca, ressecção intestinal, reparação de fístulas e outros problemas cirúrgicos.

A análise de literatura publicada nos últimos dez anos mostra uma diferença significativa nas práticas de controlo da dor nas unidades neonatais⁶⁻¹⁰, em relação à década de 80, sobretudo após a cirurgia, mas revela que o controlo da dor aguda e da dor prolongada está ainda aquém das recomendações nacionais e internacionais¹¹⁻¹⁵.

Fora das unidades neonatais, a dor no recém-nascido de termo ocorre sobretudo nas situações de traumatismo obstétrico, não invulgares. Hugues CA, et al.¹⁶ apontam uma prevalência de 9,5/1.000 para os traumatismos da cabeça e pescoço, dos quais se destacam o cefalo-hematoma (56,6% na série estudada) e as lacerações faciais (12%). A prevalência da dor, a sua intensidade e evolução e o controlo da dor nestes bebés não têm, contudo, merecido a atenção de clínicos e investigadores, a ajuizar pela escassez das referências encontradas na bibliografia.

A capacidade de ter dor

Embora a definição de dor da Associação Internacional para o Estudo da Dor como «experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão»¹⁷ subentenda a capacidade de auto-relato do sujeito, é hoje consensualmente aceite a proposta de Anand KJS e Craig KD¹⁸ de alargar esta definição a todos os que não verbalizam, nomeadamente aos recém-nascidos, através do reconhecimento das suas respostas não-verbais como formas de auto-relato e expressão da dor.

A sensação de dor não requer aprendizagem prévia e surge precocemente no processo de adaptação ontogenética com a finalidade de sinalizar uma lesão tecidual¹⁸ e a capacidade anatómica e funcional dos RN pré-termo responderem à lesão dos tecidos está demonstrada^{19,20}.

As vias anatómicas do sistema nervoso periférico estão funcionais cerca das 20 semanas IG. O número e tipo de nociceptores periféricos do feto humano entre as 20 e as 24 semanas IG é semelhante ao do adulto, tendo como consequência uma densidade mais elevada de nociceptores cutâneos. A incompleta mielinização das fibras A δ e C traduz-se apenas numa velocidade de condução mais lenta e não na ausência de condução. As fibras A β , responsáveis

pela transmissão do toque no adulto, parecem transmitir também informação nociceptiva durante o desenvolvimento fetal²⁰.

A nível medular, a ligação das vias de condução ascendentes ao tálamo e córtex sensorial parece estar estabelecida por volta das 22 a 24 semanas IG, a avaliar pelas respostas faciais de desagrado e autonómicas desencadeadas pela estimulação dolorosa. Em contrapartida, as vias descendentes de modulação da dor, embora presentes, não cumprem a sua função de inibição dos impulsos ascendentes, dada a baixa produção de neurotransmissores como a serotonina, dopamina e noradrenalina antes das 36 a 40 semanas IG. Assim, a evidência aponta no sentido de os recém-nascidos pré-termo experimentarem mais dor devido à imaturidade do seu sistema de controlo endógeno^{19,20}.

A nível supra-espinhal, os axónios tálamo-corticais, necessários para o processamento central da dor, observam-se entre as 20 e as 24 semanas IG, embora a sinaptogénese prossiga durante anos. A maturidade cortical é evidenciada pelos padrões do electroencefalograma, que se tornam aparentes às 20 semanas e síncronos bilateralmente às 27; pela distinção, nos traçados, entre o estado de sono e de vigília cerca das 30 semanas; e pela intensa actividade metabólica do córtex somatossensorial revelada pelo elevado consumo de glicose como resposta à luz, ao som e a outros estímulos ambientais¹⁹. A actividade cortical desencadeada por procedimentos dolorosos em bebés com 24 semanas IG foi também, recentemente, demonstrada²¹.

Apesar disso, tem sido enfatizado o papel das estruturas subcorticais na percepção da dor. As estruturas subcorticais e corticais do feto, anatómica e funcionalmente diferentes das estruturas cerebrais em fases mais adiantadas do desenvolvimento, estão envolvidas no processamento da dor, i.e., em cada fase do desenvolvimento são utilizadas no processamento da dor as estruturas que se encontram presentes²². Anand KJS²² prossegue esta ideia argumentando, acerca da consciência como requisito para a percepção sensorial e da existência de percepção consciente no feto, que os mecanismos da consciência não são exclusivamente corticais. Utiliza como exemplo a existência de consciência discriminativa em crianças com hidranencefalia, nas quais o córtex está quase ou totalmente ausente, e que são capazes, apesar disso, de distinguir pessoas conhecidas, de estabelecer interacção social e revelam orientação visual, preferências musicais e aprendizagem associativa.

Embora a questão da consciência do feto e do pretermo em idades muito baixas permaneça controversa, a percepção consciente parece ser mediada por vastas áreas subcorticais, que se desenvolvem mais precocemente do que o córtex e que poderão ser responsáveis pela percepção da dor, implicando que esta ocorra desde o segundo trimestre da gestação.

Consequências imediatas e a longo prazo da dor neonatal

As respostas imediatas à estimulação dolorosa têm sido estudadas em duas dimensões: comportamental – respostas motoras, comportamentos faciais, choro e estado comportamental – e fisiológica – resposta local inflamatória e respostas sistêmicas de *stress*.

O estudo das consequências a longo prazo tem-se debruçado sobre as modificações estruturais e funcionais do sistema nervoso periférico e central, particularmente sobre as alterações do desenvolvimento cerebral, e também sobre os padrões de resposta comportamental à dor e ao *stress* em idades subsequentes, eventualmente atribuíveis a essas alterações.

A investigação animal tem dado um enorme contributo para a compreensão das mudanças que ocorrem durante o neurodesenvolvimento, particularmente somatossensorial e motor, tendo como modelo o desenvolvimento cerebral do rato, considerado idêntico no primeiro dia de vida ao feto humano ou recém-nascido pré-termo de 24 semanas de gestação, no 7.º dia de vida ao recém-nascido de termo e no final da 3.ª semana ao adolescente²³.

Após a aplicação de um estímulo doloroso como a picada do calcanhar de um recém-nascido com uma lanceta, é possível observar uma resposta imediata de dor, que se caracteriza por uma resposta reflexa em flexão do membro atingido, acompanhada de choro, alteração da expressão facial e alterações cardiovasculares.

Localmente, a lesão dos tecidos desencadeia uma resposta inflamatória que persiste após a picada e que se traduz num aumento da sensibilidade local com hiperalgesia, i.e. em estimulações posteriores, o limiar de dor é mais baixo no membro sujeito anteriormente à picada ou a resposta mais vigorosa do que no membro contralateral intacto. Os tecidos circundantes tornam-se também mais sensíveis, podendo um estímulo não doloroso como o simples toque desencadear uma resposta de dor, designada por alodinia^{20,24}.

Paralelamente, são observáveis durante o procedimento doloroso alterações fisiológicas como o aumento da frequência cardíaca, a queda da saturação de oxigénio, o aumento da pressão arterial e da pressão intracraniana²³⁻²⁵. Apesar de não serem específicas de dor, estas respostas têm sido frequentemente utilizadas para medir a dor nos estudos clínicos com recém-nascidos. Esta destabilização hemodinâmica não abona a favor da conservação da energia desejável para o crescimento e desenvolvimento destes bebés. As variações bruscas do fluxo sanguíneo cerebral e da pressão intracraniana, por seu lado, também relacionadas com o choro, aumentam o risco de hemorragia intraventricular e da leucomalácia periventricular que eventualmente se lhe segue²³ e suas repercussões no desenvolvimento.

A exposição frequente à manipulação e à dor, associada à incapacidade de regulação do estado comportamental própria dos recém-nascidos abaixo das 32 semanas de gestação, dificulta a ocorrência de sono profundo assim como o estado de vigília calma, favorável à interacção e à aprendizagem².

Diversos factores parecem influenciar a amplitude das respostas imediatas de dor. Em idades menores, o limiar do reflexo de retirada, mesmo para estímulos não-nociceptivos, é mais baixo, produzindo uma flexão mais vigorosa e prolongada²⁴, enquanto a resposta facial é idêntica mas menos evidente, i.e. mais breve²⁶. As respostas de dor (mímica facial e choro) são influenciadas pela gravidade da doença e pelo estado comportamental aquando do procedimento²⁷. Os pré-termo de 32 semanas de idade corrigida (nascidos com 28 semanas) revelam menos maturidade nas respostas comportamentais de dor (mímica facial) e uma resposta fisiológica mais intensa (aumento da frequência cardíaca e queda da saturação de oxigénio), quando comparados com os pré-termo nascidos com 32 semanas, sugerindo o efeito nefasto da experiência neonatal²⁸. Também o número de procedimentos dolorosos anteriores parece estar correlacionado com as respostas comportamentais de dor^{28,29}.

Quanto à resposta de *stress*, a capacidade dos recém-nascidos encontra-se bem documentada³⁰. A produção de cortisol, catecolaminas, hormona de crescimento e glucagon após a cirurgia neonatal em recém-nascidos pré-termo, e a possibilidade de atenuar estas respostas através da analgesia, foi evidenciada há mais de duas décadas³¹. Os efeitos dessa resposta sobre o cérebro em rápido desenvolvimento começam agora a ser conhecidos^{30,32}. Enquanto a resposta de *stress* promove o funcionamento organizado do organismo para enfrentar uma ameaça, o prolongamento dessa resposta deve ser evitado pelos seus efeitos deletérios sobre as competências cognitivas, nomeadamente a memória e a atenção, as respostas emocionais e a reactividade posterior ao *stress*³⁰.

A activação excessiva de alguns circuitos cerebrais causada por experiências repetidas de dor, assim como a baixa estimulação de outros devido, por exemplo, ao isolamento e à separação materna, conduzindo ao aumento da apoptose em algumas áreas cerebrais, poderão ser responsáveis por perturbações neuropsiquiátricas e comportamentais na adolescência e idade adulta³² sendo esta, por enquanto, apenas uma hipótese teórica.

Os efeitos das experiências precoces de dor sobre a sensibilidade à dor a longo prazo têm merecido atenção nos últimos anos. O primeiro trabalho efectuado revelava que os pais de bebés com extremo baixo peso de nascimento (< 1.000 gramas) percepcionavam uma diminuição da sensibilidade à dor nos seus filhos ao 18 meses de idade³³. Trabalhos posteriores, clínicos e em ani-

mais, mostraram resultados contraditórios. O recente trabalho laboratorial de Hermann C, et al.³⁴, comparando crianças dos 9 aos 14 anos com e sem experiência de Cuidados Intensivos Neonatais, evidencia a existência de alterações da sensibilidade à dor que podendo não ser clinicamente significativas no presente poderão sê-lo mais tarde em situações de dor aguda ou crônica.

Implicações para os cuidados de enfermagem

A visão do recém-nascido pré-termo como um ser competente, numa fase crítica, a capacidade evidenciada pelos recém-nascidos de experienciar dor, a frequência de exposição dos recém-nascidos mais frágeis e doentes ao *stress* e a estímulos dolorosos, as consequências nefastas imediatas e longo prazo dessa exposição, demonstradas ou ainda hipotéticas, os modelos de referência para a prática de enfermagem obrigam a uma revisão constante das práticas dos profissionais que trabalham nas unidades neonatais.

O conhecimento dos factores que modificam as respostas imediatas (gravidade da doença, idade gestacional, estado comportamental, procedimentos anteriores) deve ser tido em conta ao utilizar essas respostas como medidas de dor, ao seleccionar escalas de avaliação da dor para uso diário e ao interpretar os resultados dessa avaliação.

A dor neonatal ocorre num contexto fértil em fontes de *stress*: excesso de estimulação ambiental, doença, tratamento intensivo e separação materna. A importância de conhecer melhor o peso relativo de cada um destes factores reside na possibilidade de desenhar melhor as estratégias de intervenção que permita controlá-los.

Enquanto isso, a descoberta de que muitos aspectos do desenvolvimento cerebral dependem da actividade, e nessa medida incorporam a experiência como parte da programação básica do cérebro em crescimento, i.e. a plasticidade do cérebro no período neonatal, sobretudo nos bebés pré-termo, reforça a responsabilidade dos profissionais em prosseguir os seus esforços para ajustarem o ambiente e às necessidades desenvolvimentais dos bebés, para promoverem activamente o contacto materno e para organizarem os cuidados reduzindo o *stress* e a dor.

Bibliografia

- VLBW Infants National Registry Group. VLBW Infants in Portugal: National Multicenter Study 1996-2000. Bial Award of Clinical Medicine; 2002.
- Als H, Bugtler S, Kosta S, McAnulty G. The assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): furthering the understanding and measurement of neuro developmental competence in preterm and full-term infants. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2005;11:94-102.
- Sparshott M. Pain, Distress and the Newborn Baby. Oxford: Blackwell Science; 1997.
- Murdoch DR, Darlow BA. Handling during neonatal intensive care. *Archives of Disease in Childhood* 1984;59:957-61.
- Barker DFP, Rutter N. Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 1995;72:F47-8.
- Johnston CC, Collinge JM, Henderson SJ, Anand KJ. A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in Canadian neonatal intensive care units. *Clinical Journal of Pain* 1997;13:308-12.
- Debillon T, Bureau V, Savagner C, Zupan-Simunek V, Carbarjal R. Pain Management in French neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica Scandinava* 2002;91:822-6.
- Simons SHP, van Dijk M, Anand KS, Roofthoof D, van Lingen RA, Tibboel D. Do We Still Hurt Newborn Babies? *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine: Fetal and Neonatal Edition* 2003;157:1058-64.
- D'Apolito KC. State of the science: procedural pain management in the neonate. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 2006;20:56-61.
- Harrison D, Loughnan P, Johnston L. Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *Journal of Pediatrics and Child Health*. January 2006;42(1-2):6-9.
- Rocha G, Proença E, Fernandes P, et al. Analgesia e Sedação. Em: *Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Consensos Nacionais em Neonatologia*. Setúbal: Angelini Farmacêutica; 2004. p. 45-51.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, Committee on Drugs, Section on Anesthesiology, Section on Surgery; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics* 2000;105(2):454-61.
- Anand KJS, International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2001;155:73-180.
- Anand KJS, Johnston CC, Oberlander TF, Taddio A, Lehr VT, Walco GA. Analgesia and Local Anesthesia During Invasive Procedures in the Neonate. *Clinical Therapeutics* 2005;27(6):844-76.
- The Royal Australasian College of Physicians. Guideline Statement: Management of Procedure-related Pain in Neonates. Sydney: Pediatrics & Child Health Division, RACP; 2005.
- Hughes CA, Harley EH, Milmoie G, Bala R, Martorella A. Birth Trauma in the Head and Neck. *Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1999;125:193-9.
- International Association for the Study of Pain Task Force on Taxonomy. IASP Pain Terminology. Em: Merskey H, Bogduk N, eds. *Classification of Chronic Pain*. 2.^a ed. Seattle: IASP Press; 1994. p. 209-14.
- Anand KJS, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain* 1996;67:3-6.
- Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The New England Journal of Medicine* 1987;317(21):1321-9.
- Hall RW, Anand KJS. Physiology of Pain and Stress in the Newborn. *NeoReviews* February 2005;6(2):61-8.
- Slater R, Cantarella A, Gallella S, Worley A, Boyd S, Meek J, et al. Cortical pain responses in human infants. *Journal of Neurosciences* 2006;26:3662-6.
- Anand KJS. Fetal Pain? *Pain Clinical Updates* 2006;XIV(2).
- Hall RW, Anand KJS. Short- and Long-term Impact of Neonatal Pain and Stress. *NeoReviews* 2005;6(2):69-75.
- Fitzgerald M, Howard RF. The neurobiologic Basis of Pediatric Pain. Em: Schechter NL, Berde CB, Yaster M, eds. *Pain in Infants, Children and Adolescents*. 2.^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2002. p. 19-42.
- Stevens BJ, Johnston CC. Physiological Responses of Premature Infants to a Painful Stimulus. *Nursing Research* 1994;43(4):226-31.
- Johnston CC, Stevens B, Craig KD, Grunau RVE. Developmental changes in pain expression in premature, full-term, two- and four-month-old infants. *Pain* 1993;52:201-8.
- Stevens B, Johnston CC, Horton L. Factors that influence the behavioral pain responses of premature infants. *Pain* 1994;12:13-22.
- Johnston CC, Stevens B. Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response. *Pediatrics* 1996;98:925-30.
- Taddio A, Shah V, Gilbert-MacLeod C, Kitz K. Conditioning and Hyperalgesia in Newborns Exposed to Repeated Heel Lances. *JAMA* 2002;288(7):857-61.
- Grunnar MR, Barr RG. Stress, Early Brain Development, and Behavior. *Infants and Young Children* July 1998;11(1):1-14.
- Anand KJS, Sippell WG, Aynsley-Green A. Randomized trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *The Lancet* 1987;31:243-8.
- Anand KJS, Scalzo FM. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biology of the Neonate* 2000;77(2):69-82.
- Grunau RV, Whitfield MF, Petrie JH. Pain sensitivity and temperament in extremely low-birth weight premature toddlers and preterm and full-term controls. *Pain* 1994;58(3):341-6.
- Hermann C, Hohmeister J, Demiracka S, Zohsel K, Flor H. Long-term alteration of pain sensitivity in school-aged children with early pain experiences. *Pain* 2006;125(3):278-85.

