

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA



ATITUDES, PRÁTICAS, BARREIRAS E CONHECIMENTOS
SOBRE A AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

Eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde

EUNICE JOSÉ DA GRAÇA DIAS GOMES DA SILVA

Mestrado em Ciências da Dor

Lisboa 2014

ORIENTADOR: Professor Doutor António Barbosa

COORIENTADORA: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo
Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa
em reunião de 22 de Abril de 2014.**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. António Barbosa, orientador deste projeto, agradeço todo o incentivo, carinho e disponibilidade.

À Professora Maria dos Anjos Dixe, minha coorientadora. Este trabalho não existiria se não fossem os incentivos, as sugestões, a ajuda incansável (e a todas as horas...) e disponibilidade permanente. Muito obrigada!

À Doutora Maria do Carmo Rocha, diretora do Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Leiria, à Dr.^a Ana Mangas, coordenadora da Unidade de Dor Crónica e à Dr.^a Elisabete Valente, coordenadora da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, pelo incentivo desde o primeiro momento do desenho do estudo.

À Dr.^a Isabel Macedo e ao Dr. Jorge Tomás um agradecimento especial, pela preciosa ajuda na bibliografia.

Aos colegas do Serviço de Anestesiologia, por me ouvirem...

Aos médicos e aos enfermeiros do Centro Hospitalar de Leiria, que participaram neste estudo, um agradecimento muito especial. O tempo é algo muito precioso e vocês cederam-me algum do vosso, partilhando os vossos conhecimentos e permitindo a elaboração deste trabalho.

Aos doentes que se disponibilizaram a responder às minhas perguntas, contribuindo para o projeto de otimização do tratamento da dor.

À minha família, em especial ao Filipe, à Catarina e à Beatriz pela tranquilidade com que aceitaram as minhas ausências e pelo incentivo ao longo de todo o percurso!

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	22
3. METODOLOGIA	23
3.1 Tipo de estudo	23
3.2 Intervenção estruturada nos serviços de cirurgia geral	24
3.3 População-alvo e amostra	26
3.4 Instrumentos	29
3.4.1 Instrumentos a aplicar aos profissionais	29
3.4.2 Instrumentos a aplicar aos utentes	30
3.4.3 Pré-teste	31
3.5 Procedimentos na recolha dos dados	32
3.6 Análise dos dados	32
4. RESULTADOS	34
4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional das amostras (médicos e enfermeiros)	34
4.2 Atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos	36
4.2.1 Atitudes dos médicos face à avaliação e controlo da dor	36
4.2.2 Atitudes dos enfermeiros face à avaliação e controlo da dor	39
4.2.3 Barreiras dos médicos e enfermeiros face à avaliação e controlo da dor	40
4.2.4 Práticas dos médicos e enfermeiros em relação à avaliação da dor	45
4.3 Impacto da intervenção estruturada nos profissionais de saúde	46
4.3.1 Impacto nas atitudes dos médicos e dos enfermeiros	47
4.3.2 Impacto nas práticas dos médicos e dos enfermeiros	51
4.3.3 Impacto nos conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros	54
4.4 Análise da prevalência e características da dor dos doentes em dois momentos distintos	54
4.4.1 Dados sociodemográficos dos doentes	55
4.4.2 Prevalência e caracterização da dor	56
4.4.3 Satisfação dos utentes face à avaliação e controlo da dor	58
5. DISCUSSÃO	63
5.1 Avaliação das atitudes, barreiras e práticas	63
5.2 Impacto da formação	70
5.3 Limitações do estudo	73
5.4 Para além do estudo... ..	73
6. CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho de estudo	24
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - distribuição dos inquéritos por serviço e grupo profissional	27
TABELA 2 - Distribuição dos dados das amostras quanto às características socioprofissionais	35
TABELA 3 - Distribuição das respostas das amostras que realizaram formação em dor pelas várias valências hospitalares	36
TABELA 4 - Distribuição das respostas pelos itens das atitudes dos médicos	38
TABELA 5 - Distribuição das respostas pelos itens das atitudes dos enfermeiros	40
TABELA 6 - Medidas de tendência central e dispersão, correlação item/total e consistência interna da escala das Barreiras ao controlo e tratamento da dor na opinião dos médicos e dos enfermeiros	42
TABELA 7 - Matriz de componentes principais após rotação <i>varimax</i> , dos itens da escala de barreiras dos médicos	43
TABELA 8 - Caracterização da amostra dos médicos quanto às barreiras na avaliação e controlo da dor	43
TABELA 9 - Matriz de componentes principais após rotação <i>varimax</i> , dos itens da escala de barreiras dos enfermeiros	44
TABELA 10 - Caracterização da amostra dos enfermeiros quanto às barreiras na avaliação e controlo da dor	44
TABELA 11 - Distribuição das respostas pelos itens das práticas dos médicos	45
TABELA 12 - Distribuição das respostas pelos itens das práticas dos enfermeiros	46
TABELA 13 - Descrição das dificuldades sentidas pelos médicos e enfermeiros na avaliação e controlo da dor, no seu serviço	47
TABELA 14 - Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às atitudes dos médicos na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada	48
TABELA 15 - Descritiva das atitudes face à avaliação e controlo da dor com diferenças estatisticamente significativas antes e depois da formação dos médicos	49
TABELA 16 - Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às atitudes dos enfermeiros na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada	50
TABELA 17 - Descritiva das atitudes face à avaliação e controlo da dor com diferenças estatisticamente significativas antes e depois da formação dos enfermeiros	51

TABELA 18 - Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às práticas dos médicos na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada	52
TABELA 19 - Descritiva das práticas dos médicos face à avaliação e controlo da dor com diferenças estatisticamente significativas antes e depois da formação	52
TABELA 20 - Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às práticas dos enfermeiros na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada	53
TABELA 21 - Descritiva das práticas dos enfermeiros face à avaliação e controlo da dor com diferenças estatisticamente significativas antes e depois da formação	53
TABELA 22 - Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon aos conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros sobre a avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada	54
TABELA 23 - Dados sociodemográficos das duas amostras de utentes	55
TABELA 24 - Motivos do internamento dos utentes entrevistados	56
TABELA 25 - Distribuição das respostas dos doentes quanto à presença de dor nas últimas 24 horas	57
TABELA 26 - Distribuição das respostas dos doentes que reportaram dor, em relação à sua severidade	57
TABELA 27 - Distribuição das respostas dos doentes em relação ao tipo de avaliação da dor pelos profissionais de saúde	58
TABELA 28 - Distribuição da percentagem de alívio da dor dos medicamentos, nas última 24 horas	58
TABELA 29 - Distribuição das respostas dos doentes em relação ao tipo de avaliação da dor pelos profissionais de saúde	58
TABELA 30 - Distribuição das respostas dos doentes quando questionados se queriam mais medicação para as dores e justificações para não quererem mais medicação	59
TABELA 31 - Distribuição das respostas das amostras em relação à medicação no domicílio, tipo de medicação, manutenção dessa medicação e razões para a não manutenção	60
TABELA 32 - Caracterização da medicação analgésica fixa prescrita	61
TABELA 33 - Distribuição da medicação analgésica de resgate prescrita consoante as amostras	61
TABELA 34 - Distribuição das respostas em relação à satisfação dos doentes com o tratamento da dor e com os profissionais de saúde	62

RESUMO

Objetivos: Avaliar as atitudes, práticas, barreiras e os conhecimentos dos médicos e enfermeiros em relação à avaliação e controlo da dor; avaliar o impacto de uma intervenção estruturada nas atitudes, práticas, barreiras e nos conhecimentos dos médicos e enfermeiros em relação à avaliação e controlo da dor e determinar a taxa de prevalência e características da dor nos doentes internados nos serviços de cirurgia geral, antes e após a intervenção estruturada foram os principais objetivos deste estudo.

Métodos: Para atingir os objetivos foram desenvolvidos três estudos em três amostras: médicos, enfermeiros e doentes a quem foram aplicados instrumentos (questionários) construídos no presente estudo. Numa subamostra dos profissionais foi realizada uma intervenção estruturada de formação na área da dor com avaliação das variáveis antes e depois dessa intervenção. Participaram 73 dos médicos (57,9% do universo) e 120 dos enfermeiros (55,8% do universo). Na avaliação do impacto da intervenção, foram emparelhados 14 de um universo de 26 médicos e 15 de um universo de 39 enfermeiros. Colheram-se dados de 47 doentes antes da intervenção e de 35 depois da intervenção. Neste estudo os doentes não foram emparelhados. Os dados foram colhidos num Hospital da Zona Centro do País.

Resultados: Em média a amostra dos profissionais mostrou atitudes positivas face à dor. Apenas 6 dos 27 itens, no caso dos médicos e 2 de 21, no caso dos enfermeiros, mostraram atitudes menos positivas e estas estavam relacionadas com a utilização de opióides. Em relação às práticas, detetaram-se pontos a melhorar, nomeadamente na utilização de opióides fortes. Foram determinadas as características psicométricas da escala das barreiras tendo a mesma mostrado boas propriedades psicométricas ($\alpha=0,783$ na escala dos médicos e $\alpha=0,793$ na dos enfermeiros). A análise factorial com rotação varimax permitiu extrair dois factores tanto na escala dos médicos (Barreiras dos doentes, Barreiras dos profissionais e instituição de saúde) como na escala dos enfermeiros (Barreiras associadas à avaliação e administração de medicação e Barreiras dos profissionais de saúde).