Factores de Risco para um Controlo Inadequado da Dor em Pediatria

Luís Manuel Cunha Batalha

Resumo

A percepção, resposta, avaliação e tratamento da dor são modificadas por inúmeros factores biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais que mútua e simultaneamente podem influenciar positiva ou negativamente a experiência da dor. Entre os muitos factores que podem contribuir para um controlo inadequado da dor em pediatria, desconhecíamos aqueles que isoladamente ou em conjunto mais contribuíam para tal.

Com o objectivo de identificar os factores que contribuem para um controlo inadequado da dor da criança e adolescente hospitalizado, desenvolvemos, durante um ano, um estudo descritivo transversal em que se recolheram dados relativos a crianças e adolescentes com menos de 18 anos internados num hospital universitário, seleccionados por amostragem de conveniência com base na observação, entrevistas e consulta do processo clínico.

As 4.355 observações realizadas revelaram que 56% das crianças e adolescentes apresentava dor e 22% um controlo inadequado. As avaliações diárias da intensidade da dor foram escassas e nas últimas oito horas pelo menos metade das crianças e adolescentes foram alvo de duas intervenções não-farmacológicas e a cerca de ¼ administrado o paracetamol. O risco de um controlo inadequado da dor estava associado à menor idade, ao internamento fora do Departamento de Pediatria, aos turnos de trabalho da tarde e noite, ao aumento do número de intervenções dolorosas, aos primeiros dias de pós-operatório, ao aumento do número de intervenções não-farmacológicas e à administração de analgésicos.

Esta investigação aponta para que o problema do subtratamento da dor em pediatria continua a ser uma realidade e que a avaliação da intensidade da dor é escassa e não orienta o tratamento. Conclui-se que os profissionais de saúde devem implementar acções preventivas e/ou correctivas ao nível da organização do contexto de trabalho, gestão dos cuidados e sensibilização/formação em contexto de trabalho, tendo em conta os factores identificados associados ao controlo inadequado da dor.

Palavras-chave: Dor. Avaliação. Tratamento. Criança. Risco. Pediatria.

Abstract

The perception, response, evaluation and treatment of pain are modified by a number of biological, cognitive, psychological and socio-cultural factors that mutual and simultaneously can positive- or negatively influence the experience of pain. Among the many factors that can contribute for an inadequate control of pain in paediatrics we were unaware of those that separately or jointly were more relevant. With the objective of identifying the factors that contribute for an inadequate control of pain in hospitalized children and adolescents we developed, during one year, a descriptive transversal study in which we collected data about children and adolescents less than 18 years old admitted to a university hospital, chosen through a convenience sample on the basis of observation, interviews and consultation of the clinical file.

The 4355 observations have disclosed that 56% of the children and adolescents presented pain and 22% had an inadequate control. The daily evaluations of the intensity of pain were scarce and in the last eight hours at least half of the children and adolescents had been submitted to two non-pharmacological interventions and about ¼ were given acetaminophen. The risk of an inadequate pain control was associated with smaller

age, admission outside the Pediatric Department, the afternoon and night shifts, the increase of the number of painful interventions, the first days of postoperative, the increase of the number of non-pharmacological interventions and the administration of analgesics.

This study points out that the undertreatment of pain in paediatrics continues to be a reality and that the evaluation of the intensity of pain is scarce and does not guide the treatment. We may conclude that health professionals must implement preventive and/or corrective actions to the organization of the work context, management of the care and in-service sensitization/education, taking into account the identified factors associated to the inadequate control of pain. (DOR 2007;15(1):27-36)

Corresponding author: Luís Manuel Cunha Batalha, batalha@esebb.pt

Key words: Pain assessment. Pain management. Child. Risk. Paediatrics.

Introdução

Razões humanitárias bastariam para justificar a prevenção e tratamento da dor¹. Contudo, os efeitos da dor não são inócuos no desenvolvimento da criança. A resposta de *stress* a ela associada provoca alterações fisiológicas (físicas, hormonais e metabólicas) e comportamentais que resultam num aumento da morbidade e mortalidade, perda de qualidade de vida e custos elevados para a sociedade²⁻⁴.

Actualmente, não restam dúvidas de que a criança sente dor e é mesmo hiperálgica em relação ao adulto^{2,5}, que existem consequências nefastas da dor^{6,7} e que não se conhecem argumentos científicos para crer que seja útil no plano médico^{2,8}. Bem pelo contrário, ela não é nem perfeita (não há uma relação directa entre gravidade da causa e dor sentida) nem fiável (aparece tardiamente em algumas doenças com longa evolução).

Em mais de 90% de todos os casos de dor é possível um tratamento eficaz, sendo a dor aguda tratável⁹. Avaliar, prevenir e tratar eficazmente a dor são uma competência e uma obrigação inerente às funções dos profissionais de saúde¹⁰, pelo que as dificuldades com que estes se deparam diariamente fazem parte dos obstáculos que têm obrigação de ultrapassar.

A qualidade dos cuidados mede-se, entre outros indicadores, através da avaliação e tratamento da dor. Por isso, integrados nas agências de acreditação dos Serviços de Saúde como a *Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organizations*, *Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé* (ANAES), *King's Fund Health Quality Services*, entre outras.

Actualmente sabe-se ainda muito pouco sobre a epidemiologia da dor em pediatria^{11,12}. A maioria dos estudos que se têm debruçado sobre a temática incide sobre patologias específicas e usam metodologias muito diversificadas, o que dificulta a interpretação e comparação dos resultados¹³.

Embora nos últimos anos o panorama seja menos sombrio, o subtratamento da dor pediátrica continua a ser amplamente reconhecido¹⁴⁻²². Es-

tima-se que a prevalência da dor nas crianças ronde os 20 a 49%, embora resultados acima dos 60% possam ser encontrados²². As razões desta evidência são em alguns aspectos pouco claras, dada a complexidade de inter-relações que factores relacionados com crianças, profissionais de saúde, organização dos cuidados e até da própria sociedade estabelecem entre si^{13,16}.

Apesar da maturidade estrutural e funcional ser alcançada muito cedo, ocorrem mudanças anatómicas e funcionais ao longo da vida, relacionadas com os efeitos das experiências dolorosas²³. Esta grande plasticidade neurofisiológica significa que a percepção e significado atribuído à dor são únicas em cada pessoa e não apenas determinadas pela maturação, mas influenciadas por muitos factores individuais e contextuais²³.

As investigações feitas na área da dor apoiam a sua conceptualização como um fenómeno multidimensional em interacção dinâmica e demonstram que cada pessoa possui uma singularidade própria na sua percepção e resposta, em função de inúmeras variáveis²⁴. A percepção, resposta, avaliação e tratamento da dor são modificadas por inúmeros factores biológicos, cognitivos, psicológicos e sócio-culturais que mútua e simultaneamente podem influenciar positiva ou negativamente a experiência da dor na criança. Entre os muitos que podem influenciar a dor sentida pela criança hospitalizada, desconhecemos aqueles que isoladamente ou em conjunto contribuem para um controlo inadequado da dor.

Assim, o presente estudo teve como objectivo identificar os factores que contribuem para um controlo inadequado da dor da criança hospitalizada. A sua identificação permite aos profissionais de saúde um melhor conhecimento da realidade e com base nessa informação implementar acções preventivas e/ou correctivas ao nível da organização do contexto de trabalho, gestão dos cuidados e sensibilização/formação em contexto de trabalho que contribuam para uma adequada prevenção e tratamento da dor.

Material e métodos

No estudo participaram crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos hospitalizadas entre Novembro de 2002 e Novembro de 2003 num Hospital Universitário. Tratou-se de um estudo descritivo transversal²⁵ com duração de um ano envolvendo 4.355 observações.

Foram critérios de exclusão: um tempo de hospitalização inferior a oito horas; estar sob efeito de medicação curarizante; ser portadoras de deficiência, patologia (cognitiva, sensorial, visual, motora e perturbação emocional grave) ou situação clínica que inviabilizou a utilização das escalas de avaliação da dor seleccionadas. Relacionado com este último critério, foram igualmente excluídos recém-nascidos (RN) prematuros com idade gestacional inferior a vinte e cinco semanas, as crianças com idades compreendidas entre o mês e os quatro anos em ventilação mecânica (intubadas) e com quatro ou mais anos todas aquelas que não compreenderam as instruções de uso das escalas de auto-avaliação.

O processo de selecção para recolha dos dados baseou-se num processo de amostragem de conveniência²⁵ que incidiu sobre todas as crianças e adolescentes internados nos dias em que o investigador estava disponível, sendo que um dos dias da semana foi fixo e coincidiu com as quintas-feiras.

Os dados foram obtidos de forma prospectiva por observação da criança com menos de quatro anos e entrevista acima desta idade, entrevista a pais e enfermeiros prestadores de cuidados e análise do processo clínico.

Os instrumentos requeridos para a recolha e registo dos dados foram as escalas de avaliação da intensidade da dor *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau Né (EDIN)*²⁶, *Objective Pain Scale (OPS)*²⁷, *Face Pain Scale – Revised (FPS-R)*^{28,29}, Escala Visual Analógica (EVA)³⁰ e uma grelha de protocolo de registo de dados com os seguintes elementos:

- Idade, género, data de nascimento, data de internamento, Serviço e data da última intervenção cirúrgica.
- Avaliação da dor: data e hora, escala, intensidade e número de avaliações registadas nas últimas vinte e quatro horas no processo clínico.
- Tipo e número de intervenções dolorosas a que a criança e adolescente foi submetido nas últimas oito horas.
- Cuidados prestados na prevenção e tratamento da dor nas últimas oito horas: não-farmacológicos (tipo e número) e farmacológicos (fármaco, dose, frequência de administração e via prescrita e dose administrada).

Considerámos como intervenções dolorosas todos os procedimentos passíveis de causarem dor⁵ e categorizados em:

- Intervenções cirúrgicas no Bloco Operatório.
- Intervenções no Serviço: pequena cirurgia (suturas, drenagens, e outros), procedimentos ortopédicos (reduções, imobilizações, e outros), biopsias percutâneas (medula, renal, hepática, e outros), pensos, acessos vasculares centrais/cateterismos.
- Inserção/retirada de sondas: intubação/ex-tubação endotraqueal, inserção de drenos, inserção/retirada de sondas (nasogástricas, vesicais e outras), aspiração de secreções, endoscopias e fibroscopias.
- Punções: punções lombares, punções venosas e arteriais, punções capilares, cateterização venosa periférica, injeções intramusculares, subcutâneas e intradérmicas.
- Tratamentos: quimioterapia, cinesioterapia, mobilizações, presença de drenos, sondas, máscaras, cateteres ou outros similares.

As intervenções não-farmacológicas constituem uma variedade de métodos usados pelos enfermeiros na prevenção e tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos e regularmente não exigem prescrição médica^{6,15,31}. As técnicas consideradas em cada um dos métodos mencionados foram:

- Físicas: massagem, aplicação de calor/frio e posicionamentos.
- Cognitivas: informação preparatória para os procedimentos.
- Comportamentais: relaxamento, reforço positivo, participação em procedimentos.
- Cognitivo-comportamentais: imaginação orientada e distração (brincar, ver televisão, ouvir música e outros).
- Emocionais: ensino aos pais para presença de qualidade, técnicas várias de conforto (pegar ao colo, balançar, colocar chupeta, afagar, amamentação, etc.) e administração de sacarose ou glicose.

O registo do número de avaliações da dor foi realizado em função das avaliações registadas de forma quantificada no processo clínico.

A intensidade da dor designa a pontuação que quantifica a dor expressa pela criança e adolescente através do uso de escalas. A dor foi medida: na EDIN numa escala discreta de zero a quinze pontos; na OPS numa escala discreta de zero a dez pontos; na FPS-R numa escala discreta de zero a dez pontos (0, 2, 4, 6, 8, 10); e na EVA numa escala contínua de zero a cem pontos (convertida em zero a dez). Para uma melhor descrição da intensidade da dor, esta foi categorizada com base nas recomendações da ANAES² em: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor muito intensa. Sendo consensual que a intensidade da dor a partir da qual se aconselha a intervenção farmacológica é uma dor moderada² e o facto de esta ser a fronteira para definir o critério de qualidade de cuidados que determina um tratamento adequado¹⁴, considerámos ainda as categorias pouca dor e dor. As crianças e adolescentes

Quadro 1. Correspondência entre as categorias da dor e a intensidade da dor de cada escala					
Intensidade da dor		EVA (cm)*	FPS-R*	OPS	EDIN
Pouca dor	Sem dor	0-1	0	0	0
	Ligeira	1-3	2	1-2	1-4
Dor	Moderada	3-5	4	3-4	5-8
	Intensa	5-7	6	5-6	9-12
	Muito intensa	7-10	8 ou 10	7-10	13-15
Intervenção terapêutica*		3/10	4/10	3/10	5/15

*Recomendação da ANAES².

com pouca dor foram as que se apresentaram sem dor ou com uma dor ligeira, sendo esta a meta a atingir para se obter um tratamento adequado da dor¹⁴. As crianças e adolescentes com dor foram as que manifestaram uma dor moderada, intensa ou muito intensa, necessitando de intervenção farmacológica para o seu tratamento e reflectindo um controlo inadequado da dor (Quadro 1).

A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]) versão 11.0 para o Windows.

A normalidade das distribuições foi analisada, tendo-se verificado que nenhuma assumia a normalidade. O estudo descritivo dos dados foi feito para as variáveis categóricas pelas frequências absolutas e relativas percentuais e para as variáveis contínuas através da mediana e limites mínimo e máximo. Para avaliar as associações dos riscos para um controlo inadequado da dor, usámos o modelo de regressão logística simples e múltipla e apresentado pelos *Odds Ratio* e intervalos de confiança a 95%.

Esta investigação teve o parecer favorável dos responsáveis pelo Serviço, Departamento, Conselho de Administração do Hospital e Comissão de Ética. Nas situações em que se identificou dor moderada, intensa ou muito intensa foi contactada a enfermeira responsável pelos cuidados.

Resultados

Ao longo de um ano de recolha de dados foram feitas 4.355 observações. As idades das crianças e adolescentes observados variaram entre o nascimento e os 211 meses (17,5 anos), com uma mediana de 46 meses. O sexo masculino predominou em relação ao sexo feminino – 2.496 (57%).

A maior parte das crianças esteve internada no Departamento de Pediatria – 3.737 (86%). O número de dias de internamento variou entre os 0 e os 694 dias com um valor mediano de cinco dias. Foram submetidas a cirurgia 1.911 (44%) crianças e adolescentes, estando pelo menos metade no dia em que foram recolhidos os da-

dos no terceiro dia de pós-operatório, havendo uma variação entre 0 e 56 dias.

Menos de metade das crianças e adolescentes (44%) não apresentavam qualquer dor no momento em que foram avaliadas. Das restantes, a maioria tinha uma dor ligeira (33%), sendo de salientar que cerca de 9% manifestou uma dor intensa ou muito intensa. Considerando que uma intensidade de dor igual ou abaixo de ligeira significa um controlo adequado, então 78% das crianças e adolescentes revelaram-no.

As avaliações da intensidade da dor feitas pelos enfermeiros variaram entre nenhuma e quatro vezes por dia, sendo que mais de metade das crianças e adolescentes não tinha nenhum registo de dor no seu processo clínico.

Os cuidados prestados nas últimas oito horas para prevenir e tratar a dor revelou que foram utilizadas entre 0 e 19 intervenções não-farmacológicas com um valor mediano de duas intervenções e como fármacos mais administrados o paracetamol (19%), paracetamol e morfina (6%) (Quadro 2).

O modelo de regressão logística sem e com ajuste construído associa o grau da dor da criança (com pouca dor ou com dor) às variáveis número de intervenções não-farmacológicas, número de intervenções dolorosas, administração de analgésicos, sedativos e anestésicos locais, número das avaliações da dor, idade e género da criança e adolescente, departamento de internamento, dias de internamento, intervenção cirúrgica, dias de pós-operatório e hora do dia. Este modelo permite-nos uma análise em relação ao critério que indica qualidade de cuidados na prevenção e tratamento da dor, ou seja uma intensidade abaixo da necessidade de intervenção farmacológica (pouca dor). Este critério é citado em vários estudos como a meta a atingir pelos profissionais de saúde na prevenção e tratamento da dor¹⁴.

Ao observarmos os resultados, verificamos que das características idade e género só a idade se mostrou relevante no modelo, diminuindo a dor por cada mês de idade da criança (OR** 0,995). O género feminino apresenta maior

Quadro 2. Dados demográficos e clínicos	
Dados demográficos e clínicos (n = 4.355)	
Idade (meses); mediana (mínimo-máximo)	46 (0-211)
Género masculino; n.º (%)	2.496 (57)
Departamento de Pediatria n.º (%)	3.737 (86)
Dias de internamento; mediana (mínimo-máximo)	5 (0-694)
Submetido a intervenção cirúrgica; n.º (%)	1.911 (44)
Dias após cirurgia; mediana (mínimo-máximo)	3 (0-56)
Número de intervenções dolorosas; mediana (mínimo-máximo)	2 (0-15)
Intensidade da dor	
– Sem dor	1.937 (44)
– Ligeira	1.425 (33)
– Moderada	587 (13)
– Intensa	263 (6)
– Muito intensa	143 (3)
Número de avaliações da dor; mediana (mínimo-máximo)	0 (0-4)
Número de intervenções não-farmacológicas; mediana (mínimo-máximo)	2 (0-19)
Analgésicos administrados; n.º (%)	
– Propacetamol	811 (19)
– Paracetamol	283 (6)
– Morfina	282 (6)
– Midazolam	133 (3)
– Ibuprofeno	122 (3)
– Meperidina	82 (2)
– Fentanil	34 (1)
– EMLA®	27 (1)
– Diazepam	15 (0)
– Tramadol	9 (0)
Hora da avaliação da dor; n.º (%)	
– Manhã (8-15 horas)	780 (18)
– Tarde (15-22 horas)	1.930 (43)
– Noite (22-8 horas)	1.717 (39)

risco de manifestar dor, mas sem diferença estatisticamente significativa para o género oposto (OR* 1,131; IC 95% 0,980-1,304).

As crianças e adolescentes internadas fora do Departamento de Pediatria revelam $\approx 1,4$ vezes mais risco de ter dor que as internadas dentro do Departamento, sendo ainda maior quando ajustado ($\approx 1,6$ vezes).

O número de dias de internamento não teve influência no modelo, mas sem ajuste indicou que a cada dia que passa a dor vai diminuindo (OR* 0,992).

A hora do dia revelou ser um factor preditivo da dor. Tendo como referência o turno da noite, durante a tarde as crianças manifestam menos dor (OR* 0,729 e OR** 0,621), e ainda menos, durante a manhã (OR* 0,533 e OR** 0,348). O ajustamento ao modelo revelou uma diminuição ainda mais acentuada.

O número de intervenções dolorosas decorrentes do tratamento ou acções diagnosticas a que as crianças foram submetidas nas últimas oito horas revelou um aumento da dor por

cada intervenção dolorosa (OR* 1,149 e OR** 1,094).

A circunstância da criança ser ou não submetida a intervenção cirúrgica mostrou que as intervenções têm um risco superior de manifestarem dor de $\approx 1,4$ vezes. No modelo esta variável não se mostrou relevante. Por cada dia passado após a cirurgia a dor diminuiu (OR* 0,944 e OR** 0,959).

Por cada avaliação da dor registada no processo clínico o risco da dor diminuiu, embora de forma não estatisticamente significativa (OR* 0,918; IC 95% 0,691-1,219).

O número de intervenções não-farmacológicas realizadas foi preditivo de um maior risco da dor (OR* 1,202 e OR** 1,102).

A administração de analgésicos paradoxalmente associou-se a um maior risco das crianças terem dor. Entre os não-opioides, o risco das crianças terem dor foi superior naqueles a quem foi administrado propacetamol $\approx 3,4$ vezes, o paracetamol $\approx 2,5$ vezes e o ibuprofeno ≈ 2 vezes. Quando ajustado o risco continuou

a ser elevado com especial incidência no ibuprofeno (OR** 4,696).

Dos analgésicos opióides a administração do tramadol foi o que mais se associou a um risco de dor (OR* 11,927 e OR** 6,167). Seguiu-se a meperidina com um risco de $\approx 6,8$ vezes superior em relação aos que não receberam meperidina, continuando o risco a ser elevado mesmo quando ajustado no modelo em $\approx 5,7$ vezes. As crianças e adolescentes a quem foi administrado fentanil manifestam um risco $\approx 4,4$ vezes superior de sofrerem dor, aumentando o risco quando ajustado (OR* 7,728). A administração de morfina foi entre os opióides o que apresentou menor risco das crianças e adolescentes terem dor, mas mesmo assim, a quem foi administrado revelou um risco três vezes superior de dor (OR* 3,083 e OR** 2,221).

Dos sedativos a administração de diazepam foi aparentemente um factor preditivo para a dor, mas de forma não estatisticamente significativa (OR* 1,182; IC 95% 0,333-4,197). Pelo contrário, a administração do midazolam revelou ser um factor de risco (OR* 2,633). Ambos não se revelaram relevantes quando ajustados no modelo.

As crianças e adolescentes a quem foi aplicado EMLA® (*Eutectic Mixture of Local Anesthetics*) exibem o dobro do risco de terem dor em relação às que não aplicaram, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (OR* 2,002; IC 95% 0,914-4,386) (Quadro 3).

Discussão

Das 4.355 observações realizadas ao longo de um ano de recolha de dados, a esmagadora maioria dos internamentos foram feitos em Serviços incluídos no Departamento de Pediatria (internamentos em ambiente exclusivamente pediátrico). A maioria das crianças e adolescentes apresentava dor (56%), embora para cerca de um terço essa dor fosse ligeira. O controlo adequado da dor foi uma realidade para quase 4/5 das crianças e adolescentes (78%).

Quanto aos cuidados prestados, apurámos que muito poucas avaliações de dor foram registadas no processo clínico, mais de metade das crianças e adolescentes foram alvo de pelo menos duas intervenções não-farmacológicas a cada oito horas e a cerca de 1/4 administrado o paracetamol.

A análise dos factores de risco para um controlo inadequado da dor demonstrou que a dor diminui por cada mês de idade, o que confirma achados de outros estudos^{31,32} e o que a ciência já evidenciou^{5,7,23}. Ao contrário do que se tem acreditado e defendido, a prevenção e tratamento da dor nos mais novos deve ser alvo de atenção particular pela sua vulnerabilidade¹⁵⁻¹⁷.

Determinar as causas das crianças e adolescentes internados em Departamentos não Pediátricos apresentarem um risco acrescido de ter dor exige o desenvolvimento de futuros trabalhos,

uma vez que os contextos diferem de Serviço para Serviço. Os nossos resultados corroboram outros estudos¹⁴ pelo que será prudente que esta questão seja discutida em prol da saúde e qualidade de vida das crianças.

Os primeiros dias de internamento foram outro factor de risco para a dor. Na verdade, para se estabelecer um diagnóstico são necessários meios complementares de diagnóstico invasivos onde o tratamento da dor nem sempre é prioritário ou mesmo preventivo. Pode-se inclusivamente adiar a analgesia com o pretexto de se estabelecer um diagnóstico seguro, apesar de vários estudos desacreditarem esta prática². O medo e ansiedade de pais e criança são mais intensos nos primeiros dias em virtude de uma situação inesperada, ausência de diagnóstico, evolução dos tratamentos, tempo requerido para a adequação analgésica e situação clínica. Os profissionais de saúde devem saber que é nos primeiros dias que existe um maior risco e que a dor deve ser tratada desde o primeiro momento de forma preventiva. Caso contrário, as crianças e adolescentes apresentaram posteriormente mais dor (sensibilização central), mesmo quando empregues medidas de alívio eficazes¹⁷. Ainda nenhum estudo demonstrou qualquer vantagem em deixar evoluir uma dor².

Encontrámos uma associação entre a hora do dia e a probabilidade da criança ter menos dor durante o período da manhã e tarde. Alguns autores referem que a carga de trabalho, práticas correntes e as relações interprofissionais exercem influência sobre a prestação dos cuidados⁸. De facto, durante a manhã e parte do turno da tarde as crianças e adolescentes têm mais oportunidades de serem distraídas, de terem visitas, os pais presentes e até os próprios profissionais de saúde estão mais próximos, o que as ajuda a utilizarem estratégias de *coping* ou a que a sua dor seja mais facilmente identificada e tratada. Durante a noite, as alterações verificadas no ambiente como o isolamento, escuridão ou outras situações em que esteja presente o elemento privação sensorial aumentam o medo e a ansiedade, e consequentemente a percepção da dor²³.

O número de intervenções dolorosas a que as crianças foram submetidas associou-se ao risco de um controlo inadequado da dor. A curta duração e a frequência diária com que são realizados procedimentos como aspiração de secreções, punções, alguns pensos, a inserção ou retirada de sondas e drenos geram nos profissionais de saúde a convicção de que não há grande coisa a fazer ou que as manifestações da criança e adolescentes se devem a medo e não à dor. Todos estes procedimentos são actualmente passíveis de cuidados preventivos, como é por exemplo a aplicação de EMLA® para as punções ou as soluções orais açucaradas nos RN^{2,5,8}. Desde o primeiro momento que todos os cuidados dolorosos devem ser preveni-

Quadro 3. Modelo de regressão logística da associação entre o grau da dor e diversas variáveis

	Grau da dor		OR*	IC 95%	OR†	IC 95%
	Pouca dor (n = 3.362)	Dor (n = 993)				
Idade (em meses); med (min-max)†	45 (0-211)	53 (0- 85)	1,000	1,001; 1,003	0,995	0,994; 0,997
Género						
Masculino n (%)‡	1.950 (78)	546 (22)	1,000	–	–	–
Feminino n (%)	1.412 (76)	447 (24)	1,131	0,980; 1,304	–	–
Departamento de Pediatria						
Sim n (%)‡	2.922 (78)	815 (22)	1,000	–	1,000	–
Não n (%)	440 (71)	178 (29)	1,450	1,199; 1,755	1,597	1,157; 2,206
Número de dias de internamento; med (min-max)§	5 (0-694)	3 (0-320)	0,992	0,987; 0,997	–	–
Hora da avaliação da dor						
Noite n (%)‡	493 (70)	215 (30)	1,000	–	1,000	–
Tarde n (%)	1.566 (81)	364 (19)	0,729	0,600; 0,885	0,621	0,445; 0,867
Manhã n (%)	1.303 (76)	414 (24)	0,533	0,438; 0,649	0,490	0,348; 0,690
Número intervenções dolorosas; med (min-max)§	1 (0-15)	2 (0-13)	1,149	1,114; 1,185	1,094	1,031; 1,161
Intervenção cirúrgica						
Não n (%)‡	1.951 (80)	493 (20)	1,000	–	–	–
Sim n (%)	1.411 (74)	500 (26)	1,402	1,217; 1,616	–	–
Número de dias após cirurgia; med (min-max)§	4 (0-56)	2 (0-42)	0,944	0,925; 0,963	0,959	0,939; 0,979
Número de avaliações da dor; med (min-max)§	0 (0-3)	0 (0-4)	0,918	0,691; 1,219	–	–
Número intervenções não-farmacológicas; med (min-max)§	2 (0-12)	3 (0-20)	1,202	1,163; 1,242	1,102	1,039; 1,169
Administrou paracetamol						
Não n (%)‡	3.194 (78)	878 (22)	1,000	–	1,000	–
Sim n (%)	168 (59)	115 (41)	2,490	1,942; 3,193	2,682	1,723; 4,174
Administrou propacetamol						
Não n (%)‡	2.902 (82)	642 (18)	1,000	–	1,000	–
Sim n (%)	460 (57)	351 (43)	3,449	2,930; 4,060	3,295	2,567; 4,228
Administrou ibuprofeno						
Não n (%)‡	3.284 (78)	949 (22)	1,000	–	1,000	–
Sim n (%)	78 (64)	44 (36)	1,952	1,340; 2,845	4,696	2,403; 9,177
Administrou morfina						
Não n (%)‡	3.208 (79)	865 (21)	1,000	–	1,000	–
Sim n (%)	154 (55)	128 (45)	3,083	2,410; 3,943	2,221	1,521; 3,244
Administrou fentanil						
Não n (%)	3.347 (77)	974 (23)	1,000	–	1,000	–
Sim n (%)	15 (44)	19 (56)	4,353	2,204; 8,598	7,728	2,650; 22,539
Administrou meperidina						
Não n (%)‡	3.334 (78)	939 (22)	1,000	–	1,000	–
Sim n (%)	28 (34)	54 (66)	6,848	4,313; 10,870	5,660	3,113; 10,290
Administrou tramadol						
Não n (%)‡	3.360 (77)	986 (23)	1,000	–	1,000	–
Sim n (%)	2 (22)	7 (78)	11,927	2,474; 57,505	6,167	1,060; 35,862
Administrou diazepam						
Não n (%)‡	3.350 (77)	990 (23)	1,000	–	–	–
Sim n (%)	12 (80)	3 (20)	1,182	0,333; 4,197	–	–
Administrou midazolam						
Não n (%)‡	3.286 (78)	936 (22)	1,000	–	–	–
Sim n (%)	76 (57)	57 (43)	2,633	1,854; 3,740	–	–
Administrou EMLA®						
Não n (%)‡	3.345 (77)	983 (23)	1,000	–	–	–
Sim n (%)	17 (63)	10 (37)	2,002	0,914; 4,386	–	–

*Odds Ratio Simples

†Odds Ratio Ajustado

‡Categoria de referência

§Mediana, mínimo e máximo; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

dos para evitar a dor e a fobia a gestos semelhantes futuros². Os enfermeiros deveriam questionar-se sempre sobre³³:

- Porque se fazem os cuidados?
- Qual a intensidade e duração prevista para a dor e ansiedade?
- Quantas vezes deverá o gesto ser repetido?