Os médicos concordaram mais com as barreiras associadas aos doentes e os enfermeiros com as barreiras associadas à avaliação da dor e administração de medicamentos.

Ao avaliar o impacto da intervenção dirigida aos profissionais, verificou-se diferença significativa ($p<0,05$) em alguns dos itens das atitudes e nas práticas. A melhoria no nível dos conhecimentos foi estatisticamente significativa ($p <0,01$) tanto nos enfermeiros como nos médicos. Na avaliação dos doentes antes e depois da intervenção, houve uma diminuição de prevalência de dor nas 24 horas de 61,7% para 45,7%. Os doentes mostraram-se satisfeitos com a avaliação e controlo da dor nos dois momentos analisados.

Conclusão: Este estudo está de acordo com o referido na literatura: para um maior impacto no controlo da dor é necessário um envolvimento institucional, educativo e envolvimento do doente e da sua família. Não chega só a formação. No entanto, a melhoria dos conhecimentos dos profissionais e a ligeira melhoria das atitudes e das práticas, com uma prevalência de dor a baixar, leva à reflexão de que valerá a pena melhorar e ampliar a formação proposta, propô-la a mais serviços do Centro Hospitalar e envolver a instituição, no sentido de continuar o projeto de melhor controlo da dor.

Palavras-chave: avaliação da dor, tratamento da dor, conhecimentos, barreiras, atitudes, práticas, programa educacional

ABSTRACT

Objective: To determine attitudes, practices, barriers and knowledge regarding pain assessment and management among physicians and nurses. Assess the impact of an educational program on attitudes, practices, barriers and knowledge regarding pain assessment and management among physicians and nurses of the surgical wards. Evaluate pain prevalence and pain characteristics among hospitalized surgical patients, before and after the educational program.

Methods: To achieve the proposals, three studies were developed, in three samples: questionnaires (developed in this study) were applied to physicians, nurses and patients. In the surgical wards they were applied before and after the educational intervention. 73 physicians (57,9%) and 120 nurses (55,8%) responded to the survey. To assess the impact of the educational intervention, 14 physicians, from a total of 26 and 15 nurses from a total of 39 were compared. Data from 47 patients before the intervention and 35 after the intervention were collected. These patients were not paired. Data were collected in an Hospital from the Center of Portugal.

Results: On average, health professionals have had positive attitudes toward pain. Only 6 in 27 items, among physicians, and 2 in 21 items, among nurses, showed less positive attitudes which were related to opioid management. Practices evaluation detected some aspects to improve, namely strong opioids management. Barriers survey psychometric properties were determined and showed to be good ($\alpha=0,783$ in physicians survey and $\alpha=0,793$ in nurses survey). Factorial analysis with varimax rotation allowed to extract two factors in both physicians and nurses surveys. In the physicians survey: patients barriers and professionals and health institution barriers. In the nurses survey: assessment and drugs administration barriers and health care professionals barriers. Physicians agreed most with patient barriers. Nurses agreed most with pain assessment and drugs administration barriers.

Impact's evaluation of the educational intervention showed significant differences ($p<0,05$) in some attitudes and practice items. Knowledge improvement was statistically significant ($p<0,01$) both in physicians and nurses. Patient evaluation before and after the intervention showed a pain prevalence in the last 24 hours decrease from 61,7% to 45,7%. In both moments patient were satisfied with pain assessment and management.

Conclusion: This study reflects the literature: to a major pain management, institutional and educative involvement are necessary as well as incorporating the patient and his family. Educational interventions alone are not enough. In this survey, the knowledge improvement, the slight better attitudes and practices and low pain prevalence shows that the proposed educational intervention can be enlarged, ameliorated and expanded to other health care providers, from other wards and specialties. It is also important to involve the institution, so this project to improve pain assessment and management can be continued.

Keywords: Pain assessment, pain management, knowledge, barriers, attitudes, practice, educational program

1. INTRODUÇÃO

A dor e o seu tratamento são amplamente estudados e referenciados na literatura. O alívio da dor é um direito dos doentes e muitas instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) ou a Joint Commission on Accreditation of Healthcare, têm elaborado orientações clínicas e iniciativas (como o dia internacional da dor e o ano global contra a dor), de modo a promover uma melhoria significativa do tratamento da dor como incremento da qualidade dos serviços de saúde. ^(1,2,3)

Todavia, a dor continua a ser subtratada: segundo Cohen et al. (2003), 30 a 50 % dos doentes com cancro têm dor durante o tratamento e 70 a 90% dos doentes com doença avançada têm dor. ⁽³⁾ 34% dos doentes com cancro continua a reportar dor severa 30 dias depois da primeira consulta de avaliação. ⁽⁴⁾ Bennett et al (2009), num estudo que avalia o impacto da educação do doente no tratamento da dor, refere uma prevalência de 40 a 70% no doentes com doença avançada. ⁽⁵⁾ No nosso país, entre 2007 e 2008, foi realizado um estudo, via telefónica, com 5094 participantes, que revelou uma prevalência de dor crónica de 36,7% (sendo que, em 85% dos casos era recorrente ou contínua e 68% classificada como moderada a severa). ⁽⁶⁾

A nível hospitalar, a prevalência de dor também é elevada. Salomon et al (2002) fizeram um estudo exaustivo sobre a prevalência de dor em todos os departamentos de um hospital Universitário Francês. Nas 24 horas anteriores ao estudo, 55% dos doentes (de um universo de 998) tinham tido dor, com uma prevalência de dor severa de 25%. ⁽⁷⁾ Um estudo semelhante realizado por Strohbuecker et al (2005) num Hospital Universitário Alemão, com 561 doentes, revelou uma prevalência de dor nas 24 horas anteriores de 63% e de dor severa de 36%. ⁽⁸⁾ Sawyer et al (2010) publicaram um estudo sobre a prevalência de dor num Hospital Canadiano Universitário. Entre 98 doentes, a prevalência de dor foi de 84%, na altura do inquérito, com 51% a apresentarem dor de intensidade moderada ou intensa. 26% dos doentes referiram dor severa nas 24 horas anteriores. ⁽⁹⁾ Muito interessante, também, é o estudo de Costantini et al (2002), semelhante aos anteriores, mas efetuado em 30 hospitais de região da Liguria (Itália). De 4121 doentes, 56,6% referiram dor nas últimas 24 horas e destes, 29,6%, apresentaram dor severa. ⁽¹⁰⁾

A autora do presente trabalho efetuou, em 2012, um estudo sobre a prevalência de dor intra-hospitalar, no Centro Hospitalar de Leiria (CHL), concluindo uma prevalência de dor de 52,5% nas 24 horas anteriores ao inquérito (28,8% de dor severa) e 41,2% na altura do inquérito (2,7% de dor severa).⁽¹¹⁾

Os artigos são unânimes a atribuir os motivos do mau controlo da dor a várias barreiras ao tratamento da mesma. Pela análise de diversos estudos, podemos dividi-las em diversas áreas: associadas aos doentes e suas famílias, associadas aos profissionais, barreiras económicas, legais e administrativas e sociais. Resumindo os estudos de Joranson (1994), Kimberly et al (1999), Drayer et al (1999), Yates et al (2002), Gunnarsdottir et al (2003), Cohen et al (2003), Sun et al (2007), Giordano e Schatman (a, b, c, 2008), Duignain et al (2008), IASP (2008), McAulif et al (2008), Bennet et al (2009), Manias (2012), Zuccaro (2012) e Nguyen et al (2013) podemos aprofundar cada uma das barreiras nomeadas: ^(3,5,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26)

- nas barreiras associadas aos doentes, podemos destacar: poucos conhecimentos sobre dor, não reportar a dor, não aderir à terapêutica, receio dos efeitos secundários dos opióides, medo que o aumento da dor seja significado de progressão da doença e de distrair o profissional de saúde do tratamento do cancro, influências culturais e crenças no sofrimento como purificação. A população está, também, cada vez mais idosa, com mais patologia (muitas vezes com alterações cognitivas e sensoriais, que dificultam a comunicação), muita medicação e alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas, inerentes à idade, o que torna mais complexo o tratamento da dor. Outra dificuldade surge quando o doente sofre de demência, ou não comunica. São situações que tornam ainda mais difícil a avaliação da dor. Embora existam escalas para minimizar este obstáculo, poucas vezes são utilizadas.

- Como barreiras associadas aos profissionais, temos a falta de conhecimentos e de protocolos nos serviços, a ausência de avaliação da dor (quer por indiferença, quer por falta de tempo) e da utilização dos instrumentos para o efeito. Logo durante a licenciatura, existe uma falta de investimento nos temas relacionados com a avaliação e controlo da dor. A opiofobia e influências culturais nos próprios profissionais, o medo dos efeitos secundários e a ausência de referenciação para unidades diferenciadas.

- nas barreiras económicas destaca-se a própria economia mundial. A onnipotência e onnipresença dos mercados leva a incentivos ao corte no tempo dedicado a cada doente

e maior eficiência/menor custo. Na regulamentação da prática médica, muitas vezes o número sobrepõe-se à qualidade. O custo das terapêuticas e dos fármacos influenciam o racionamento dos mesmos e dos exames de diagnóstico e limita o acesso dos doentes, que cada vez estão mais pobres.

- Como barreiras legais e administrativas, surgem processos judiciais relacionados com a prescrição de opióides, que condicionam e influenciam negativamente, quer a opinião pública, quer os médicos que os prescrevem, bem como as leis reguladoras e restritivas em relação à prescrição.

- A nível social, a discrepância no acesso ao tratamento da dor e a distribuição demográfica desigual de especialistas da dor, são outras das barreiras.

Giordano e Schatman (2008), publicaram 3 interessantes artigos que fazem uma análise ética ao que ele denomina de “crise no tratamento da dor crónica”. O doente é único, tem reações específicas à dor. O médico não pode só compreender a dor (o seu efeito neuronal, mecanismos e sintomas), mas também os efeitos que ela exerce num determinado doente, como afeta a cognição, o comportamento e as emoções. Os autores enfatizam que, sendo muito complexo o tratamento da dor, se o profissional, nomeadamente o “médico da dor”, adaptar os princípios éticos (acreditar no doente, considerando a subjetividade da dor, não permitir o deliberado prolongamento de dor severa, aplicar os mesmos princípios de tratamento a todos os doentes com dor), conseguirá um bom tratamento da dor. Mas como a abordagem da dor é multidisciplinar, defendem, também, uma boa articulação com os cuidados de saúde primários e uma formação permanente dos profissionais, ao longo de toda a carreira.^(18,19,20)

Avaliar e tratar a dor exige a participação de todos. Começa pelos doentes, que muitas vezes não se queixam, quando têm dor. Porque a desvalorizam, porque “tem de ser”, porque “faz parte” da vida. Está descrito que a adesão à terapêutica é de apenas um terço dos doentes com entidades crónicas.^(5,27) Como já referido, também a avaliação e tratamento da dor nos doentes não comunicantes é difícil e muitas vezes descuidada.^(23,28) Se o profissional de saúde não questionar o doente diretamente, se não fizer uma correta avaliação da dor, o doente continuará com a sua dor. E se o enfermeiro perguntar e transmitir ao médico, este terá de instituir terapêutica, caso contrário, de

pouco serviu diagnosticar a dor. Se se tratar de um doente em ambulatório, por outro lado, ele terá de aderir ao tratamento.

É neste contexto que surgiu a proposta deste trabalho: analisar as atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor, por parte dos profissionais de saúde, percebendo quais os pontos a melhorar e sensibilizando para esta problemática. Depois destas ações, voltar a avaliar as variáveis em estudo, tentando perceber se teria existido uma melhoria nos conhecimentos, atitudes e práticas em relação à avaliação e controlo da dor. Além destes objetivos, neste estudo também se propôs avaliar a prevalência de dor nos doentes em dois momentos distintos: imediatamente antes e após a formação e sensibilização dos profissionais. Estas amostras não sendo emparelhadas não são comparáveis, no entanto poderão traduzir o impacto, “no terreno”, das práticas dos profissionais.

Em virtude de não ser possível, no tempo disponível para a realização deste estudo, efetuar a formação optou-se por, numa primeira fase, começar pela formação aos profissionais dos serviços de Cirurgia Geral. Estes serviços foram escolhidos para a intervenção, porque o estudo prévio da prevalência de dor no CHLP, já citado anteriormente, revelou uma maior prevalência de dor nos serviços cirúrgicos (69,8% dos doentes). Este estudo, que abrangeu 141 doentes do CHL, serviu de orientação para o presente estudo.⁽¹¹⁾

Na perspetiva de conhecer a realidade de todo o Hospital no que se refere às atitudes, práticas e barreiras, os primeiros 4 grupos dos questionários para os profissionais de saúde, na primeira avaliação, foram estendidos a todos os profissionais do CHLP, com exceção dos que trabalham nos serviços de Psiquiatria, Obstetrícia, Anestesiologia, Pediatria e Cuidados Intensivos, pela especificidade desses grupos.

Nas próximas páginas pretende-se refletir sobre o impacto das atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor e a importância de uma intervenção educacional.

Segundo Myers (1996) no seu livro “Social Psychology” uma atitude é uma visão favorável ou desfavorável sobre algo ou alguém, devido às suas crenças, opiniões ou intenções.⁽²⁹⁾ Uma atitude pode ser preditiva de determinado comportamento (uma atitude negativa em relação aos opióides pode impedir um adequado tratamento da dor).

Grande parte dos valores, crenças e atitudes relativos à saúde, é adquirida durante a infância, no processo de socialização, que é quando os padrões de comportamento característicos de um grupo são aprendidos.⁽³⁰⁾

O objetivo final do profissional de saúde pode ser um alívio completo da dor do seu doente, mas os medos incutidos durante grande parte da sua vida (por exemplo, que a morfina é para os doentes oncológicos terminais) interferem na altura de efetivar a prescrição ou administrar o reforço analgésico.⁽³¹⁾

Como se observa, a atitude está intimamente ligada às práticas de cada um. Os editores do livro “Harrison’s Principles of Internal Medicine” referem, no seu primeiro capítulo, que a prática médica combina ciência e arte. A ciência através da investigação e do conhecimento. A arte como a capacidade de combinar o conhecimento com a intuição e um correto julgamento.⁽³²⁾ Para Elliot et al (1995) conhecimento representa a informação cognitiva que um indivíduo tem sobre um assunto. Estes autores publicaram um estudo sobre os conhecimentos e atitudes dos médicos, em relação ao tratamento da dor oncológica, em 6 comunidades do Minnesota. Os inquéritos foram efetuados via telefónica. Da amostra de 145 médicos, 73% eram médicos dos cuidados primários. No geral, as atitudes foram positivas e os conhecimentos considerados ressoáveis, mas foi demonstrada uma grande preocupação em relação aos efeitos secundários dos analgésicos, o que limitava a sua prescrição, e pouco crédito, em relação aos tratamentos complementares.⁽³³⁾

Em 2004, Broekmans et al publicaram um estudo cujo objetivo foi investigar as atitudes dos enfermeiros de um hospital universitário belga, em relação ao tratamento da dor oncológica com opióides. A maioria dos enfermeiros (76% de uma amostra de 350) tinha noção de que os doentes recebiam medicação inadequada. No geral, houve uma atitude liberal em relação aos opióides (mais nos enfermeiros da oncologia que nos dos serviços de medicina e cirurgia), mas atitudes negativas em relação a dois pontos: o uso de opióides numa fase de diagnóstico e o receio de adição em situações de utilização prolongada de opióides. O estudo ressalta a necessidade de atenção a estes pontos, pois podem levar a um tratamento inadequado em certos grupos de doentes.⁽³⁴⁾

Voltando aos medos incutidos durante a vida, se o profissional de saúde elevar os seus conhecimentos, treinar a capacidade de julgar, de intuir, de empatizar, moldará, certamente, as suas atitudes e obterá, no terreno, melhores práticas. O que se passa é que

os profissionais de saúde por vezes estão desmotivados e pouco sensibilizados para o tema da dor (o que desencadeia barreiras...), pelo que a generalidade dos estudos deste campo mostra uma grande necessidade de formar, sensibilizar e sobretudo, organizar.

Levin et al (1998) sugerem que o comportamento médico, no tratamento da dor oncológica é reflexo dos seus conhecimentos e atitudes. Os autores concluíram que os oncologistas utilizavam mais vias de administração de analgésicos, mais técnicas invasivas e com mais frequência tratavam a dor irruptiva, comparativamente com os médicos dos Cuidados Primários. Defendem, assim, que a formação deve ser dirigida a cada grupo profissional em particular e a cada faixa etária.⁽³⁵⁾ Também Green et al (2003) demonstraram que o adequado tratamento da dor pode ser influenciado pelas características do doente e a variabilidade dos médicos prescritores. Neste estudo, que comparou as respostas a nove casos clínicos diferentes, concluiu-se que era mais provável os médicos controlarem melhor a dor nos homens com dor aguda pós-operatória ou oncológica.⁽³⁶⁾ O estabelecimento de orientações clínicas para os profissionais de saúde e a formação e campanhas para o público em geral, parece serem mais eficazes a alterar práticas que a formação contínua habitual.⁽³⁵⁾

Baseado nesta noção de que a formação não chega: é necessário “tornar a dor visível”, Stevenson et al (2006) criaram um projeto designado de “institucionalização do controlo da dor”, que teve como objetivo ajudar sete estados que tinham já iniciativas em relação ao tratamento da dor, a implementar programas para melhorar esse tratamento. Participaram 113 organizações de saúde, entre hospitais comunitários, instituições de cuidados prolongados e instituições domiciliárias. Cada instituição foi submetida a um plano de controlo de qualidade, durante dez meses, que incluiu: uma visita à instituição, duas conferências formativas e análises pré- e pós-programa. Demonstraram que houve uma melhoria organizacional, ao integrarem os conhecimentos com as práticas. Ter o feedback dos resultados e da análise, pode melhorar a qualidade do controlo da dor. A maioria das instituições passaram a ter instrumentos de avaliação de dor. Nos Hospitais, houve uma redução na percentagem de doentes com dor contínua, embora, no geral, a percentagem de dor severa continuasse a ser alta.⁽³⁷⁾

Outro projeto de sucesso na alteração das práticas, com melhoria da prevalência de dor é o “Hospital sem dor”, que começou em Montreal, no Canadá, em 1992, e se estendeu, rapidamente, a outros países, como Bélgica, França, Itália, Espanha, entre outros. O

objetivo principal é o aumento do alívio da dor, entre os doentes hospitalizados. Através de avaliação prévia sobre as prevalências de dor e conhecimentos dos profissionais e posteriores campanhas no terreno, auditorias frequentes, formações específicas e material de formação para profissionais, doentes e famílias, tem conseguido melhorar o controlo da dor, nos hospitais envolvidos.^(38,39,40,41,42,43,44)

Mas também é correto que estes projetos necessitam de muito trabalho voluntário, da parte dos profissionais de saúde. Os que participam, não terão, de certo, as atitudes mais negativas sobre o tema “dor”. Também por isto estes programas terão sucesso.