Os profissionais de saúde devem reflectir mais sobre as dores que provocam quando cuidam. Os analgésicos nem sempre têm o poder mágico de atenuar todas as dores^{2,34,35}. Eles são eficazes nas dores relacionadas com as patologias ou intervenções médicas e/ou de enfermagem, mas a sua acção é muito relativa nas dores ditas de mobilização, ligadas aos materiais utilizados (sondas ou perfusões) e a gestos como a cine-sioterapia, aspiração traqueal, higiene, pensos, e outros³⁶. Seja qual for o tipo de dor é importante associar o tratamento farmacológico ao não-farmacológico e centrar os cuidados nas necessidades da criança e família, suas potencialidades, vivências e estratégias de *coping* e não a actos rotinizados ligados à organização dos Serviços³⁶. A prevenção e tratamento eficaz da dor exigem técnicas de cuidados delicados, escolha e uso de materiais pouco dolorosos e uma organização funcional dos Serviços em função de uma atitude preventiva em relação à dor.

A previsibilidade com que são realizados muitos actos médicos e/ou de enfermagem permite aos enfermeiros tempo para tomarem acções preventivas. Muitos justificam o não tratamento pela dificuldade em distinguir manifestações de dor, medo ou ansiedade ou até em atribuírem às expressões de dor a excessivos componentes emocionais (mimo, ausência dos pais e hostilidade do ambiente hospitalar). Mas, na prática pouco importa, pois fazem parte do fenómeno dor^{17,37} e tratando-se um tratam-se os outros.

O uso de medidas terapêuticas como a mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto, largamente utilizada desde 1961 em Inglaterra^{2,37}, EMLA[®] ou similar, soluções orais açucaradas e opióides fortes como a morfina e fentanil, sob as suas mais recentes formas de administração, devem ser tidas em conta para um uso mais frequente no tratamento da dor.

Independentemente de sabermos que as crianças submetidas a cirurgia irão ter dor, o tratamento a elas dispensado continua a demonstrar um maior risco em relação às não intervenções. Outros estudos têm comprovado esta realidade^{38,39}. Apesar dos avanços tecnológicos sofisticados no tratamento da dor pós-operatória, como a anestesia epidural e a *Patient-controlled analgesia/Nursing-controlled analgesia* ou *Parent-controlled analgesia*^{2,7,40,41} estas são ainda pouco utilizadas. Todavia, a dor pós-operatória é passível de tratamento com bons resultados mesmo sem o uso de técnicas avançadas¹⁶.

Hoje é unanimemente reconhecido que o correcto tratamento da dor exige uma avaliação

contínua da sua presença e gravidade como um 5.º sinal vital^{2,5,7,10,16}. As investigações que avaliaram o impacto das avaliações da dor no seu tratamento não são conclusivas⁴², embora se reconheça que mais analgésicos sejam administrados e menos dor seja sentida pela criança⁴⁷. Em Portugal, ainda são poucos os que se preocupam com uma avaliação sistemática da dor¹⁰, e nem sempre os profissionais de saúde estão suficientemente sensibilizados para interpretar de forma criteriosa as poucas avaliações que fazem. Talvez por essa razão, as avaliações da dor tenham muito pouca repercussão na redução da dor, ou então, a informação dada pela avaliação da dor não seja suficientemente valorizada no seio da equipa de saúde para mudar o seu comportamento em relação ao seu tratamento.

Em relação ao uso de estratégias não-farmacológicas apurámos que o número de intervenções utilizadas aumenta o risco da criança ter dor. Este achado aparentemente contraditório, explica-se pelo facto dos enfermeiros perante a ineficácia de uma primeira intervenção utilizarem outras, numa tentativa de controlar a dor. As intervenções não-farmacológicas são apenas úteis no tratamento da dor ligeira a moderada, como complemento das intervenções farmacológicas^{2,13,16,43}, e para serem eficazes, requerem uma escolha criteriosa da técnica mais adequada para cada caso⁴⁴. As pesquisas têm revelado que a eficácia aumenta quando se usam: intervenções psicológicas nas crianças com maior sensibilidade à dor; as suas estratégias de *coping*; informação adequada ao seu estágio de desenvolvimento cognitivo; e se previnem as experiências negativas da dor⁴⁹. Todas estas informações são obtidas, se o enfermeiro fizer uma cuidadosa história da dor^{15,45}, o que na prática não parece acontecer a avaliar pela análise dos registos feitos e do conhecimento que temos da problemática. Assim, o sucesso de muitas técnicas não-farmacológicas está condenado ao insucesso terapêutico⁴⁴, que os enfermeiros tentam compensar com o aumento do número de intervenções.

As crianças a partir dos cinco anos de idade referem a administração de um medicamento como o que mais as ajuda no alívio da dor⁴⁶. Na verdade, o tratamento farmacológico é usado em todas as dores independentemente da sua intensidade², embora seja vivamente recomendado para dores de intensidade igual ou maior que uma dor moderada². Com excepção do midazolam, diazepam e EMLA[®], toda a medicação administrada para o tratamento da dor, associou-se no modelo, a um risco acrescido da criança ter dor (controlo inadequado da dor). Esta constatação é aparentemente paradoxal, pois esperar-se-ia uma diminuição da dor em função da administração de analgésicos. Estes resultados parecem revelar que a maioria das crianças e adolescentes com dor são realmente identificadas, mas os tratamentos efectuados

não são suficientemente agressivos para tratar eficazmente a dor. Contribuem para esta situação a não administração regular dos analgésicos, os grandes intervalos de administração (desrespeito pela semivida do fármaco), as doses administradas inferiores às prescritas, a prescrição de doses baixas e ineficazes, o método de administração pouco adequado à intensidade da dor, a variabilidade individual na farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos, o desenvolvimento de tolerância aos opióides, a sensibilização central à dor da criança e o tratamento não dirigido à etiologia da dor^{16,17,22}.

O facto do risco de um controlo inadequado da dor aumentar em função do uso de opióides, para além de estar associado a situações seguramente graves, não é de descurar o papel do desenvolvimento da tolerância a estes fármacos ao longo do presente internamento ou de outros anteriores. Obter esta informação é vital para o prescritor, pois o desenvolvimento de tolerância aos opióides pode-se instalar rapidamente, requerendo doses mais elevadas para um alívio da dor^{7,22,40}. Também por esta razão, o tratamento deve ser orientado e ajustado de forma dinâmica em função da avaliação sistemática da intensidade da dor.

No que respeita à prevenção da dor através da utilização do creme EMLA[®], constatámos que este fármaco foi pouco utilizado, mas ainda menos vezes prescrito. O seu uso associou-se a um risco acrescido para a dor, embora de forma não estatisticamente significativa. Esta descoberta, confirma a nossa vivência hospitalar e já relatado em outro estudo, onde se concluiu que o discurso dos enfermeiros nem sempre corresponde ao praticado⁴⁷. Importa acrescentar, que como a recolha dos dados se reportou às últimas oito horas, a criança pode ter referido ou estar com dor no momento em que foi avaliada e ter feito EMLA[®] nas oito horas precedentes, sem sabermos se foi ou não eficaz para o fim a que foi administrado. Isso requeria uma avaliação da dor após o procedimento doloroso que não foi feito. Por outro lado, outros estudos serão necessários para verificar a veracidade do facto dos enfermeiros respeitarem ou não o intervalo mínimo aconselhado para um uso eficaz do EMLA[®].

O midazolam é um sedativo que ajuda a criança a relaxar, a reduzir a ansiedade e a provocar amnésia⁴⁸, sendo geralmente administrado para obter a cooperação da criança. Suprime as respostas comportamentais à dor, mas é desprovido de qualquer acção analgésica^{2,5,7,16,17,33,48}, pelo que não nos surpreende a sua associação de forma estatisticamente significativa com um maior risco da criança ter dor. Esta, quando tem capacidade de se expressar verbalmente, normalmente manifesta a sua dor quando questionada.

O presente estudo apresenta como limitações o facto de se tratar de uma investigação de base institucional em que foram avaliadas crianças e adolescentes internados num hospital com mui-

tos e variados Serviços, com ampla faixa etária (desde RN a adolescentes) e patologias muito diversas o que dificulta a análise em função destes critérios. A recolha de dados feita de forma não-aleatória e a necessidade de agir por questões éticas quando a dor não estava controlada poderá ter influenciado os resultados em posteriores observações das mesmas crianças e adolescentes quando o seu internamento foi prolongado.

Conclusões

Garantir a prevenção e o tratamento é uma exigência ética e moral que tem de ser assumida por todos os profissionais de saúde como forma de assegurar o bem-estar e o óptimo desenvolvimento das crianças e adolescentes^{10,23}. As estratégias envolvem acções interdisciplinares de âmbito farmacológico e não-farmacológico que variam em função de uma multiplicidade de factores desde a intensidade da dor, tipo, etiologia, previsibilidade de duração, contexto clínico, personalidade da criança, cooperação familiar, entre outros¹⁶.

Este estudo parece comprovar que o risco da criança e adolescente ter um controlo inadequado da dor está associado à sua menor idade, ao internamento fora do Departamento de Pediatria, aos turnos de trabalho da tarde e noite, ao aumento do número de intervenções dolorosas, aos primeiros dias de pós-operatório, ao aumento do número de intervenções não-farmacológicas e à administração de analgésicos (não orientados pela avaliação da dor).

Os resultados encontrados indiciam que o subtratamento da dor em pediatria é vivido entre nós de forma não muito diferente da relatada em outros estudos. A prevenção e tratamento ainda não é uma prioridade absoluta para muitos profissionais de saúde. Não existe uma recolha de dados organizada em torno das vivências da dor (história da dor), são poucas as avaliações quantificadas da dor, o tratamento normalmente não se orienta por uma avaliação fidedigna, a administração dos analgésicos é feita de forma defensiva e o tratamento não-farmacológico parece ter ainda um uso pouco criterioso em relação às indicações de cada técnica para cada caso em particular.

Como fenómeno universal, a prevenção e tratamento da dor deve ser encarada como uma prioridade comum a todos os profissionais de saúde e deixar de ser mandatária, unicamente do ponto de vista humanitário e ético, pois não existe nenhum argumento que comprove a sua utilidade no plano clínico.

Bibliografia

1. Pereira JS. Ética e terapêutica da dor. Em: Gomes Pedro J, Barbosa A, ed. *Dor na criança e no jovem*. Lisboa: Permanyer Portugal; 1997. p. 17-23.
2. Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé. *Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aigue en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans*. Paris: ANAES; 2000.

3. Anand KJS, Carr DB. The neuroanatomy, neurophysiology and neurochemistry of pain, stress analgesia in the newborn and children. *The Pediatric Clinics of North America* 1989;36(4):795-821.
4. Anand KJ, Sippell WG, Aynsley-Green A. Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *Lancet* 1987;1:62-66
5. Anand KJS, Abu-Saad HH, Aynsley-Green A, et al. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. International Evidence-based Group for Neonatal Pain. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:173-80.
6. Morgan EG, Mikhail MS. *Anestesiologia clínica*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
7. Golianu B, Krane EJ, Galloway KS, Yaster M. Pediatric acute pain management. *The Pediatric Clinics of North America* 2000; 47(3):559-87.
8. Association pour le Traitement de la Douleur de L'Enfant. *La douleur de l'enfant: la connaître, l'évaluer, la traiter (CD-ROM)*. Paris: Astragal Editions; 2000.
9. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Vol II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2004.
10. Direcção-Geral da Saúde. *A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003*.
11. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AALM, Hunfeld AM, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000;87(1):51-8.
12. Cummings EA, Reid GJ, Finley GA, McGrath PJ, Ritchie JA. Prevalence and source of pain in pediatric inpatients. *Pain* 1996;68(1):25-31.
13. US Department of Health and Human Services, US Public Health Service, National Institutes of Health. *Pain management practices*. Em: *US Department of Health and Human Services, US Public Health Service, National Institutes of Health, ed. 6 Symptom Management Acute Pain*. Bethesda: US Department of Health and Human Services, US Public Health Service, National Institutes of Health; 1994. Publ. n.º 94-2421.
14. Vega-Stromberg T, Holmes SB, Gorski LA, Johnson BP. Road to excellence in pain management: research, outcomes and direction (ROAD). *Journal of Nursing Care Quality* 2002;17(1):15-26.
15. Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: DGS; 2001.
16. Academia Americana de Pediatria, Sociedade Americana da Dor. *Avaliação e terapêutica da dor em lactentes, crianças e adolescentes*. *Pediatrics (ed. Port.)* 2001;9(10):463-7.
17. Academia Americana de Pediatria, Academia Canadiana de Pediatria. *Prevenção e controlo da dor e do stress no recém-nascido*. *Pediatrics (ed. Port.)* 2000;8(3):174-81.
18. Moemen ME. Acute pain service in paediatrics: an Egyptian style. *Eg J Anaesth* 2003;19:315-22.
19. Porter FL, Wolf CM, Gold J, Lotsoff D, Miller JP. Tratamento da dor em recém-nascidos: estudo com a colaboração de Médicos e Enfermeiros. *Pediatrics (ed. Port.)* 1997;5(9):506-14.
20. Howard RF. Current status of pain management in children. *JAMA* 2003;290(18):2464-9.
21. Dahlman GB, Dykes AK, Elander G. Patients' evaluation of pain and nurses' management of analgesics after surgery: The effect of a study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department. *J Adv Nurs* 1999;30(4):866-74.
22. Walker PC, Wagner DS. Treatment of pain in pediatric patients. *Journal of Pharmacy Practice* 2003;16(4):261-75.
23. Franck LS, Greenberg CS, Stevens B. Pain assessment in infants and children. *The Pediatric Clinics of North America* 2000; 47(3):487-512.
24. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Nursing Research. *Symptom management: acute pain*. Rockville Pike Bethesda Maryland – EUA. NIH GUIDE 1994;23(1).
25. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
26. Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa* 2003;34(3):159-63.
27. Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor na criança pré-verbal. *Saúde Infantil* 2003;25(3):35-44.
28. Hicks CL, Baeyer CL, Spafford PA, Korlaar IV, Goodenough B. The faces pain scale-revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001;93:173-83.
29. Batalha L, Rocha E. Instructions for administering the Faces pain scale – revised in languages other than english. Baeyer CV, Piira T, ed. Disponível em: URL: <http://painsourcebook.ca/pdfs/fps-r-multilingual-instructions-aug05.pdf>. Acesso em 9 de Novembro de 2005.
30. Brent ASG. The management of pain in the emergency department. *The Pediatric Clinics of North America* 2000;47(3):651-79.
31. Vincent CV. Nurses' analgesic practices with hospitalized children. *Journal of Child and Family Nursing* 2001;4(2):79-90.
32. Alexander J, Manno M. Underuse of analgesia in very young pediatric patients with isolated painful injuries. *Ann Emerg Med* 2003;41:617-22.
33. Agency for Health Care Policy and Research. *Acute pain management in infants, children, and adolescents: operative and medical procedures*. Rockville(MD): AHCPR; 1992.
34. Lopes APC. *Dor crónica e anestesia*. Em: Rico T, Barbosa A, ed. *Dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permanyer Portugal; 1995. p. 95-102.
35. Vale FM. *Farmacologia clínica da dor*. Em: Rico T, Barbosa A, ed. *Dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permanyer Portugal; 1995. p. 77-88.
36. Billot F. Formation des soignants a la prise en charge de la douleur de l'enfant. Em: *Direction Générale de la Santé, Association pour le Traitement de la Douleur de L'enfant. La douleur de l'enfant. Quelles réponses? 9º Journée*. 17 Décembre. Paris: AstraZeneca; 2001. p. 122-5.
37. Annequin D. Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) Mise au point et actualisation. Em: *Direction Générale de la Santé, Association pour le Traitement de la Douleur de L'enfant. Dixième Journée: La douleur de l'enfant, quelles réponses? Paris: UNESCO; 2002. p. 53-66*.
38. Pölkki T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *J Adv Nurs* 2001;34(4):438-92.
39. Karling M, Renstrom M, Ljungman G. Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta Paediatr* 2002;91(6):660-6.
40. Greco CD, Berde CB. *Pain management in children*. Em: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, ed. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16.ª ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2000. p. 306-12.
41. American Medical Association. *Pain management: pediatric pain management*. Chicago: Purdue Pharma; 2003.
42. De Rond MEJ, Wit R, Dam FSAM, Muller MJ. A pain monitoring program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain* 2000;89:25-38.
43. Rusy L, Weisman SJ. Complementary therapies for acute pediatric pain management. *The Pediatric Clinics of North America* 2000;47(3):589-99.
44. Chen E, Joseph MH, Zeltzer LK. Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *The Pediatric Clinics of North America* 2000;47(3):513-25.
45. Francke AL, Luiken JB, De Schepper AM, Abu-Saad HH, Grypdonck M. Effects of a continuing education program on nurses' pain assessment practices. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(2):90-7.
46. Savedra M, Tesler M, Ward J, et al. How adolescents describe pain. *Journal of Adolescent Health Care* 1988;9:315-20.
47. Fernandes A. *Crianças com dor: o quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto; 2000.
48. Krauss B, Green SM. Sedation and analgesia for procedures in children. *N Engl J Med* 2000;342:938-45.
49. Chen E, Joseph MH, Zeltzer LK. Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *The Pediatric Clinics of North America* 2000;47(3):513-25.

Massagem e Relaxamento Para Alívio da Dor Oncológica: Projecto «Bem-estar»

Graça Folhas¹, Carla Oliveira², Carla Rato³, Cristina França³
e Ana Cristina Ferreira¹

Resumo

Devido à sua especificidade, o alívio da dor do doente oncológico exige por parte dos enfermeiros uma intervenção holística baseada no conhecimento, princípios éticos e valores de enfermagem.

Com o objectivo de reduzir e aliviar a dor com técnicas não-farmacológicas, um grupo de enfermeiros do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia (IPOFG-CRO) de Coimbra, em conjunto com a Unidade da Dor, desenvolveram e implementaram o projecto aqui apresentado.

Apesar de recente, é possível antever as suas vantagens e contribuição para o bem-estar dos doentes oncológicos.

Palavras-chave: Dor oncológica. Unidade da Dor. Massagem. Relaxamento. Enfermeiro.

Abstract

Due to its own specificity, the relief of the cancer patient requires from nurses a holistic intervention based on knowledge, ethical principles and nursing values.

With the aim of reducing and relieving pain with non-pharmacologic interventions a group of nurses from the Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra (IPOFG), together with the Pain Unit, developed and implemented the project that is presented here.

Although recent it's possible to perceive its advantages and contribution to the well-being of cancer patients.

(DOR 2007;15(1):37-40)

Corresponding author: Graça Folhas, gfolhas@gmail.com

Key words: Cancer pain. Pain Unit. Massage. Relaxation. Nursing Care.

Introdução

A dor é dos sintomas mais comuns e penosos da doença, tornando-se por isso num fenómeno complexo, cuja vivência afecta a vida humana no mundo inteiro. É um conceito abstracto, que desafia uma definição rigorosa e mensurável.

No Plano Nacional de Luta Contra a Dor, considera-se a dor como «um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida» (2001:5).

A dor em oncologia, além do seu carácter de cronicidade, tem subjacente uma patologia neoplásica que, só por si, suscita prognósticos capazes de influenciar, decisivamente, a qualidade de vida dos doentes.

Assim sendo, cuidar o doente com dor assume-se como uma intervenção abrangente, ao englobar as componentes sensorial e emocional da pessoa entre outras.

Segundo os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros, Pessoa é «um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se» (Ordem dos Enfermeiros, 2003:144).

Considerando as várias dimensões da Pessoa, impõe-se necessariamente o conceito de cuidados holísticos, de modo a satisfazer a

¹Enfermeira Graduada

Pós-graduação em Enfermagem Oncológica

²Enfermeira

³Enfermeira Graduada

IPOCFG-CROC, EPE

Coimbra, Portugal

E-mail: gfolhas@gmail.com

complexidade das necessidades que estes doentes evidenciam.

A preocupação social em torno da problemática da dor reflecte-se no conteúdo do despacho ministerial n.º 10.324/99 – 2.ª Série, publicado no Diário da República n.º 122, de 26 de Maio de 1999, que cria o Dia Nacional de Luta contra a Dor, referindo que «a abordagem e gestão da Dor é uma prioridade consignada na estratégia nacional de saúde, uma vez que não deve continuar a ser encarada como uma fatalidade, quando existem importantes meios que a permitem controlar eficazmente», assim como no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLD), aprovado em 2001 pelo Ministério da Saúde. Também a Circular Normativa n.º 9/DGCG da Direcção-Geral da Saúde refere que «o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das unidades de saúde» (2003:1).

Para responder às intervenções autónomas de enfermagem previstas no referido plano, o mesmo aborda as técnicas não-farmacológicas salientando que «(...) o enfermeiro, tendo em conta o tempo de presença junto dos doentes e famílias, bem como a relação terapêutica próxima na perspectiva da relação de ajuda, é, por excelência, uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar de controlo da dor» (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001:49).

As técnicas não-farmacológicas são variadas, destacando-se a área do relaxamento que inclui a massagem, o relaxamento guiado por voz e a musicoterapia.

Todas as sociedades reconhecem o valor terapêutico da massagem, constatando-se enquadramentos clínicos cada vez mais criteriosos, nomeadamente no âmbito do controlo da dor, reeducação funcional ou após traumatismo.

A teoria do portão (*Gate Control Theory*), apresentada em 1965 por Melzack R e Wall P, explica os efeitos de terapias da dor como as técnicas de relaxamento, destacando o calor, o frio e a massagem, entre outras (Thelan LA, et al., 1996). Também segundo Pinheiro JP (1998), o processo de analgesia decorrente da técnica de massagem evoluiu segundo três vertentes neurofisiológicas:

- A nível local, a massagem aumenta o limiar da captação da mensagem nociceptiva, por parte dos receptores.
- A nível locorregional, a massagem e a manipulação sistematizada dos mecanorreceptores proprioceptivos determinam um bloqueio medular da dor.
- A nível do sistema opióide endógeno, a massagem estimula a libertação de encefalinas circulantes, facto responsável pela sensação de «bem-estar» consequente.

O relaxamento é um estado de relativa liberdade quer de ansiedade quer de tensão, poden-

do ainda ser eficaz nos distúrbios do sono e estados de fadiga. A sua utilização como técnica adjuvante no alívio da dor deve-se ao facto de diminuir a hiperactividade muscular. Permite também distrair o pensamento, já que os doentes estão geralmente hipervigilantes em relação ao seu estado doloroso (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

Como complemento destas técnicas podemos associar a música, de modo a potenciar os seus efeitos, proporcionando maior calma e conforto.

O Projecto «Bem-estar»

Com o objectivo de proporcionar aos doentes oncológicos, que frequentam a Unidade da Dor do IPOFG de Coimbra, um maior alívio da dor, diminuição da ansiedade e optimização da qualidade de vida, entrou em funcionamento nesta Unidade, a 15 de Novembro de 2005, o projecto «Bem-estar». Desenvolvido por enfermeiros, assenta em intervenções não-farmacológicas, nomeadamente sessões de massagem, relaxamento guiado por voz e musicoterapia.

O interesse por esta área surgiu no decorrer de um curso leccionado na Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto em Coimbra, frequentado por um grupo de enfermeiros deste hospital, sobre «Técnicas de redução de stress, gestão de emoções, controlo da dor e aumento da produtividade» e na tentativa de dar resposta às necessidades sentidas na Unidade da Dor, pondo em cumprimento o Plano Nacional de Luta contra a Dor.

Objectivos

No cuidar, as diferentes formas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros, sustentam o fundamento da relação enfermeiro-doente e permitem considerar a mesma como uma competência profissional que exige treino e perícia. Mais do que uma ferramenta terapêutica, a comunicação é uma atitude profissional promotora de autonomia, confiança, alegria e felicidade (Costa MA, 2004).

Partindo desta premissa, delineamos para este projecto os seguintes objectivos específicos:

- Aumentar o nível de tolerância à dor, capacitando o doente para a adopção de estratégias de controlo da mesma e da ansiedade.
- Diminuir a intensidade da dor tendo em vista a redução do recurso aos analgésicos.
- Romper o ciclo dor/mal-estar/dor.
- Melhorar a qualidade do sono e repouso.
- Reforçar a auto-estima e a autonomia.

Metodologia

Os doentes são propostos às sessões pelos elementos da Unidade da Dor, considerando o tipo de dor, a situação clínica, a vontade própria do doente e facilidade de transporte. Os doentes

são atendidos quinzenal ou semanalmente, conforme a dor se encontra mais ou menos bem controlada. Mantêm-se em tratamento cerca de 9 a 10 doentes. A duração média do tratamento é de um mês e uma semana, havendo doentes que se mantêm até dois meses.

As sessões de massagem e relaxamento são realizadas por um enfermeiro e funcionam uma vez por semana, às terças-feiras, das 8:00 às 16:30, numa sala da Unidade da Dor destinada e equipada para o efeito, sendo atendidos cerca de seis doentes por dia.

A equipa é constituída por sete enfermeiros provenientes de diferentes serviços, mediante um plano de distribuição mensal rotativa.

Segundo o protocolo de actuação elaborado, o enfermeiro:

- Acolhe o doente – nas sessões de primeira vez o enfermeiro apresenta-se, dá a conhecer o objectivo destas técnicas terapêuticas e avalia a expectativa do doente relativamente às mesmas. Durante o acolhimento procura-se desde logo estabelecer uma relação empática e de confiança com o doente.
- Elabora uma colheita de dados – a mais completa possível com base em toda a informação disponível.
- Avalia e caracteriza a dor – quanto ao tipo, intensidade, frequência, localização, factores que agravam ou aliviam a dor.
- Garante a privacidade e conforto do doente – factores preponderantes para o sucesso da terapia, realçando o cuidado com a intensidade da luz, a temperatura ambiente adequada e a música relaxante de acordo com a preferência do doente.
- Adequa a técnica a utilizar à situação clínica de cada doente – a escolha do tipo de massagem para o alívio da dor nestes doentes subentende a avaliação física, psicológica e clínica, comprovando a inexistência de contra-indicações.
- Avalia e valoriza o *feedback* do doente – antes e depois da sessão é avaliada a dor através da utilização da EVA, escala numérica ou escala qualitativa, a fim de conhecer o benefício imediato das técnicas aplicadas.
- Regista as actividades de Enfermagem – são registadas as técnicas efectuadas, o *feedback* do doente e planeia-se a próxima sessão, tendo em conta a técnica que mais o beneficiou.

Relativamente às técnicas aplicadas, os objectivos terapêuticos e os efeitos biológicos decorrem das características dos diferentes componentes da massagem tais como: duração, ritmo, direcção e pressão. «As técnicas clássicas de massagem chegam aos nossos dias com uma terminologia francófona, elucidativa quanto ao objectivo imediato dos pressupostos cinesiológicos» (Pinheiro JP, 1998:113):

- Deslizamento superficial (*Effleurage*).
- Amassamento (*Pétrissage*).

São ainda aplicadas outras técnicas, nomeadamente:

- Drenagem linfática.
- Reflexologia.
- Relaxamento guiado por voz.

De um modo geral, as sessões iniciam e terminam com deslizamento superficial, evitando desencadear estímulos nociceptivos, têm a durabilidade média de sessenta minutos, o ritmo é predominantemente lento com movimentos de direcção centrípeta e pressão ligeira.

Resultados

O projecto «Bem-estar» acolheu nas suas 207 sessões, entre Dezembro de 2005 e Dezembro de 2006, quarenta doentes, 82,5% do sexo feminino e 17,5% do sexo masculino, cuja média de idades é de 54 anos. Cada doente teve, em média, 5,2 tratamentos/ano.

A análise das manifestações expressas pelos doentes permite concluir que as sessões atingiram, na generalidade, um elevado nível de satisfação, sendo possível discernir efeitos imediatos e mediatos a nível físico e emocional.

No que concerne aos efeitos imediatos, recolheram-se os seguintes testemunhos:

- Benefícios físicos:
 - «Senti menos peso nas pernas».
 - «Senti alívio das dores no final da sessão».
- Benefícios emocionais:
 - «O peso do peito desapareceu».
 - «Gostei imenso e relaxei bastante».
 - «Apresento muito menos dor e uma calma que já não tinha há alguns dias».
 - «Senti-me com um bem-estar físico e psicológico, isto pode substituir alguns antidepressivos».

No que concerne aos efeitos mediatos, recolheram-se os seguintes testemunhos:

- Benefícios físicos:
 - «Tenho reduzido a medicação para as dores desde que ando nas sessões de massagem».
 - «Já consigo andar melhor e subir escadas».
 - «Depois de fazer quimioterapia, já não me sinto tão cansada nem com dores no corpo desde que tenho ido às massagens».
 - «Realizei actividades, durante as férias, que anteriormente não podia, por dor na perna».
 - «Desde que frequento estas sessões já não recorro tantas vezes à Consulta da Dor por dores».
 - «Desde que ando nas massagens, durmo melhor».
- Benefícios emocionais:
 - «A medicação alivia a dor mas não relaxa e isto é o complemento que falta à medicação».
 - «Sinto muito mais energia e alegria no dia-a-dia».

Quando ministrado o relaxamento guiado por voz, foi possível obter depoimentos como:

- «Recordei a ilha dos Açores, onde vivo».
- «Não conseguia sair de casa durante dois meses e após o relaxamento já saio mais de casa».
- «Senti um bem-estar e uma calma duradoura, uma paz de alma».
- «Relaxeii completamente, adormeci e acordei cheia de energia».

É muito gratificante poder ouvir no final de uma sessão:

- «Foi muito bom, já não me sentia assim há muito tempo».
- «Faço 80 km de propósito para receber a massagem».

Perspectiva futura

A introdução das terapias não-farmacológicas na prática da enfermagem leva à melhoria dos cuidados e também a uma maior satisfação dos enfermeiros nessa mesma prática. Se pretendemos uma efectiva incorporação destas práticas no cuidar, é necessário:

- Treino efectivo das mesmas, para que sejam aplicadas com eficiência.
- Investigação nesta área, para avaliar os seus efeitos, aumentar a credibilidade destas terapias e justificar a sua utilização nos cuidados de enfermagem.

Assim, propomo-nos manter actualizados os nossos conhecimentos, através da formação, para podermos alargar e aperfeiçoar a utilização destas técnicas.

Propomo-nos igualmente colher e tratar de forma sistematizada os dados fornecidos pelos doentes, de modo a tentar identificar, entre outros aspectos, quais as técnicas que mais se adequam a determinado tipo de doentes, qual a frequência de utilização e a duração mais apropriadas e qual o benefício efectivo obtido pelos doentes.

Conclusão

A dor tem uma história, um contexto e uma interpretação pessoal, pelo que o seu tratamento constitui um grande desafio para os profissionais de saúde.

A boa prática de enfermagem pressupõe que o exercício profissional assente em princípios

humanistas, requerendo sensibilidade por parte dos enfermeiros para lidar com as diferenças, tendo presente que bons cuidados significam coisas diferentes em diferentes pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

De acordo com Wright L (2005), o objectivo ético e obrigatório dos profissionais de saúde deverá ser: reduzir, diminuir, aliviar ou mesmo curar o sofrimento emocional/físico e/ou espiritual da pessoa.

A acessibilidade ao tratamento da dor oncológica é um direito do doente com cancro e um imperativo de natureza ética reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, impedindo que a fatalidade da doença continue a ser acompanhada pela expectativa de um sofrimento doloroso inevitável, a que o enfermeiro em oncologia não é indiferente.

As terapias não-farmacológicas no alívio da dor, integradas no cuidar do doente oncológico, têm constituído preocupação crescente nos enfermeiros do IPOFG. Temos consciência do longo caminho a percorrer, quer a nível da formação, quer a nível da mudança de atitudes face a estas novas abordagens de tratamento, pois segundo Sousa MMO (1998:30), citando Hipócrates, «nada deve ser omitido na arte quando interessa a todo o mundo, quando pode beneficiar a humanidade que sofre e quando não põe em risco a vida ou o conforto das pessoas».