No CHLP, um projeto semelhante ao “Hospital sem Dor” está a dar os primeiros passos e este estudo, permitindo uma avaliação prévia, pretende orientar, também, o caminho a seguir.

A intervenção ao nível do doente e da sua família está provada como eficaz, se não se limitar à formação, mas for mais longe, com instrumentos didáticos, visitas ao domicílio, telefonemas regulares, cuidados individualizados, mais estratégias não farmacológicas, centralizando o tratamento no doente, ou seja, melhoria da comunicação.^(45,46,47,48) Como já referido anteriormente, programas de formação aos profissionais de saúde, integrados com estes apoios aos doentes e suas famílias, com organização a nível institucional, são os únicos capazes de ultrapassar barreiras e permitirem um melhor controlo da dor.

E o que sentem os nossos profissionais? Como é a realidade portuguesa? Sentiremos como nossos todos estes problemas? À partida, os problemas serão os mesmos, mas este estudo teve como objetivo definir uma escala de avaliação das barreiras em relação ao tratamento da dor e validá-la. Como já foi referido, a análise, no terreno, das dificuldades é o primeiro passo para as ultrapassar.

Durante muitos anos investiu-se pouco na formação dos profissionais de saúde, na área da dor. A dor foi (e, nalguns locais ainda é) um tópico muitas vezes negligenciado. Felizmente, nacional e internacionalmente tem-se tentado inclui-la no currículo de disciplinas universitárias.⁽⁴⁹⁾

Em Portugal, a APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor) tem feito um esforço conjunto com várias Faculdades para incluir programas curriculares com formações na área da dor. Recentemente, a Cátedra de Medicina da Dor da Faculdade

de Medicina do Porto (primeira Cátedra de Medicina da Dor do País), organizou a primeira escola para pessoas com dor (com início em Setembro de 2013), iniciativa inédita, no nosso país. O objetivo é transmitir aos doentes com dor conhecimentos, de forma a minorar o seu impacto.⁽⁵⁰⁾

Em relação aos livros de texto, estes são, apenas, uma das formas de instrução, mas é muito interessante a análise que o estudo de Ferrel et al (2000) fazem: numa seleção de 46 textos mais utilizados nos programas de enfermagem dos Estados Unidos, apenas 29 incluíam informação sobre dor. Destes, nenhum incluía discussão sobre fármacos adjuvantes, titulação de doses ou menção sobre aumento de dose quando a dor não está controlada.⁽⁵¹⁾

No presente estudo, procurou-se fazer uma análise da literatura, procurando questionários que aferissem conhecimentos, práticas, atitudes e barreiras na área da avaliação e tratamento da dor, quer de médicos quer de enfermeiros, de vários locais do globo, de forma a enriquecer a construção dos questionários apresentados. Nas próximas linhas tentar-se-á apresentar alguns resultados desses estudos, de forma a compreender-se o seu impacto.

Mercadante, médico italiano, grande empreendedor na área dos cuidados paliativos e defensor da formação contínua, mas auditada continuamente, publicou, com Salvaggio, em 1996, um estudo que apresentava os resultados da aplicação de um questionários com 28 questões sobre dor, prévio à ação de formação, dirigido a médicos a trabalhar em centros de tratamento de dor da região da Sicília. 23% tiveram dificuldades em prescrever opióides e 46% prescreviam analgésicos intramusculares. A dose diária de morfina era muito baixa e os opióides eram mais usados nos departamentos cirúrgicos que nos médicos. Apesar de tudo, a via oral foi a via mais escolhida. Concluiu que era necessário formar os profissionais de saúde.⁽⁵²⁾

Também de Itália nos chega um estudo mais recente: Visentin et al (2001), integrados no projeto “hospital sem dor”, aplicaram um questionário de 16 itens, de avaliação de conhecimentos sobre dor, a médicos e enfermeiros de um hospital geral de 1000 camas. Num total de 669 enfermeiros e 225 médicos, houve 61% de respostas corretas (65% dos médicos e 59% dos enfermeiros). A frase com maior percentagem de respostas corretas foi “para o tratamento correto da dor oncológica, é necessário avaliar a dor continuamente e a eficácia da terapia” e a mais errada foi: “pode ser usado, com

frequência, um placebo para tratar a dor”, em que 60% dos respondentes colocaram, erradamente, “concordo”.⁽³⁸⁾

Em 2000, foi publicado outro estudo com questionários aplicados a médicos rurais do estado do Texas. 59 questões foram divididas em 3 grupos: um avaliou os conhecimentos perante a dor e seu tratamento, outro, os atributos psicológicos relacionados com o tratamento da dor e o terceiro, a influência do sexo e a idade no tratamento da dor. Das 386 respostas, mais de 25% referiam que os doentes que recebiam opióides para o tratamento da dor, estavam em risco de adição. A maior parte respondeu, corretamente, que a maioria dos doentes com dor crónica estão submedicados e que o melhor juiz da intensidade da dor é o doente. No entanto, um terço respondeu, incorretamente, que o aumento das necessidades de analgesia indicava tolerância aos analgésicos e não concordou que a maioria dos doentes oncológicos deva receber opióides para o alívio da dor.⁽⁵³⁾

Também nos Estados Unidos, mas em seis comunidades do estado do Minnesota, Elliot et al. (1995) fizeram um inquérito telefónico com 24 questões, para avaliar, também, os conhecimentos e atitudes perante o tratamento da dor. 145 médicos responderam. Maioritariamente (87%) eram do sexo masculino, 73% dos cuidados de saúde primários e 23% cirurgiões (estes tiveram um pior desempenho). Este inquérito foi realizado no contexto do “Projeto de Dor Oncológica do Minnesota”, que teve como objetivos testar estratégias para melhorar o controlo da dor. De um score entre 18 e 65 (sendo o melhor 18), a média do score de conhecimentos foi de 25,1. Como ainda se encontra dentro do melhor quartil, foi considerado um bom resultado. Entre as perguntas que tiveram mais respostas incorretas, encontravam-se as que faziam referências aos opióides. A dependência física como algo expectável, a dor oncológica como algo inevitável, a não necessidade de administração parental para dores mais intensas e os anti-depressivos associados aos opióides não melhorando a dor, são algumas das respostas que refletem um fraco conhecimento do tema.⁽³³⁾

Tentando perceber a avaliação de conhecimentos feita um pouco por todo o globo, citam-se cinco estudos de locais com culturas muito própria e que, no entanto, apresentam resultados muito similares aos já referidos.

Na China, só em 1990 foi implementada a escada da OMS, para tratamento da dor. Por outro lado, no século XIX, o abuso do ópio levou a políticas muito restritivas em

relação aos opióides, por parte do governo. Estes são fatores que influenciam o tratamento e controlo da dor. Em 2000, foram aplicados inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e barreiras em relação à dor crónica, em dois centros médicos, com responsabilidades no tratamento da dor. De 204 respostas (internistas, cirurgiões, oncologistas e anestesistas) 66% consideraram os doentes submedicados, só 31% dos inquiridos tinham como objetivo o alívio completo da dor e mais de metade preferia petidina, por achar que tinha menos efeitos secundários. No geral, os conhecimentos foram deficitários.⁽⁵⁴⁾

Em 2009, avaliados 201 médicos de duas cidades chinesas, continuou a existir falta de conhecimentos. 50% conhecia bem a escada analgésica, mas 15% tinha pouco conhecimento e 2% nunca tinha ouvido falar. A petidina também era a escolha da maioria. Só 33% responderam não existir dose teto para a morfina e grande parte desconhecia as doses.⁽⁵⁵⁾

Um pouco antes destas datas, em 1999, em Israel, durante cinco meses foram distribuídos inquéritos em nove hospitais, a hematologistas, médicos de cuidados primários, cirurgiões gerais e internistas. 49% referiram relutância a prescrever opióides. As perguntas de conhecimentos detetaram deficits em fisiologia da dor, risco de adição, uso de adjuvantes, dose de analgésicos e tratamento de efeitos secundários.⁽⁵⁶⁾

Do Irão, em 2007, surge um estudo de Eftekhar et al, com uma amostra de 122 médicos em 6 hospitais universitários de Teerão. Sendo o score de avaliação de conhecimentos de 0 a 6 (sendo 6 o melhor), em 14 questões a média foi de 2. Os autores concluíram que há uma discrepância entre o que os médicos sabem e o que pensam que sabem.⁽⁵⁷⁾

Na Turquia, em 2008, Peker et al, aplicaram um questionário, também sobre controlo da dor, a médicos de um hospital universitário, a trabalhar em departamentos médicos e cirúrgicos, 75% sentem-se pouco seguros com a rotação de opióides e 63% com as perfusões de opióides. A conclusão também se centra nos poucos conhecimentos sobre dor e exageradas preocupações com opióides.⁽⁵⁸⁾

Em Portugal, foi apresentada, em 2010, uma tese de mestrado integrado em Medicina, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto, intitulada “Abordagem aos conhecimentos dos profissionais de saúde no âmbito do controlo da dor aguda pós-

operatória em crianças”. A tese tinha como instrumento um inquérito com perguntas de avaliação de conhecimentos. Foram considerados válidos 93 inquéritos (32,3% pertencentes a médicos e 67,7% a enfermeiros). Entre os que responderam a todas as questões, os médicos obtiveram 75,1% de respostas corretas e os enfermeiros 70,9%. A autora conclui pela necessidade de implementação de estratégias de formação.⁽⁵⁹⁾

Mas se existem parâmetros que não modificam, será mesmo necessário investir em formação?

Bennett et al (2009) publicaram uma metanálise que teve como objetivo quantificar o benefício das intervenções educacionais a nível dos doentes, para o controlo da dor crónica oncológica. Dos 61 estudos analisados, concluíram que as intervenções melhoraram os conhecimentos, as atitudes e a intensidade da dor, mas não houve melhoria na adesão ao tratamento, nem na interferência nas atividades da vida diária.⁽⁵⁾

Outra metanálise, publicada por Allard et al (2001), analisou 33 artigos, publicados desde 1962, sobre intervenções educacionais, na área da dor crónica oncológica, dos quais 25 (76%) eram intervenções para profissionais de saúde e 8 (24%) intervenções para doentes e suas famílias. A conclusão foi favorável às intervenções, como sucesso na mudança de atitudes e conhecimentos dos profissionais, (sobretudo com um maior envolvimento em ações de sensibilização e mais formação). Mais uma vez, não houve muito impacto nos níveis de dor dos doentes. No entanto, esta revisão conclui que as intervenções educacionais, de vários formatos, podem ser eficazes na melhoria de atitudes e conhecimentos. Os estudos que revelaram mais eficácia na redução dos níveis de dor foram os que utilizaram ferramentas, registos sistemáticos, diários de dor, ou seja, os que não se limitaram a formação teórica contínua.⁽⁶⁰⁾

Em 2000, foi publicado na revista *Pain*, um estudo conduzido por de Ronde et al, em três hospitais Holandeses. O estudo teve como objetivo a análise do comportamento em relação à avaliação da dor, por parte de médicos e enfermeiros e o impacto do “Programa de monitorização da dor” para enfermeiros (até que ponto os enfermeiros administram os analgésicos). Foram estudados dois grupos de doentes (um controlo e outro para intervenção). Foram feitas duas entrevistas a esses grupos: à entrada na instituição e à saída. No grupo da intervenção, durante o seu internamento foi implementado o programa de monitorização da dor, aos enfermeiros. Este programa educacional consistiu em duas fases: um programa educacional teórico de 3 horas (sobre

fisiologia, classificação, avaliação e tratamento da dor) seguido da avaliação diária do registo. Os autores concluíram que no grupo em que houve intervenção, os doentes receberam mais analgésicos, sobretudo os prescritos em SOS e para os doentes que tiveram dor mais severa. No entanto, a discrepância entre os analgésicos prescritos e os administrados, não diminuiu. Os médicos prescrevem pouco e as prescrições ainda são reduzidas pelos enfermeiros. Apesar disso, pelo facto de o programa ter sido efetivo nalgumas das áreas, sugere-se a sua implementação de rotina.⁽⁶¹⁾

Foi com esta esperança que surgiu o presente estudo, que não só avalia, localmente, todos os fatores referidos, mas também aplica, em termos práticos, um modelo de formação profissional, com uma ferramenta auxiliar em cartolina, com dimensões adequadas aos bolsos das batas, com inquéritos aos doentes, tentando auditar, posteriormente, a sua eficácia.

2. OBJETIVOS

Três objetivos gerais nortearam esta investigação: avaliar as atitudes, as práticas, as barreiras e conhecimentos dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos serviços de internamento do CHLP, na área da avaliação e controlo da dor. Avaliar o impacto de uma intervenção estruturada nas atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos dos profissionais de saúde da Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Leiria na área da avaliação e controlo da dor.

Avaliar a taxa de prevalência e características da dor nos doentes internados nos serviços de cirurgia geral, antes e após a intervenção estruturada, bem como avaliar o seu grau de satisfação face à avaliação e controlo da dor por parte dos profissionais de saúde e o tipo de fármacos prescritos e administrados, nessas duas ocasiões.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em três fases como a seguir se descreve e poderá ser visualizada na figura 1:

1ª fase – Pré-teste

- a) Avaliação da prevalência e características da dor e grau de satisfação dos doentes face à avaliação e controlo da dor por parte dos profissionais de saúde;
- b) Avaliação das características sociodemográficas e profissionais dos médicos e enfermeiros;
- c) Avaliação das atitudes, barreiras e práticas dos profissionais de saúde na área da avaliação e controlo da dor.

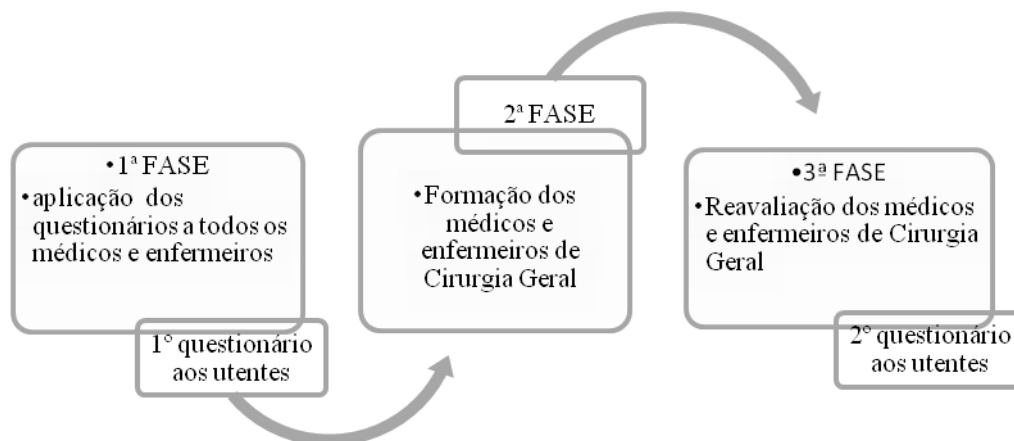
2ª fase - Intervenção

Nesta fase desenvolveram-se e aplicaram-se as estratégias e metodologias adequadas à formação dos profissionais de saúde. Em virtude de serem vários o profissional dos serviços que participaram optou-se por nesta fase apenas realizar a formação aos profissionais dos serviços de cirurgia.

3ª fase: Pós-teste

- a) Avaliação das atitudes, barreiras, práticas e conhecimentos dos profissionais de saúde na área da avaliação e controlo da dor;
- b) Avaliação da prevalência e características da dor e grau de satisfação dos doentes face à avaliação e controlo da dor por parte dos profissionais de saúde.

Tendo por base o anteriormente exposto poderemos classificar o estudo como quase experimental, do tipo pré teste / (avaliação antes da intervenção), pós teste (avaliação depois da intervenção) sem grupo de controlo (não houve um grupo em que não se interveio).

Figura 1: Desenho do estudo

3.2 INTERVENÇÃO ESTRUTURADA NOS SERVIÇOS DE CIRURGIA GERAL

Como se viu anteriormente, uma intervenção formativa, não altera muito a prevalência ou a intensidade de dor dos doentes. Mas altera, na generalidade, conhecimentos, algumas práticas e algumas atitudes. O que está provado é que a intervenção não deve ser meramente formativa e esporádica. Ela deve contemplar orientações clínicas, instrumentos de avaliação e uma organização institucional.^(5,60,61)

A AMA (*American Medical Association*) tem um programa denominado CME (*Continuing Medical Association*) que tem como objetivo a formação contínua dos diversos profissionais de saúde, em várias áreas. Ao abrigo deste programa, Fink, em 2000, publicou um programa de formação sobre a avaliação da dor. Nessa intervenção, foi entregue, a cada profissional, uma cartolina para o bolso da farda, como auxiliar de memória, onde se encontrava descrita a avaliação da dor pelo método WILMA (*Words to describe pain, Intensity, Location, Duration, Aggravating and Alleviating Factors*).⁽⁶²⁾

A leitura desse artigo, bem como a revisão da literatura sobre avaliação e tratamento da dor, rotação de opióides, equivalências de doses de opióides e orientações clínicas destas áreas, foram importantes para o delinear da formação teórica e elaboração das cartolinas que foram apresentadas e fornecidas aos médicos e aos enfermeiros dos Serviços de Cirurgia Geral, no âmbito deste trabalho.^(63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80)

As estratégias e metodologias adotadas foram as seguintes:

- a) Preenchimento do questionário imediatamente antes da formação, chamou a atenção de cada um dos profissionais para as dificuldades e lacunas na área da dor, permitindo uma maior atenção a esses temas durante a formação.
- b) Formação teórica dos conteúdos

Formação dos enfermeiros (anexo 1), após uma sucinta descrição da fisiopatologia da dor (que pretendeu explicar a importância da classificação da dor e consequente adequação do tratamento) foi feito um enfoque especial na avaliação da dor, acentuando a importância do enfermeiro nesta área. Seguiram-se alguns esclarecimentos sobre o tratamento, realçando dois pontos: a importância de manter sempre terapêutica analgésica, sobretudo no pós-operatório, mesmo sem queixas do doente e a necessidade de administrar a medicação prescrita em SOS, sempre que o doente tenha dores. Terminou-se a sessão com casos clínicos concretos, que suscitaram a discussão e a participação de todos. A sessão teve uma duração de hora e meia.