Bibliografia

- Almeida, HL, Almeida A. Dor. Será o nosso cérebro masoquista? Ser saúde 2006;2:62-78.
- Costa L. Massagem Mente e Corpo. Rotinas de Massagens Terapêuticas para Aliviar e Relaxar. Civilização Editores, Lda.; 2006.
- Costa MA. Relação Enfermeiro-Doente. Em: Neves MCP, Pacheco S. Para uma Ética de Enfermagem. Coimbra: Lusodidacta; 2004.
- Direcção Geral da Saúde – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Ministério da Saúde; 2001.
- Ordem dos Enfermeiros - Código Deontológico do Enfermeiro - Anotações e Comentários. Ordem dos Enfermeiros; 2003.
- Pinheiro JP. Medicina de Reabilitação em Traumatologia do Desporto. Lisboa: Editorial Caminho; 1998.
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa N.º 9/ DGCG de 14 de Junho de 2003 – A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- Sousa MMO. Terapias Complementares: Sua Utilização pelos Enfermeiros. Pensar enfermagem 1999;3(3):26-31.
- Thelan LA. Enfermagem em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção. 2.ª ed. Lusodidacta; 1996.
- Wright L. Espiritualidade, sofrimento e doença. Coimbra: Ariadne Editora; 2005.

Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente – Escala Doloplus 2

Hirondina Guarda

Resumo

O aumento do número de idosos em todo o mundo sensibiliza os profissionais de saúde a dedicarem uma especial atenção a esta faixa etária, pois são pessoas que necessitam de cuidados especiais para usufruírem de uma melhor qualidade de vida.

Este segmento da população tem sido, frequentemente, subestimado no que respeita à avaliação e tratamento da dor.

Se algumas pessoas idosas podem auto-avaliar a sua dor, a maioria não o pode fazer, porque possuem as funções cognitivas alteradas devido a perturbações psicocomportamentais e são por isso incapazes de comunicar.

As alterações cognitivas frequentemente presentes no idoso tornam difícil a expressão da sua dor e os instrumentos de auto-avaliação habitualmente usados revelam-se pouco adaptados às pessoas que não a podem eficazmente verbalizar e quantificar. As escalas de hetero-avaliação, que utilizam a observação comportamental durante o estado de dor, parecem as mais eficazes para esta situação.

A escala de dor Doloplus 2 é um instrumento de avaliação da dor, criada em 1992 por Bernard Wary no Centro Hospitalar Regional de Metz-Thionville, oficialmente validada em 1999 pelo colectivo Doloplus.

Todo o instrumento de medida deve ser validado para reproduzir resultados fiáveis. A utilização de um instrumento validado ajuda os profissionais a obter resultados que permitem evitar falsas interpretações.

Palavras-chave: Pessoa idosa. Dor. Hetero-avaliação. Adaptação de escalas.

Abstract

The increase of the number of aged people in the whole world sensitises the health professionals to dedicate a special attention to this population group, because they are people who need special care to have a better quality of life.

The evaluation and treatment of pain has been frequently underestimated in this segment of the population. Although some aged people can self-evaluate their pain, the majority cannot because their cognitive functions are modified due to psycho-behavioural disturbances that unable them to communicate.

The cognitive alterations frequently found in the elderly make it difficult for them to express their pain and the instruments of self evaluation commonly used to evaluate pain are not suitable to people who cannot efficiently verbalise and quantify their pain. The hetero-evaluation scales, that use the behaviour of people in pain, seem more efficient for this situation.

The pain scale Doloplus 2 is an instrument for the evaluation of pain created in 1992 by Bernard Wary in the Regional Hospital Center of Metz-Thionville, officially validated in 1999 by the Doloplus team.

All measurement instruments must be validated to produce reliable results. The use of a validated instrument helps the professionals to get results that are not susceptible to false interpretations. (DOR 2007;15(1):41-7)

Corresponding author: Hirondina Guarda, hirondina@hotmail.com

Key words: Elderly. Pain. Hetero-evaluation. Adaptation of scales.

Introdução

Medir um fenómeno dinâmico, complexo e subjectivo como a dor não é uma tarefa fácil, especialmente em indivíduos cujas capacidades cognitivas estão de tal maneira degradadas e alteradas que não lhes permitem estabelecer uma comunicação verbal eficaz.

O tratamento da dor é da responsabilidade dos profissionais de saúde e a sua eficácia e excelência dependem de uma correcta avaliação da dor através de instrumentos válidos para a sua medição.

O aumento do número de idosos, em todo o mundo, sensibiliza os profissionais de saúde a dedicarem uma especial atenção a esta faixa etária, pois são pessoas que necessitam de cuidados especiais para usufruírem de uma melhor qualidade de vida.

Este segmento da população tem sido, frequentemente, subestimado no que respeita à avaliação e tratamento da dor. Com o aumento da longevidade e conseqüente envelhecimento da população, os profissionais de saúde devem desenvolver e promover uma atitude mais dinâmica na gestão da dor nos idosos.

Existem poucos estudos dedicados a este tema, relativamente a outros grupos etários, e a formação académica dos profissionais de saúde neste tema é muito pobre ou inexistente.

Várias publicações recentes sobre a dor nas pessoas idosas insistem em dois pontos-chave que justificam o fraco desenvolvimento desta área: o desinteresse e a subestimação do sintoma, cuja resultado é o incorrecto ou insuficiente tratamento, e as conseqüentes perturbações físicas, psicológicas, sociais, existenciais e espirituais que daí advêm.

Se algumas pessoas idosas podem auto-avaliar a sua dor, muitas não o podem fazer, porque possuem as funções cognitivas alteradas: com demência, afásicas, pouco colaborantes, que por qualquer razão apresentam perturbações psico-comportamentais e que por isso são incapazes de comunicar. Sendo os limites da auto-avaliação bem conhecidos em geriatria, é necessária a utilização de instrumentos de hetero-avaliação, baseados na observação comportamental do idoso.

Tendo como referência o trabalho de Annie Gauvain-Piquard sobre a avaliação comportamental da dor na criança pequena com cancro (a quem se deve a criação da escala de dor Gustave-Roussy), e face à inexistência de instrumentos de hetero-avaliação para a pessoa idosa, Bernard Wary criou, em 1992, a escala Doloplus. Em 1994, foi formado o colectivo Doloplus cujo objectivo foi validar a referida escala. Em 1999, foi oficialmente validada e largamente difundida por vários países. Passou então a ser designada como Doloplus 2.

Todo o instrumento de medida deve ser validado para reproduzir resultados fiáveis. A utilização de um instrumento validado ajuda os profissionais

a obter resultados que permitem evitar falsas interpretações.

Para serem cientificamente aceites, os instrumentos deverão respeitar um conjunto de regras previamente definidas. Os testes utilizados na área da saúde devem também obedecer a essas normas, rigorosamente estabelecidas, as quais são estudadas tomando como referência a população para a qual os instrumentos foram construídos. Se o instrumento for utilizado noutra população ou noutra país, então deve haver um novo estudo das suas qualidades psicométricas (para testar a sua qualidade e o seu grau de confiança). A aplicação num outro país estabelece ainda outra norma: a tradução e a adaptação, porque as diferenças culturais e linguísticas podem introduzir factores que alterem os dados iniciais. Esta metodologia permitiu elaborar uma adaptação cultural e linguística, para português, da escala Doloplus 2 (Quadro 1) com respectivo léxico (Quadro 2) e conselhos de utilização (Quadro 3).

Como linha orientadora deste trabalho, foram seguidas determinadas regras metodológicas, mundialmente reconhecidas: as normas apresentadas pelo *European Research Group on Health Outcomes* (ERGO) que tem como pessoa de referência, em Portugal, o Professor Pedro Lopes Ferreira da Faculdade de Economia de Coimbra.

O envelhecimento da população em Portugal

O envelhecimento pode ser analisado sob duas perspectivas: a primeira refere-se ao indivíduo, o envelhecimento diz respeito à maior longevidade das pessoas, traduzindo-se pelo aumento da esperança de vida. A segunda representa o envelhecimento demográfico e define-se pelo aumento do número de pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou da população em idade activa (15-64 anos).

Entre 1960 e 2000, a proporção de indivíduos dos 0 aos 14 anos na população mundial diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção da população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção.

O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Tal como na maioria dos países, em Portugal o envelhecimento da população é bem visível. A tendência de crescimento da população idosa segue os números mundiais. Segundo os resultados observados no inquérito à população portuguesa efectuado no Censos 2001, houve um

Quadro 1. Escala Doloplus 2

ESCALA DOLOPLUS AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA						
APELIDO:..... NOME PRÓPRIO:			DATAS			
SERVIÇO:						
Observação Comportamental						
REPERCUSSÃO SOMÁTICA						
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas		0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais		2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas		3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica		0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional		1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz		2	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz		3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção		0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados		1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados		2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação		3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual		0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação		1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação		2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)		3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual		0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer		1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)		2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar		3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA						
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas		0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)		1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais		2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa		3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas		0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)		1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)		2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição		3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOSSOCIAL						
8. Comunicação	. sem alteração		0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)		1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)		2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação		3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)		0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades		2	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social		3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual		0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas		1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes		2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)		3	3	3	3
COPYRIGHT			PONTUAÇÃO			

Quadro 2. Léxico**Queixas somáticas**

O paciente exprime a sua dor através da palavra, do gesto ou de gritos, choros e/ou gemidos.

Posições antálgicas

Posição corporal não habitual, visando evitar ou aliviar a dor.

Protecção de zonas dolorosas

O paciente protege uma das zonas do seu corpo através de uma atitude ou determinados gestos de defesa.

Mímica

O rosto parece exprimir a dor através da expressão (crispada, tensa, átona) e do olhar (olhar fixo, vazio, ausente, lágrimas).

Solicitação

Toda e qualquer solicitação (aproximação de um cuidador, mobilização, cuidados, etc.).

Higiene/vestir

Avaliação da dor durante a higiene e/ou o vestir, sozinho ou com ajuda.

Movimentos

Avaliação da dor no movimento: mudança de posição – transferências – marcha, sozinho ou com ajuda.

Comunicação

Verbal ou não-verbal.

Vida social

Refeições, animações, actividades, *ateliers* terapêuticos, acolhimento das visitas, etc.

Perturbações do comportamento

Agressividade, agitação, confusão, indiferença, deslize, regressão, pedido de eutanásia, etc.

ADAPTAÇÃO CULTURAL E LINGUÍSTICA, tese de mestrado em CUIDADOS PALIATIVOS, Faculdade de Medicina de Lisboa, Fevereiro 2006, Hironcina Guarda

crescimento efectivo das pessoas idosas entre 1960 e 2001, verificando-se que a população idosa representava, em 1960, 8% da população total. Este número aumentou para mais do dobro deste valor, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001 (data do último recenseamento da população). Pelo contrário, a relação da população jovem era de 29,1%, em 1960, e de 16% aquando do último recenseamento.

Dor como 5.º sinal vital

A avaliação da dor é um princípio prioritário e constitui um importante desafio para qualquer equipa de cuidados paliativos ou de cuidados continuados.

Com a avaliação, pretende-se tornar objectivo algo que é eminentemente subjectivo. Pôr em prática os procedimentos de avaliação traduz, muitas vezes, uma contradição: por um lado, o princípio é dar a palavra aos doentes, acreditar no que dizem; por outro lado, é grande a tentação de se pensar que, fruto da nossa experiência

Quadro 3. Conselhos de utilização**A utilização necessita de uma aprendizagem**

Como para qualquer novo instrumento, será sensato experimentá-lo antes de o difundir. O tempo de cotação da escala diminui igualmente com a experiência (alguns minutos no máximo). Logo que possível, será útil designar uma figura de referência numa determinada estrutura de cuidados de saúde.

Cotar em equipa pluridisciplinar

Quer se trate de uma estrutura sanitária, social ou no domicílio, é preferível que a cotação seja efectuada por vários cuidadores (médico, enfermeiro, auxiliar...). No domicílio, é possível integrar a família e os outros intervenientes, com o apoio de um boletim de articulação de cuidados, do telefone, ou até mesmo de uma reunião em torno da cama do doente. A escala deve ser integrada no processo clínico ou no «boletim de articulação de cuidados».

Não cotar nada no caso de existir um item desadequado

Não é necessário obter uma resposta para todos os itens da escala, em particular face a um paciente desconhecido, relativamente ao qual não se possuem ainda todos os dados, nomeadamente no plano psicossocial. Do mesmo modo, em caso de coma, a cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos.

Estabelecer uma actualização das pontuações

A reavaliação será efectuada duas vezes ao dia até à sedação das dores e posteriormente o seu espaçamento será estabelecido em função das situações. Estabelecer uma actualização das pontuações, fazendo-a aparecer na folha de tratamento (ao mesmo nível que a temperatura ou a tensão arterial) será um argumento primordial na percepção do sintoma e na implementação do tratamento.

Não comparar as pontuações de pacientes diferentes

A dor é uma sensação e uma emoção subjectiva e pessoal. A comparação das pontuações entre pacientes não faz, portanto, qualquer sentido. Apenas a evolução das pontuações de um dado paciente nos interessa.

Em caso de dúvida, não hesitar em fazer um teste terapêutico antálgico adaptado

Admite-se, actualmente, que uma pontuação superior ou igual a 5/30 é sinal de dor. Contudo, para as pontuações próximas deste limiar, é necessário dar o benefício da dúvida ao doente. Se o comportamento observado se modificar com a toma de analgésicos, confirma-se a existência de dor.

A escala efectua a cotação da dor, e não da depressão, da dependência ou das funções cognitivas

Existem numerosos instrumentos adaptados a cada situação, e é primordial compreender que se procura determinar as alterações de comportamento ligadas a uma eventual dor. Assim, para os itens 6 e 7, não se procede à avaliação da dependência ou da autonomia, mas sim da dor.

Não recorrer sistematicamente à escala Doloplus-2

Quando a pessoa idosa é comunicante e cooperante, será mais lógico utilizar instrumentos de auto-avaliação. Quando a dor é evidente, será mais urgente acalmá-la do que avaliá-la... No entanto, à mínima dúvida, a hetero-avaliação evitará qualquer subavaliação.

ADAPTAÇÃO CULTURAL E LINGUÍSTICA, tese de mestrado em CUIDADOS PALIATIVOS, Faculdade de Medicina de Lisboa, Fevereiro 2006, Hironcina Guarda

profissional, sabemos mais do que os doentes sobre a sua dor, correndo o risco de os substituir interferindo assim na avaliação.

Na prática profissional quotidiana devemos aceitar que «dor é a que o doente diz sentir», no entanto, ainda com demasiada frequência estas palavras são postas em causa. Com facilidade somos tentados a interpretar a dor do outro e a utilizar o nosso ponto de vista que, efectivamente, é aquilo que para nós funciona como referência, que nos dá segurança perante uma situação que escapa ao nosso controlo. Dar a palavra ao doente cria insegurança. É importante lutar contra a tendência para avaliar as experiências vividas pelos outros segundo a representação que temos da dor, conduzindo-nos facilmente para a banalização dos sintomas descritos pelo doente. A utilização sistemática de instrumentos de avaliação permite evitar esses desvios de interpretação.

O instrumento de avaliação deve ser seleccionado atendendo às características específicas da população a que se destina. A equipa deve atender a estes requisitos e chegar a um consenso sobre a escolha adequada pois irá ser utilizado por cada profissional. Poderá surgir alguma dificuldade pois implica a integração de uma nova actividade na prática diária. Facilmente a equipa entenderá a necessidade em modificar a organização dos cuidados, em criar um espaço para a avaliação da dor nos registos, de privilegiar uma relação de confiança que dê oportunidade ao doente para se exprimir, de se empenhar em responder de forma eficaz no despiste, prevenção e controlo da dor e de definir objectivos executáveis para alcançar uma melhoria da qualidade e eficácia do cuidar dos seus utentes com dor.