Na formação para os médicos (anexo 2), foram apresentados temas relacionados com a fisiopatologia, a distinção entre dor nociceptiva e neuropática e os tipos de tratamento. Os casos clínicos serviram para incentivar a participação e a colocação de dúvidas, enriquecendo muito a formação. Foram mostradas as várias formulações dos opióides para a dor crónica (comprimidos e emplastos), aproveitando para distinguir quais os de atuação imediata, para a dor irruptiva e os de libertação lenta.

- c) Foi oferecida, a cada um deles, uma cartolina para o bolso das fardas, com o objetivo de prolongar a aquisição de conhecimentos e ajudar, futuramente, em casos específicos. A cartolina para os enfermeiros (anexo 3) centrou-se na avaliação da dor, à semelhança do método “WILMA” e a dos médicos (anexo 4) teve por base o artigo de Mercadante (2007), sobre titulação de opióides.^(62,63) A cartolina distribuída aos médicos continha, numa das faces, a mesma informação entregue aos enfermeiros. Na outra, uma tabela para ajudar no tratamento da dor crónica oncológica, por ser uma área onde os cirurgiões pedem muita ajuda. A tabela descreve 4 situações de dor oncológica não controlada: o doente opióide “naive”, o doente que já se encontra medicado com opióides minor, o doente que se encontra medicado com opióide major e o doente com dor emergente. Para

- cada uma das situações expostas, descrevem-se várias opções de tratamento, contemplando uma dose basal e uma de resgate, ensinando a fazer os cálculos.
- d) Facultou-se, também, um texto onde foi descrita toda a teoria e casos práticos, para consulta posterior (para os enfermeiros, com o nome de “guia para avaliação da dor – conte-me a sua dor” (anexo 5) que pretendeu descrever com mais pormenor os passos de avaliação da dor abordados na cartolina, descrever as escalas para doentes não comunicantes, aprovadas para aplicação nos doentes do CHL (*checklist of nonverbal pain indicators* e *PAINAD-PT-Pain Assessment in Advanced Dementia*, versão Portuguesa). Esta aprovação era desconhecida para muitos enfermeiros, que tiveram contacto com as escalas pela primeira vez. Para os médicos facultou-se o “guia para tratamento da dor”). O texto entregue aos médicos durante a formação (anexo 6) descreve, com mais pormenor, a teoria e as situações dos doentes referidos na cartolina, ensinando a fazer os cálculos de aumento de dose de opióides, doses de resgate e rotação de doses. Para a dor aguda foram revistos os protocolos que cada um dos serviços utiliza habitualmente.
- e) Durante o período de formação foi incentivada a utilização dos protocolos de dor aguda dos respetivos serviços.
- f) 3 meses depois da formação foi solicitado o preenchimento do segundo questionário. No caso dos médicos, o preenchimento foi efetuado durante a reunião de serviço, junto da investigadora. No caso dos enfermeiros, o questionário foi entregue aos Enfermeiros Chefes, que os devolveram preenchidos, via correio interno hospitalar.

3.3 POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

A amostragem é uma etapa de grande importância no delineamento da pesquisa. Obter uma amostra representativa, para que se possam generalizar os resultados torna-se, por vezes, uma tarefa difícil. A adequação da amostra deve ir de encontro aos objetivos definidos. Assim, dados os recursos disponíveis, optou-se por uma amostragem não probabilística, intencional.

Profissionais de saúde:

A população-alvo foram todos os médicos e enfermeiros do CHLP, que exerciam a sua atividade nos serviços há mais de um mês, exceto os que trabalhavam nos serviços de

Psiquiatria, Obstetrícia, Anestesiologia, Pediatria e Cuidados Intensivos, pelas especificidades desses serviços. Também não foram incluídos os médicos de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, por raramente contactarem com doentes com dor crónica.

De um universo de 126 médicos, obtiveram-se 73 questionários (57,9%) validos. De um universo de 215 enfermeiros, obtiveram-se 120 questionários (55,8%) validos.

Na aplicação de todo o questionário, antes e após a intervenção, o alvo foram os médicos e enfermeiros pertencentes aos serviços de Cirurgia 1 e 2 do CHL, que exerciam a sua atividade nesse serviço há mais de um mês. De um universo de 26 médicos e 39 enfermeiros, obtiveram-se, na primeira aplicação, 20 questionários dos médicos (76,9%) e 23 dos enfermeiros (59%). Na segunda aplicação, obtiveram-se 14 questionários dos médicos (53,8% do número total dos médicos do serviço) e 15 dos enfermeiros (38,5% do número total dos enfermeiros do serviço).

A tabela 1 mostra a distribuição dos questionários e a percentagem de resposta por serviço e por grupo profissional.

Tabela 1: Distribuição dos inquiridos por serviço e grupo profissional

		Nº	nº (%) de resposta	% de resposta na 2ª aplicação em relação à primeira aplicação
Cirurgia 1	Médicos	12	9 (75%)	6 (66,7%)
	Enfermeiros	20	13(65%)	9 (69,2%)
Cirurgia 2	Médicos	14	11 (78,6%)	8(72,7%)
	Enfermeiros	19	10 (52,6%)	6 (60%)
Medicina 1	Médicos	20	8 (40%)	
	Enfermeiros	20	16 (80%)	
Medicina 2	Médicos	22	18 (81,8%)	
	Enfermeiros	20	9 (45%)	
Ortopedia 1	Médicos	8	7 (87,5%)	
	Enfermeiros	17	8 (47%)	
Ortopedia 2	Médicos	10	8 (80%)	
	Enfermeiros	18	17 (94,4%)	
Especialidades cirúrgicas	Médicos/Urologia	2	2 (100%)	
	Enfermeiros	16	10 (62,5%)	
Cardiologia	Médicos	5	0 (0%)	
	Enfermeiros	14	5 (35,7%)	
Gastro-medicina	Médicos/Gastro	8	4 (50%)	
	Enfermeiros	18	13 (72,2%)	
Ginecologia	Médicos	21	5 (23,8%)	
	Enfermeiros	17	12 (70,6%)	
Cirurgia Pombal	Médicos	2	1 (50%)	
	Enfermeiros	18	0 (0%)	
Medicina Pombal	Médicos	2	0 (0%)	
	Enfermeiros	18	7(38,9%)	

Doentes

Para determinar a prevalência, características e satisfação do doente face à avaliação e controlo da dor, definiu-se como população-alvo todos os utentes que estavam internados nos serviços de Cirurgia 1 e 2 do CHLP há, pelo menos 24 horas, que soubessem ler e escrever (os utentes que precisaram de ajuda no preenchimento foi-lhes prestada ajuda). Como critérios de inclusão, também foi estabelecido que estivessem conscientes e orientados para responder ao questionário e para dar o consentimento informado. A avaliação do estado de consciência foi avaliada através do mini exame mental. Em virtude do mini exame mental incluir vários itens que poderiam levar muito tempo a avaliar, utilizou-se, apenas, o indicador da orientação: qual é o ano, estação, dia/semana, dia/mês, onde estamos (país, estado, cidade, rua ou local).

No caso dos utentes não comunicantes, foi aplicado um questionário específico, com a escala DOLOPLUS 2, para avaliação da dor. Foram excluídos os doentes internados há menos de 24 horas e cujo representante legal não tivesse dado o consentimento.

Os questionários foram aplicados, através de entrevista, em dois momentos distintos: antes e depois da intervenção educacional. Todos os dados foram colhidos pela investigadora que não faz parte da equipa médica dos serviços, pois uma das áreas em avaliação foi a satisfação dos utentes face à avaliação e controlo da dor.

No serviço de Cirurgia 1, na primeira aplicação dos inquéritos, de um universo de 28 doentes internados, 25 preencheram os critérios de inclusão, entre os quais, 6 doentes não comunicantes (no total, 89,3% de inquéritos respondidos). Na segunda aplicação, de 25 doentes internados, 6 não preenchiam os critérios de inclusão, ou seja, foram preenchidos 19 questionários, entre os quais 5 doentes não comunicantes (75% do universo).

No serviço de Cirurgia 2, na primeira aplicação dos questionários, estavam internados 26 doentes. 4 não preenchiam os critérios, obtendo-se uma amostra de 22 doentes (5 dos quais não comunicantes), ou seja, 84,6% de resposta. No segundo momento da avaliação da prevalência de dor, estavam internados 24 doentes, dos quais 8 não preenchiam os critérios. Dos 16 doentes (66,6% de resposta), 2 eram não comunicantes.

Em síntese fizeram parte deste estudo 47 doentes no primeiro momento e 35 no segundo momento.

3.4 INSTRUMENTOS

Qualquer instrumento de avaliação pode definir-se como um conjunto de itens, questões ou situações, mais ou menos organizado e relacionado com um domínio a avaliar.⁽⁸¹⁾

No caso deste estudo o objetivo era avaliar vários itens (práticas, atitudes, barreiras, conhecimentos, prevalência de dor) em relação aos médicos e enfermeiros dos serviços, pelo que se dividiu cada questionário em vários grupos.

Dados os objetivos do estudo foi definido varias versões de instrumentos tendo presente não só as características das amostras como as fases em que foram aplicados.