Progressivamente, serão reconhecidos os benefícios de um processo de avaliação bem estruturado: qualidade da comunicação com o doente, execução das medidas de prevenção e alívio da dor, satisfação pelo papel específico de cada elemento da equipa, desempenhado com a autonomia e criatividade de que cada um dispõe, e poder partilhar com outras equipas a riqueza da experiência.

Os cuidados técnicos prestados ao doente por uma equipa multidisciplinar devem ter em conta a singularidade do indivíduo, que é o único capaz de testemunhar a sua experiência. O alívio eficaz da dor requer uma actuação centrada na pessoa e não apenas em dados biológicos. Reconhecer o doente como pessoa é a chave do sucesso dos cuidados prestados. Estes devem ser orientados por uma vertente holística, de aproximação ao outro para entender o seu sofrimento.

A necessidade de avaliar a dor resulta da inexistência de uma relação proporcional entre a dimensão da lesão e a dor referida pelo doente e, também, porque não existe um processo objectivo para a quantificar.

Os objectivos da avaliação da dor, segundo Metzger C, et al. (2002), são:

- Identificar e reconhecer os doentes que se queixam de dor, através de um processo estruturado, elaborado no próprio serviço e que integra o doente na equipa de cuidados.
- Identificar os diferentes factores responsáveis pela dor, pela sua persistência e pelas suas oscilações; o doente deve poder ouvir a mesma resposta seja qual for a pessoa a quem faça perguntas.
- Definir objectivos executáveis: nem sempre é possível «controlar completamente» ou fazer «desaparecer» uma dor, mas atenuá-la já é muito importante para o doente.
- Melhorar a qualidade e a eficácia do acompanhamento ao doente: a recolha de dados, a análise e a síntese das informações permitem ajustar ou pôr em prática uma estratégia antiálgica.
- Facilitar a circulação da informação entre o doente e os prestadores de cuidados e igualmente entre os membros da equipa.
- Permitir uma argumentação mais racional na tomada da decisão terapêutica.
- Contribuir com argumentos para a reorganização dos cuidados;
- Apreciar o peso de cada uma das componentes (sensorial, psicológica, afectiva, emocional e cognitiva).

Apesar dos avanços na área da saúde, a dor não tratada permanece um problema. O primeiro passo para resolvê-lo é o seu reconhecimento. O tratamento da dor será adequado quando se tornar uma prioridade. Uma boa avaliação do fenómeno requer o desenvolvimento de métodos de medição e registo.

A inclusão da avaliação da dor como 5.º sinal vital, com o apropriado registo e consequente intervenção, assegura que todos os doentes, incluindo os terminais, tenham acesso a intervenções para controlo da dor (Direcção-Geral da Saúde, circular Normativa n.º 09, de 14/06/2003).

A dor é sistematicamente avaliada de 8/8 h, tornando-se o quinto sinal vital na folha de registos de sinais vitais, no processo clínico, com espaço próprio para registo da intensidade da dor.

De acordo com Castro-Lopes J (2004), «metade da população europeia sofre ou sofreu de dor crónica, definida como dor persistente ou recorrente por mais de três meses. A maioria dos casos deve-se a dores musculoesqueléticas da região lombar, que segundo estimativas realistas deverão custar ao nosso país quase dois biliões de euros anualmente. (...) a maioria deste custos são indirectos e resultantes da perda de produtividade e do absentismo. (...) é fundamental que os profissionais de saúde passem a adoptar a dor como 5.º sinal vital de monitorização obrigatória (a par da temperatura, frequência cardíaca e respiratória e pressão arterial), já que só desta forma será possível reduzir a morbili-

dade pós-operatória e o tempo/custo do internamento. Apesar de Portugal estar ainda relativamente atrasado no combate à dor, existe um Plano Nacional de Luta contra a Dor, aprovado o ano passado, que prevê que até 2007 estas unidades funcionem em pelo menos 75 por cento dos hospitais nacionais, contra as cerca de 20 por cento actualmente existentes».

Dor na pessoa idosa

A correcta avaliação e tratamento da dor crónica são, ainda, para os profissionais de saúde uma realidade distante. Dousset V, et al. (2001) afirmam que muitos trabalhos franceses mostram que a dor é insuficientemente tratada nas instituições de saúde.

Os mesmos autores afirmam ainda que alguns dos mitos que impedem os profissionais de saúde de gerirem adequadamente a dor nos idosos são os seguintes:

- A dor é um resultado natural do envelhecimento.
- A percepção da dor ou da sensibilidade diminui com a idade.
- Os efeitos secundários potenciais tornam-se muito perigosos para serem utilizados no alívio da dor nos idosos.
- Se o doente idoso parecer estar ocupado, dormindo ou se distrai de outra forma da dor, não deverá ter muita dor; se a pessoa idosa está deprimida, especialmente se não houver causa conhecida para a dor é a depressão que causa a dor. A dor é um sintoma de depressão e diminuiria se a depressão fosse tratada adequadamente; os narcóticos são totalmente inadequados para todos os doentes com dor crónica causada por doença não-maligna (Swenson CJ, 2000).

Wary B (1996), citando um trabalho de Charru P (1995), escreve que: «existe um paradoxo evidente entre a frequência da dor da pessoa idosa e o interesse restrito que se lhe dispensa. Menos de 1% dos 4.000 artigos publicados sobre a dor na imprensa internacional em 1992 contemplam as pessoas idosas. (...) Este desinteresse favorece a perpetuação dos mitos relacionados com a pessoa idosa».

Ainda neste estudo, é reconhecido que durante os vários anos de estudo, nos cursos de medicina, apenas se dedicam algumas horas para o ensino do tratamento da dor, insistindo sobre os efeitos secundários dos analgésicos, de tal maneira que um jovem médico está condicionado a recorrer ao uso de morfina apenas em caso de desespero.

Mas se a pessoa idosa tem o direito teórico de não sofrer, os médicos devem ter o direito de se formar na avaliação e no tratamento da dor. Pode-se concluir que face à prevalência da dor na pessoa idosa, ao desinteresse, à subestimação e ao subtratamento deste sintoma, é urgente

propor métodos de avaliação da dor, etapa preliminar indispensável antes do tratamento. Pode-se reconhecer actualmente três abordagens diferentes para a avaliação deste sintoma na pessoa idosa: por estimativa, por auto-avaliação e por hetero-avaliação (Wary B, 1996).

Nas pessoas idosas, a dor é ainda mais negligenciada se houver perturbações do comportamento com dificuldade ou impossibilidade de estabelecer comunicação verbal. A diminuição das capacidades sensorio-perceptuais causada pelo envelhecimento afecta a necessidade de comunicar de cada indivíduo. Esta diminuição manifesta-se por uma redução da capacidade de receber e tratar informação proveniente do meio ambiente (Berger L, Mailloux-Poirier D, 1995). Perante as dificuldades de comunicação (demência, afasia, coma, etc.), a utilização das escalas de auto-avaliação não é viável (escala visual analógica, escala numérica, etc.), é preciso, por isso, recorrer à hetero-avaliação da dor através da observação do comportamento da pessoa idosa (Wary B, et al., 1999).

Os perigos de uma simples estimativa da dor são bem conhecidos, sendo o principal e mais frequente a subestimação do sintoma. Os instrumentos de auto-avaliação conhecidos actualmente não se aplicam às pessoas idosas não-comunicantes, devido aos seus numerosos limites:

- A sobreavaliação das faculdades de abstracção: as pessoas idosas têm dificuldade em compreender o conceito de avaliação (auto-avaliação do ressentir doloroso); «qual é a relação entre uma régua, e a dor?». No que diz respeito à escala numérica, a pessoa idosa é muitas vezes incapaz de estabelecer a relação entre um número e a intensidade da dor. Para as escalas de vocabulário (questionário de dor Saint-Antoine, nomeadamente), os níveis socioculturais e cognitivos interferem largamente.
- As alterações da memória: estas apresentam um inconveniente evidente na utilização da escala verbal relativa (EVR), pois é preciso a comparação de dois «sentires» em tempos de avaliação diferentes (esta escala pede ao doente que compare a sua dor em dois tempos diferentes, o momento presente relativamente ao momento anterior e utiliza os adjectivos: «estou muito pior», «estou pior», «estou igual», «estou um pouco melhor» e «estou muito melhor»).
- Falta de sensibilidade: há frequentemente uma subavaliação (por receio de incomodar ou por pré-julgamento) ou uma sobreavaliação (em caso de ansiedade, hipocondria ou depressão).
- Falta de especificidade: a pessoa idosa tem tendência a avaliar as consequências da dor (incómodo, limitações) mais do que a intensidade da dor. Ela espera que o instrumento lhe localize a dor.

Os problemas de compreensão, de participação e de comunicação (sensoriais, coma, afasia, demência, problemas de carácter, ...) tornam os instrumentos de auto-avaliação muitas vezes inutilizáveis.

A escala Doloplus 2

O objectivo inicial desta escala foi sensibilizar os cuidadores a ter em conta a dor. A primeira escala era, portanto, qualitativa e não quantitativa. O seu fim era responder à pergunta: este idoso tem dor?

Actualmente, e após o estudo de validação que foi concluído em 1999, a escala contém 10 itens distribuídos por três subgrupos:

- Repercussão somática (queixas somáticas, posições antálgicas em repouso, protecção de zonas dolorosas, expressão facial e sono).
- Repercussão psicomotora (higiene e/ou vestir e movimento).
- Repercussão psicossocial (comunicação, vida social e alterações do comportamento).

A aplicação da escala necessita de uma aprendizagem, como qualquer outro instrumento de avaliação. No entanto, após um curto treino de algumas aplicações, é de fácil utilização. É imprescindível ler atentamente os conselhos de utilização e o léxico que acompanham a escala, para uma correcta aplicação da mesma.

Pode ser adoptada em diversas realidades (hospitalar, domiciliária, etc.) e a sua cotação deve ser efectuada por uma equipa multidisciplinar, na qual se pode incluir os cuidadores informais para além dos profissionais de saúde.

Todos os itens devem ser avaliados, mas não é necessário obter uma resposta para todos eles, em particular face a um paciente desconhecido, relativamente ao qual não se possuem ainda todos os dados, nomeadamente no plano psicossocial. A cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos, ou seja, no valor obtido no subgrupo repercussão somática. A pontuação obtida neste subgrupo é a mais sugestiva de presença de dor, por outro lado, se a cotação se concentra apenas nos últimos itens, a existência de dor é pouco provável.

Admite-se que uma pontuação superior ou igual a 5/30 é sinal de dor. Contudo, para as pontuações próximas deste limiar, é recomendado um teste terapêutico. Se o comportamento observado se modificar com a toma de analgésicos, confirma-se a existência de dor.

A escala Doloplus não avalia a dependência ou a autonomia, mas sim a dor crónica. Por isso, há que ter especial atenção quando se procede à observação dos dois últimos subgrupos (repercussão psicomotora e repercussão psicossocial). Estes comportamentos podem estar relacionados com as patologias de que a pessoa padece e não com a dor. Devem ser cotados apenas por quem conhece bem o idoso, por exemplo, um familiar ou cuidador.

Importa lembrar que esta escala avalia a dor crónica e não a dor aguda; a cotação obtida não pode ser comparada à de outra escala; o valor da cotação pode apenas significar que a pessoa tem dor e não quantificá-la; quando a pessoa idosa é comunicante e cooperante, será mais lógico utilizar instrumentos de auto-avaliação.

Conclusão

As alterações cognitivas frequentemente presentes no idoso, tornam difícil a expressão da sua dor e os instrumentos de auto-avaliação habitualmente usados revelam-se pouco adaptados às pessoas que não a podem eficazmente verbalizar e quantificar. As escalas de hetero-avaliação, que utilizam a observação comportamental durante o estado de dor, parecem as mais eficazes para esta situação.

Bibliografia

- Berger L, Mailloux-Poirier D. *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta; 1995.
- Castro-Lopes J. *Jornal A Nossa Voz*. Edição *Online*, Hospitais Não Cumpram as Normas. [em linha] 2004 [consultado a 28 de Abril 2005]. Disponível em: URL: <http://www.anossavoz.com/ver.php?id=1805>.
- Doussel V, et al. *Doleurs- Prise en Charge de la Douleur dans les Services de Médecine au CHR de Bordeaux*; 2001.
- Ferreira PL, Marques FB. *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde*. Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia; 1998.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). *Anuário Estatístico de Portugal 2002* [em linha] 2002 [consultado a 28 de Abril 2005]. Disponível em: URL: <http://www.ine.pt/pesquisa/pesquisa.asp>
- Metzger C, et al. *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Lusociência; 2002.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. *Circular Normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003. A Dor como 5.º Sinal Vital*. Registo Sistemático da Intensidade da Dor.
- Swenson CJ. *Enfermagem em Oncologia - Gestão da Dor*. 3.ª ed. Cap. 29. Lisboa: Lusociência; 2000.
- Twycross R. *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi; 2003.
- Wary B. *Plaidoyer pour l'évaluation de la douleur chez les sujets âgés*. *Gérontologie Et Société* 1996;78:83-94.
- Wary B. *Collectif Doloplus. Comment évaluer la douleur chez les personnes âgées non-communicantes?* *Geriatrics Sept-Oct* 1999;16:21-3.
- Wary B, *Collectif Doloplus. Doloplus 2, une échelle pour évaluer la douleur*. *Soins Gérontologie* Ago 1999;19:25-7.

Atitudes dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor: Construção e Validação de uma Escala de Avaliação

Teresa Madalena Kraus¹, Manuel Alves Rodrigues² e Maria dos Anjos Dixe³

Resumo

A investigação no domínio do sofrimento dos doentes com dor tem evidenciado a necessidade de uma reflexão profunda sobre a natureza dos cuidados prestados a essas pessoas. A atitude de maior ou menor abertura à compreensão das manifestações e respostas dos doentes determina a natureza das ações cuidativas dos enfermeiros. Ao longo do processo ensino-aprendizagem, é possível ajudar os estudantes a promover atitudes de abertura à experiência de sofrimento dos doentes e a desenvolver competências para que, como enfermeiros, saibam responder integralmente às necessidades de alívio dos sintomas dos seus pacientes.

Dando resposta à problemática contextualizada, procedemos à construção e validação de uma escala de avaliação das atitudes dos estudantes de Enfermagem ao cuidar a pessoa com dor (EACPD). Esta, após o estudo das características psicométricas, ficou constituída por 23 itens agrupados em quatro factores. Os coeficientes de α de Cronbach (0,8809), de Spearman-Brown (0,8494) e de Split-Half (0,8413) permitem afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna.

A escala validada abre assim a possibilidade de investigar as atitudes dos estudantes de enfermagem ao cuidar o doente com dor.

Palavras-chave: Escala de atitudes. Estudantes de Enfermagem. Cuidar a pessoa com dor.

Abstract

Research in the area of the suffering of patients with pain has shown the need to deeply analyse the nature of the care given to these people. The attitude towards a higher or lower understanding of the patients' reactions is the key factor that determines the nature of the nurses' caring attitudes. Through the teaching-learning process, it is possible to promote students' open attitudes as a result of their witnessing patients' suffering as well as to develop their abilities to react to all their patients' symptoms soothing needs. To build up and validate an Evaluation Scale of the Nursing Students' Attitudes While Taking Care of Those in Pain (EACPD). This, after the study of the psychometrics characteristics, was constituted of 23 itens grouped in

¹Mestre em Ciências de Enfermagem
Professora Adjunta
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Leiria
Leiria, Portugal

²Doutorado em Ciências da Educação
Professor Coordenador
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal

³Doutorada em Intervenção Psicológica
Professora Coordenadora
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Leiria
Leiria, Portugal
E-mail: tkraus@esslei.iplleiria.pt

four factors The α Cronbach (0.8809), the Spearman-Brown (0.8494), and the Split-Half (0.8413) coefficients show the good internal consistency of the instrument.

Thus the validated scale offers the opportunity to investigate the nursing students' attitudes while taking care of those in pain. (DOR 2007;15(1):48-52)

Corresponding author: Teresa Madalena Kraus, tkraus@esslei.ipleiria.pt

Key words: Attitude Scale. Nursing Students. Taking Care of Those in Pain.