Os instrumentos que a seguir se descrevem tiveram por base vários estudos nomeadamente os de Elliott et al (1995), Visentin et al (2001), Manalo (2008), Mercadante et al (1996), Weinstein et al (2000), Ger et al (2000), Yanjun et al (2010), Sapir et al (1999), Eftekhar et al (2007), Peker et al (2008), Breuer et al (2001), Fernández-Galinski et al (2007), Ferrell et al (2008), Furstenberg et al (1998), Gallagher et al (2004), Harris Junior et al (2008), Kim et al (2011), Levin et al (1998), Nimmaanrat et al (2010), Rurup et al (2012), Shahnazi et al (2012), Von Roenn et al (1993), Wolfert et al (2010) e Zanolin et al (2007).^(31,33,35,38,49,52,53,54,55,56,57,58,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93)

3.4.1 Instrumentos a aplicar aos profissionais

Na 1ª avaliação os instrumentos eram constituídos por 5 grupos e dois casos clínicos (Anexo 7 e Anexo 8).

Grupo I: dados sociodemográficos e profissionais: idade sexo, ano do início do internato complementar/final da formação académica, serviço a que pertence, início de funções no serviço, formação anterior, tipo de formação e quantas horas.

Grupo II: constituído por 27 questões para os médicos e 21 no caso dos enfermeiros, pretendeu avaliar as atitudes dos profissionais face à avaliação e controlo da dor. Cada um dos itens apresenta 5 opções de resposta do tipo Likert (desde “concordo plenamente” a “discordo plenamente”).

Grupo III: constituído por 12 questões, quer no questionário dos médicos, quer no dos enfermeiros, pretende avaliar barreiras à avaliação e controlo da dor. Cada um dos itens apresenta 5 opções de resposta do tipo Likert (desde “concordo plenamente” a “discordo

plenamente”). De salientar que a última questão era de resposta aberta para que os profissionais pudessem acrescentar alguma barreira não contemplada nas anteriores.

Grupo IV: constituído por 5 questões para os médicos e 6 para os enfermeiros, pretendendo avaliar as práticas na avaliação e controlo da dor. Cada um dos itens apresenta 4 opções de resposta do tipo Likert (“muito frequentemente” a “nunca”).

Grupo V: Constituído por duas áreas. Uma primeira constituída por 3 questões (enfermeiros) e 4 questões (para os médicos) para conhecer a sua opinião sobre como e realizada a avaliação e o tratamento da dor no respetivo serviço e uma questão comum sobre as dificuldades sentidas na avaliação e controlo da dor. A segunda área é constituída por 10 questões, no caso dos médicos (incluindo dois casos clínicos) e 6, no caso dos enfermeiros (inclui dois casos clínicos), para avaliar conhecimentos.

Na segunda avaliação: retiraram-se algumas perguntas nos instrumentos, por se achar desnecessário voltar a questionar “como classifica o tratamento da dor no seu serviço”, qual a percentagem de doentes que reportam dor” e “quais as dificuldades que sente na avaliação e controlo da dor aguda e crónica dos doentes”. Acrescentou-se uma pergunta para avaliar se o impacto da formação tinha sido positivo, do ponto de vista do profissional. [Anexos 9 e 10]

3.4.2 Instrumentos a aplicar aos utentes

A aplicar aos doentes comunicantes, através de entrevista (Anexo 11)

O grupo I pretende avaliar as características sociodemográficas e clínicas. O grupo II é constituído pelo Inventário Resumido da Dor. “O inventário Resumido da dor foi concebido com o objetivo de ser fácil de aplicar, rápido e simples, constituindo um método genérico prático de medição e avaliação da dor numa perspetiva multidimensional”.⁽⁹⁴⁾

Inclui 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Contem um item dicotómico para a verificação da dor, um item para a localização (diagrama representativo do corpo), uma escala de severidade da dor constituída por 4 itens (máximo, mínimo, média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (0 a 10) um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas, um item que quantifica

em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e finalmente uma escala de interferência funcional constituída por sete itens com escalas numéricas (0 a 10).

O grupo III integra questões relacionadas com a satisfação do utente face à avaliação e controlo da dor e o IV (preenchido através da consulta do processo) tem questões orientadas no sentido de perceber qual a medicação que estava a ser prescrita e administrada ao doente para tratamento da dor (fixa e em SOS).

Teve por base o questionário elaborado para o estudo de avaliação da prevalência de dor no CHLP, já referenciado. Fez-se algumas alterações, tendo em vista o preenchimento de lacunas sentidas no primeiro estudo, nomeadamente a adição do grupo da terapêutica.⁽¹¹⁾

A aplicar aos doentes não-comunicantes (Anexo 12)

Grupo I: Dados sociodemográficos e clínicos: Idade; sexo; estado civil; habilitações académicas, motivo de internamento, diagnóstico e tempo de internamento. Estes dados foram colhidos através do processo clínico.

Grupo II: Escala DOLOPLUS 2. Esta escala foi validada para português em 2006.⁽⁹⁵⁾ Permite a avaliação comportamental da dor na pessoa idosa. Sendo multidimensional, é constituída por 10 itens, distribuídos por 3 grupos, que pretendem avaliar as repercussões: somática, psico-motora e psicossocial. Dentro de cada item é dada uma pontuação de 0 a 3, consoante a ausência ou a gravidade da avaliação desse item. Admite-se a presença de dor para uma pontuação igual ou superior a 5/30.

3.4.3 Pré-teste

O pré-teste é uma fase importante do estudo, pois permite alterações que visam uma melhor elaboração das perguntas e a certeza de que estas são bem compreendidas.

O questionário dos médicos foi aplicado a dois médicos e o dos enfermeiros a 5 enfermeiros. Foram efetuadas apenas algumas alterações de português, para melhor compreensão das questões.

No caso do questionário dos doentes, já tinha sido aplicado um semelhante para o estudo da prevalência de dor hospitalar, o que permitiu, também, melhorá-lo, introduzindo o grupo de avaliação dos fármacos analgésicos prescritos e administrados. Nesse estudo também se sentiu a falta da avaliação da dor nos doentes não-

comunicantes, que tentou ser colmatada, no presente estudo, com a aplicação da escala DOLOPLUS.^(11,95)

3.5 PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DOS DADOS

Os dados foram recolhidos após a autorização do Conselho de Administração e Comissões de Ética do CHLP (referência nº15/13) e da Faculdade de Medicina de Lisboa. Os pedidos de autorização foram acompanhados do respetivo protocolo de investigação, dos inquéritos a aplicar e das autorizações dos Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefes de Cirurgia 1 e 2 e da Diretora do Serviço de Anestesiologia (onde trabalha a autora deste estudo). Estas autorizações foram obtidas após uma reunião com os elementos referidos, onde foram explicados os objetivos do estudo e foi fornecido uma cópia do protocolo. Foi, também, nesse momento, acordada a melhor metodologia de recolha de dados e respetiva intervenção.

Nos restantes serviços foi, igualmente, acordada a melhor estratégia para a recolha de dados, com os respetivos Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefes.

Os dados da avaliação pré-intervenção foram recolhidos durante o mês de maio.

A intervenção foi aplicada durante os meses de maio e junho. Os dados pós-intervenção foram colhidos durante o mês de setembro.

Foi solicitado consentimento a todos os participantes, após explicitação dos objetivos do estudo e sobre o que consistia a sua participação, garantindo o anonimato e confidencialidade das respostas aos questionários. Foi sempre garantido um local apropriado para a recolha de dados, tendo sido cumpridas todas as indicações constantes na declaração de Helsínquia.

Estes documentos encontram-se em anexo (anexos 13 a 20).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a recolha de dados, estes foram lançados no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 14.0 para Windows. Para o seu tratamento foram utilizadas técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética, mediana e moda), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão-DP, coeficiente de variação). A fim de verificar as hipóteses, utilizaram-se os testes estatísticos emparelhados não paramétricos (após a

análise para avaliar a presença ou ausência de distribuição normal -teste de Kolmogorov – Smirnov), Wilcoxon, das variáveis em estudo.

Para a determinação das características psicométricas das escalas das barreiras foi utilizado o alfa de Cronbach. Com esta técnica verifica-se a congruência que cada item do instrumento tem com os restantes itens. O coeficiente obtido reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador da consistência interna do instrumento. Na análise fatorial das escalas, aplicaram-se, também, procedimentos estatísticos como o Kaiser-Meyer-Olkin, o teste de esfericidade de Bartlett e a rotação varimax.

4. RESULTADOS

Dado o enorme número de dados e a fim de tornar a leitura mais facilitada apresentaremos os mesmos tendo por base os objetivos

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DAS AMOSTRAS (MÉDICOS E ENFERMEIROS)

Na tabela 2 apresentam-se os dados relativos às características sociodemográficas e profissionais das amostras. Dos 73 inquiridos dos médicos analisados, a maioria pertence ao sexo feminino (57,7%), com uma média de idades de $40,5 \pm 12,2$ (mediana 38 e moda 27). Dos 120 enfermeiros que responderam ao questionário, a maioria pertence ao sexo feminino (87,5%), com uma média de idades de $39,7 \pm 8,3$ (mediana 40 e moda 42). A distribuição dos anos de início do Internato Complementar tem dois picos: há mais de 20 anos (37,7%) e a há menos de 5 anos (36,1%). O início de funções no serviço também tem uma distribuição semelhante: 46,8% dos médicos iniciaram funções no serviço há mais de 10 anos e 45,2% há menos de 5 anos.

Relativamente aos enfermeiros, predominam os que têm entre 10 a 19 anos de experiência profissional (38,4%) e os que exercem funções no serviço há mais tempo, ou seja, mais de 10 anos (52,6%).