Introdução

O fenómeno dor compreende sempre duas componentes principais: a percepção da sensação de dor, tal como considerava Galien C*, e a emoção, muito especial, que invade a consciência, como pensava Aristóteles. É necessário ter presente que é sempre uma experiência única e subjectiva. A dor deixou de ser um mero sintoma, tratado por várias especialidades, passando a ser uma entidade própria (Wall P, 2002; Castro-Lopes JM, 2003).

Para cuidar a pessoa com dor é imprescindível proceder à avaliação clínica da dor, considerando todas as vertentes da sua complexa abordagem. Com esta avaliação, pretende-se tornar objectivo e mensurável algo que é eminentemente subjectivo. Porém, não será de mais insistir que a avaliação da dor no contexto clínico não é, em si mesma, uma finalidade. Ela destina-se à identificação da origem e natureza da dor, dos factores que a influenciam e do impacto sobre o sujeito a fim de permitir o seu alívio incisivo e sistemático (Ministério da Saúde, 2001; Fernandes A, 2004).

Através da circular normativa n.º 09/DGCG, de 14/06/2003, a dor é instituída como o 5.º sinal vital e são dirigidas orientações específicas à actuação dos profissionais de saúde, para que tanto as manifestações de dor expressas pelos doentes como os efeitos da terapêutica administrada sejam sistematicamente diagnosticados e registados (Ministério da Saúde, 2003).

A reflexão sobre os cuidados, relacionada com a dor enquanto 5.º sinal vital, apela assim para uma mudança de atitude dos profissionais da Saúde, os quais devem desenvolver o estudo e compreensão das questões pedagógicas, científicas e humanas relacionadas com a dor. Esta perspectiva actual e prioritária deve, o mais cedo possível, ser implementada no processo de formação dos enfermeiros, considerando o impacto que as atitudes, enquanto predisposições para a acção, podem ter na prática de cuidados (Ministério da Saúde, 2001).

A mudança de comportamentos através da via da promoção de atitudes implica um trabalho de

construção sustentado, com forte responsabilidade do sistema educativo. A excelência dos cuidados que os enfermeiros prestam depende da excelência das aprendizagens em que se envolvem e constroem, enquanto estudantes (Rodrigues MA, et al., 2006). Por isso, é necessário intervir nos contextos de ensino-aprendizagem, de forma a conhecer o quadro de valores dos estudantes e a criar condições favoráveis ao desenvolvimento de conhecimentos e atitudes orientadas para o cuidado da pessoa em sofrimento de dor. É neste contexto, de conhecimento diferenciado, que se justifica a construção e validação de uma escala de avaliação das atitudes dos estudantes de Enfermagem ao cuidar a pessoa com dor (EACPD).

De seguida, descreve-se o desenvolvimento metodológico da construção e validação da escala.

Metodologia

Tipo de estudo: Metodológico

Participantes

A amostra deste estudo ficou constituída por 381 estudantes que frequentavam o 4.º ano de licenciatura das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde da Região Centro do País. A média de idades dos estudantes é de 22,2 anos (desvio padrão de 0,7), sendo 81,4% (310) do género feminino e 18,6% (71) do género masculino.

O instrumento, na sua versão final, foi aplicado durante os meses de Maio e Julho do ano de 2005, por meio de um questionário de auto-resposta, preenchido durante o horário lectivo normal.

Construção do instrumento

As etapas realizadas na construção do instrumento (EACPD) foram várias, nomeadamente elaboração dos itens e sua revisão (escolha das preposições a incluir na escala e sua análise qualitativa) e classificação dos itens.

A escolha das proposições significativas a incluir na escala das atitudes dos estudantes resultou de um estudo minucioso baseado na literatura científica sobre o tema (Fernandes A, 2001; Metzger C, et al., 2002) e dos dados obtidos através de um questionário exploratório. Deste destacam-se os seguintes procedimentos:

- 1.º procedimento – distribuímos 20 questionários exploratórios a estudantes do segun-

*No princípio da nossa era, Claude Galien, greco-romano, localizou a dor no cérebro, centro das sensações (Wall P, 2002).

do semestre do 3.º ano da licenciatura em Enfermagem, por considerarmos importante o contributo das suas experiências, aos quais foi garantido anonimato e confidencialidade. Apesar de não serem finalistas, critério de inclusão na amostra, estes estudantes encontram-se num estágio de desenvolvimento curricular que garante que todos os conteúdos sobre a dor já tenham sido leccionados, assim como realizados os ensinamentos clínicos de Medicina e Cirurgia. Este primeiro questionário convidava os estudantes a relatarem uma experiência significativa, vivida em ensino clínico, no âmbito do cuidado à pessoa com dor. Pedia-se igualmente para registarem as dificuldades sentidas e os contributos que lhes permitiram ou permitiriam intervenções mais adequadas. Por fim, sugeria-se que apresentassem propostas para a efectiva implementação da dor como 5.º sinal vital e de intervenção de Enfermagem mais eficaz no alívio e controlo da dor. Foram devolvidos 11 questionários com importantes referências às experiências objectivas e subjectivas dos estudantes.

- 2.º procedimento – a análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas do questionário anterior permitiu-nos identificar, já com alguma clareza, diversos domínios do desenvolvimento curricular, onde o cuidar a pessoa com dor se reveste de particular dificuldade: dimensão e impacto da dor; processo da dor; avaliação e registo da dor; medidas farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor; tipos de dor (temporalidade e patogenia); impacto das crenças nas respostas à dor; impacto do cuidar a pessoa com dor no estudante. Este procedimento, juntamente com a revisão da literatura, permitiu-nos elaborar o segundo questionário que incluía uma escala para avaliação das atitudes dos estudantes, testada em dois momentos distintos: no primeiro momento, procurou-se testar a compreensão e a adequação das proposições, a clareza das instruções e a natureza das respostas; no segundo momento, realizou-se uma aplicação experimental desse questionário através do método da reflexão falada[†], tendo sido seleccionados para o efeito alguns elementos com características similares aos da amostra.
- 3.º procedimento – como resultado da análise dos procedimentos descritos, sentimos necessidade de alterar algumas proposições, tornando-as mais claras, introduzindo alguns itens pertinentes sugeridos pelos estudantes inquiridos e procedendo a algumas alterações gráficas.

Obtivemos desta forma uma escala original, das atitudes dos estudantes de Enfermagem ao cuidar a pessoa com dor, de 62 itens.

Classificação dos itens

Com este conjunto de itens, constrói-se uma escala de respostas tipo Likert em que cada item permite uma variação de respostas entre 1 e 5, sendo 1 a máxima discordância e 5 a máxima concordância. Algumas proposições foram definidas em sentido inverso, nas quais a pontuação mais alta corresponde à máxima discordância e a mais baixa à máxima concordância.

Resultados

As características psicométricas foram determinadas por uma avaliação de fidelidade e validade, tendo deste estudo resultado uma escala final constituída por 23 itens.

O estudo dos itens e da fidelidade foi realizado de acordo com os seguintes critérios: determinação do coeficiente de correlação entre as diversas questões e a nota global (Streiner DL, Norman GR, 1989; Vaz-Serra A, 1994); determinação do coeficiente de Spearman-Brown e Split-Half; determinação do coeficiente α de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala, à medida que foram sendo excluídos, um a um, os vários itens.

As correlações item-total obtidas foram todas positivas, bastante elevadas e altamente significativas ($p < 0,001$). Todos os valores de correlação estão bastante acima de 0,20, respeitando portanto a condição recomendada pelos critérios definidos por diversos autores (Nunnally MF, 1978; Streiner DL, Norman GR, 1989).

Quanto ao coeficiente α de Cronbach, verifica-se que em 95,6% dos itens este valor desce quando ele é excluído, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando estão presentes. Por outro lado, não há nenhum item cujo α de Cronbach aumente depois de retirado. Finalmente, nenhum dos itens apresenta valores inferiores a 0,60, o que indica uma boa homogeneidade dos itens. Para a globalidade dos itens o valor α de Cronbach é $\alpha = 0,8809$, o que está em consonância ao referido por Pais Ribeiro JL (1999), ao afirmar que uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80.

De salientar igualmente que os coeficientes de Split-Half (0,8413) e Spearman-Brown (0,8494) confirmam a boa consistência interna.

Para o estudo da validade do instrumento e, mais especificamente, da sua estrutura interna, realizámos procedimentos de análise factorial em componentes principais. No sentido de se maximizar a saturação dos itens, procedemos à rotação ortogonal pelo método de Varimax.

Após sucessivas análises e de acordo com critérios estatísticos e de interpretabilidade, optámos por uma estrutura factorial de componentes principais, segundo a regra de Kaiser[‡]. Para se obter uma estrutura factorial harmoniosa e

[†]Thinking aloud.

[‡]Raízes latentes iguais ou superiores a 1

Quadro 1. Análise factorial da EACPD					
Itens		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
		CCP	PDR	PTC	ASE
11	Uma dor crónica provoca no doente problemas de ordem familiar, social e profissional.	0,684			
7	Tenho necessidade de desenvolver os meus conhecimentos sobre o processo de cuidar do doente com dor.	0,670			
10	É importante transmitir ao doente que ele tem direito ao alívio e controlo da sua dor.	0,665			
12	A qualidade da relação terapêutica é tão importante como as medidas de alívio e controlo da dor.	0,606			
4	Procuro estar atento/a à dor do doente em fase terminal.	0,545			
8	Para cuidar do doente com dor, tenho de ter conhecimentos sobre métodos não-farmacológicos.	0,518			
5	No cuidar do doente com dor, a participação activa do doente é importante.	0,506			
6	A avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor permitem adequar a prescrição analgésica às reais necessidades do doente.	0,501			
3	O estado emocional do doente interfere com a sua avaliação da dor.	0,494			
9	A tolerância à dor é fortemente influenciada pela cultura do doente.	0,474			
2	Quando os cuidados de enfermagem aumentam a intensidade da dor do doente, procuro antecipar medidas preventivas.	0,470			
19*	O doente que recusa o analgésico é porque não tem dor.		0,704		
18*	Podemos avaliar todas as características da dor do doente através das escalas convencionais da dor.		0,634		
16*	O doente que consegue dormir não tem dor.		0,613		
17*	A terapêutica farmacológica é o único meio eficaz no combate à dor crónica.		0,560		
20*	É necessário avaliar e registar a dor apenas quando o próprio doente valoriza a sua dor.		0,549		
13*	Informar o doente como controlar a sua dor ultrapassa o âmbito das minhas competências.		0,519		
14*	Quando o doente com dor é demasiado solicitador, procuro evitar aproximar-me dele.		0,512		
21*	Os opióides devem ser evitados nos doentes idosos.			0,644	
15*	A dor provocada por um procedimento técnico de enfermagem, ainda que intensa, não justifica analgesia.			0,621	
22	Conversar com o doente reduz-lhe a intensidade da dor.				0,791
23	A ansiedade aumenta a percepção da dor.				0,499
1	A família do doente precisa do nosso apoio para desempenhar um papel activo nos cuidados de alívio e controlo da dor.				0,384
(*) Item com o sentido da resposta invertido					
% total de variância explicada por factor		17,2%	13,8%	8,9%	7,3%
% total de variância explicada			47,2%		
KMO = 0,902; Teste de Esfericidade de Bartlett = 2469,46; p < 0,001					

fiável utilizaram-se, para a eliminação de itens, os seguintes critérios: saturação inferior ou igual a 0,3; correlação simultânea com dois factores, sendo que a distância entre ambos os valores não dista mais do que 0,1.

De acordo com estes critérios, os resultados dessa análise revelaram que os 23 itens se organizam em quatro factores (Quadro 1). A designação atribuída a cada factor procurou reflectir o conteúdo conceptual global dos itens que o compõem[§]. De salientar que nenhum dos itens seleccionados pela análise da fidelidade, foi eliminado na análise factorial.

- Factor 1 - «Cuidar Centrado na Pessoa com Dor» (CCP). Os onze itens que constituem este factor explicam 17,2% da variância explicada e pretendem avaliar a pré-disposição do estudante de Enfermagem para o cuidar centrado na pessoa com dor.
- Factor 2 - «Pré-disposições Displícito-Redutoras» (PDR). Os sete itens deste factor explicam 13,8% da variância explicada e pretendem avaliar a pré-disposição do estudante de Enfermagem para uma atitude mais cuidativa, isto é, menos displícito-redutora.
- Factor 3 - «Pré-disposições Terapêutico-Curativas» (PTC). Os dois itens que saturaram esta dimensão explicam 8,9% da variância explicada e pretendem avaliar a pré-disposição do estudante de Enfermagem para a adesão aos recursos terapêuticos farmacológicos e não-farmacológicos de alívio e controlo da dor.
- Factor 4 - «Apoio Socioemocional» (ASE). Os três itens que constituem este facto explicam 7,3% da variância explicada e pretendem avaliar a pré-disposição do estudante de Enfermagem quanto à valorização do apoio socioemocional, no cuidar a pessoa com dor.

Padronização: cotação e interpretação dos resultados

A cotação foi concebida para que uma pontuação mais elevada traduza atitudes mais orientadas para o cuidar.

Tendo presente que os factores não apresentam o mesmo número de itens, optou-se pelo *score* médio. Deste modo, os valores oscilam entre um

mínimo de 1 e um máximo de 5 não só para o total como para cada um dos factores.

Conclusão

Existe um quadro teórico relevante sobre a dor como 5.º sinal vital, no entanto, pouco sabemos sobre as questões relacionadas com os processos de formação dos estudantes de Enfermagem, bem como com a sua atitude em relação a esta área de cuidados.

Os resultados apurados permitem concluir que a EACPD reúne bons critérios de validade e fidelidade. Este instrumento em função da análise factorial ficou constituído por quatro factores, que explicam 47,2% da variância demonstrando igualmente uma boa consistência interna, com α de Cronbach total de 0,8809.

Apesar de ser um instrumento que apresenta boas características psicométricas, propomos que seja feito um novo estudo incluindo estudantes de todo o país, e que se testem hipóteses de correlação com variáveis de contexto escolar.

Seria igualmente desejável tentar validar a escala para populações de estudantes de outros cursos, da área da saúde e para os profissionais de saúde (de enfermagem e outros), pois até este momento não se conhecem instrumentos que avaliem as suas atitudes no cuidar a pessoa com dor.

Bibliografia

- Castro Lopes JM. Fisiopatologia da Dor. Lisboa: Permanyer Portugal; 2003.
- Fernandes A. Rumo ao Hospital sem Dor: o percurso de uma investigação-acção. Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Dissertação não publicada; 2001.
- Fernandes A. A Avaliação da Dor na Criança. *Psychologica* 2004;37:65-77.
- Metzger C, et al. Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da dor; Modalidades de tratamento; Psicologia da dor. Loures: Lusociência; 2002.
- Nunnally MF. *Psychometric theory*. 2.ª ed. New York: McGraw Hill; 1978.
- Pais Ribeiro JL. *Investigação e Avaliação em Psicologia*. Lisboa: Climepsi; 1999.
- Ministério da Saúde. Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Divisão de doenças Genéticas, Crónicas e Geriatrias.
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Luta Contra a Dor; 2001.
- Rodrigues MA, Pereira AM, Ferreira CS. *Da Aprendizagem Construída ao Desenvolvimento Pessoal e Profissional*. 1.ª ed. Coimbra: Formasau; 2006.
- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales - a practical guide to development and use*. London: Oxford Medical Publications; 1989.
- Vaz-Serra A. *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica; 1994.
- Wall P. *Dor - A Ciência do Sofrimento*. Porto: Ambar; 2002.

[§]Nota: Uma maior pontuação nos Factores 2 e 3 significa atitudes que valorizam os sinais clínicos de dor e as intervenções cuidativas, em oposição às displícito-redutoras, uma vez que, neste factor, o sentido das respostas aos itens foi invertido (*).