Apenas 11 médicos tiveram formações anteriores sobre o tema “dor” (15,5%) e desses, 5 iniciaram funções no serviço há 3 ou menos anos. Dos 11 médicos referidos, só 10 responderam às questões sobre o número de formações e o total de horas: 7 frequentaram apenas uma formação e os restantes 3 frequentaram 2, 4 e 5 formações. Em relação ao total de horas, 1 médico referiu ter frequentado uma formação de 50 horas, 3 frequentaram formações de 10 a 20 horas e os restantes 6, formações de 8 a 2 horas.

Metade dos enfermeiros tiveram alguma formação na área da dor, prevalecendo a formação em serviço, com 42,9%. 50% dos enfermeiros frequentaram apenas 1 formação e 25%, frequentaram 2. Os restantes 25% entre 3 a 5. Em relação às horas de formação, foram referenciadas formações entre 1 a 120 horas (esta última registada por 1 enfermeiro). A média foi de $15,4 \pm 19,5$ (mediana 8 e moda 4 horas).

Tabela 2: Distribuição dos dados das amostras quanto às características socioprofissionais

Variáveis	médicos		enfermeiros		
	n	%	n	%	
Idade (n=69/120)	< 30 anos	21	30,4	17	14,2
	30 a 39 anos	15	21,8	40	33,3
	40 a 49 anos	9	13	51	42,5
	50 a 59 anos	22	31,9	11	9,2
	60 a 69 anos	2	2,9	1	0,8
Género (n=71/120)	Masculino	30	42,3	15	12,5
	Feminino	41	57,7	105	87,5
Início do Internato Complementar (n=61) / Final da Formação Académica (n=112)	≥ 20 anos	23	37,7	28	25
	10-19 anos	13	21,3	43	38,4
	5-9 anos	3	4,9	32	28,6
	≤ 4 anos	22	36,1	9	8,0
Serviço a que pertence (n=73/120)	Cirurgia 1	9	12,3	13	10,8
	Cirurgia 2	11	15,1	10	8,3
	Cirurgia Pombal	1	1,4	0	0
	Ortopedia 1	7	9,6	8	1,4
	Ortopedia 2	8	11,0	17	9,6
	Urologia	2	2,7		
	Ginecologia	5	6,8	12	10
	Gastrenterologia	4	5,5	13	10,8
	Medicina 1	8	11,0	16	13,3
	Medicina 2	18	24,7	9	7,5
	Medicina Pombal	0	0	7	5,8
	Cardiologia	0	0	5	4,2
	Especialidades cirúrgicas			10	8,3
Início funções no serviço (n=62/116)	>10 anos	27	46,8	61	52,6
	5-10 anos	5	8	25	21,5
	< 5 anos	28	45,2	30	25,9
Formação anterior (n=71/120)	Sim	11	15,5	60	50
	Não	60	84,5	60	50
Tipo de formação (n=10/10)	Curso	7	70	18	36,7
	Jornadas	1	10	7	14,3
	Outro	2	20		
	Formação em serviço			21	42,9
	Curso + jornadas			2	4,1
	Jornadas + formação em serviço			1	2

A tabela 3 mostra a distribuição dos médicos e enfermeiros com formação na área da dor, pelas várias valências hospitalares. Os que se destacam com mais enfermeiros com formação são a ginecologia e a medicina. Relativamente aos médicos é na ortopedia e medicina que mais profissionais tiveram formação sobre a dor.

Tabela 3: Distribuição das respostas das amostras que realizaram formação em dor pelas várias valências hospitalares.

Valências	Médicos				Enfermeiros			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirurgia	2	9,5	19	90,5	12	36,4	21	63,6
Ortopedia	4	26,7	11	73,3	7	28,0	18	72
Urologia	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Ginecologia	0	0,0	3	100,0	10	83,3	2	16,7
Medicina (medicina; gastro e cardiologia)	5	16,7	25	83,3	31	62	19	38

4.2 ATITUDES, PRÁTICAS E BARREIRAS

Após a colheita de dados tentou-se validar as escalas das atitudes e das praticas dos profissionais (médicos e enfermeiros) face à avaliação e controlo da dor, construídas para este estudo, determinando-se as características psicométricas, nomeadamente o alfa de *Cronbach* e a análise fatorial. Não se tendo conseguido valores aceitáveis em termos estatísticos e de interpretabilidade (na validade de constructo) optou-se, com exceção da escala de barreiras, por, neste estudo, analisar cada item isoladamente e num estudo futuro, com uma amostra de tamanho maior, validá-las pois será um instrumento útil para a prática e investigação.

4.2.1 Atitudes dos médicos face à avaliação e controlo da dor

A tabela 4 mostra a distribuição das respostas aos itens que pretendem avaliar as atitudes dos médicos face à avaliação e controlo da dor.

Para a análise das respostas, na análise descritiva, optou-se por se agruparem (em virtude de haver fraca expressão dos valores nas opções concordo plenamente e discordo plenamente) os itens “concordo plenamente” e “concordo” no item “concordo” e os itens “discordo” e “discordo plenamente”, num item “discordo”.

Da análise da tabela, destaca-se que, dos 27 itens, apenas 5 têm uma percentagem de respostas desejáveis superior a 90%. Na sua maioria, os médicos não concordam que o doente deva sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico.

Maioritariamente, concordam que, no tratamento da dor crónica, seja importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva, que os analgésicos se podem diminuir, quando há associação com outros fármacos adjuvantes, que a utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente e que o doente não reportar dor, não signifique ausência de dor. Se considerarmos acima dos 80% de respostas desejáveis, temos 9 itens e acima dos 75%, 15 itens. Mas alguns itens receberam taxas de resposta baixas. Como podemos observar na tabela 4, os itens 2, 3, 8, 11, 12 e 13 receberam taxas de resposta inferiores a 50%, ou seja, 22,2% das questões tiveram respostas que demonstram atitudes menos desejáveis. 42,5% dos médicos mostra indiferença para com a seguinte expressão: “a dose de opióides para a dor irruptiva deve ser 10% da dose total diária de opióide para a dor irruptiva, administrada cada 1 a 2 h” e só 39,7% concorda com a expressão “ a petidina não deve ser utilizada na dor crónica, por causar complicações do SNC quando utilizada repetidamente”. A maioria acha que a depressão respiratória é frequente, mesmo quando os opióides são administrados de forma contínua. 54,8% considera que o aumento de pedidos de analgesia por parte do doente indica aumento da tolerância aos analgésicos. Destaca-se o item 12, com uma taxa de 6,9%, ou seja, praticamente todos os médicos consideram que o doente com dor severa não consegue dormir.

Tabela 4: Distribuição das respostas pelos itens das atitudes dos médicos

Atitudes	Concordo		Indiferente		Discordo	
	n°	%	n°	%	n°	%
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso**	13	17,8	4	5,5	56	76,7
2. A dose de opióides para a dor irruptiva deve ser 10% da dose total diária e administrada cada 1 a 2 h**	22	30,1	31	42,5	20	27,4
3. Quando os opióides são administrados de forma contínua, a depressão respiratória é rara*	25	34,2	7	9,6	41	56,2
4. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos**	15	20,5	3	4,1	55	75,3
5. O doente deve sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico**	3	4,1	2	2,7	68	93,2
6. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas porque não há dose máxima*	38	52,1	1	1,4	34	46,6
7. Prescrever, apenas, analgésicos em SOS ajuda a adaptar o tratamento a cada doente**	15	20,5	3	4,1	55	75,3
8. Na dor aguda, é mais vantajoso prescrever petidina porque tem menos efeitos adversos**	22	30,1	20	27,4	31	42,5
9. A dor oncológica severa requer morfina EV, mesmo que o doente consiga engolir**	20	27,4	9	12,3	44	60,3
10. A avaliação da dor pelo médico ou enfermeiro é tão válida como o reportado pelo doente**	25	34,2	6	8,2	42	57,5
11. A petidina não deve ser utilizada na dor crónica, por causar complicações do SNC quando utilizada repetidamente*	29	39,7	22	30,1	22	30,1
12. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa*	5	6,8	2	2,7	66	90,4
13. O aumento de pedidos de analgesia por parte do doente indica aumento da tolerância aos analgésicos**	28	38,4	12	16,4	33	45,2
14. Para a dor aguda severa são necessários opióides EV*	39	53,4	8	11,0	26	35,6
15. Na dor crónica, a associação de antidepressivos com opióides pode melhorar a analgesia*	64	87,7	5	6,8	4	5,5
16. A dor não controlada pode ser considerada negligência*	63	86,3	6	8,2	4	5,5
17. As queixas de dor são tão importantes como as queixas de náuseas*	55	75,3	4	5,5	14	19,2
18. No tratamento da dor crónica é importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva*	68	93,2	4	5,5	1	1,4
19. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos de acordo com a idade e a patologia do doente*	63	86,3	6	8,2	4	5,5
20. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes**	4	5,5	3	4,1	66	90,4
21. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor **	17	23,3	15	20,5	41	56,2
22. A utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente*	70	95,9	1	1,4	2	2,7
23. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor**	10	13,7	8	11,0	55	75,3
24. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente**	18	24,7	7	9,6	48	65,8
25. O doente não reportar dor, não significa ausência de dor*	70	95,9	1	1,4	2	2,7
26. O melhor avaliador da intensidade da dor é o próprio doente*	61	83,6	1	1,4	11	15,1
27. A maioria dos doentes com dor está submedicado*	54	74,0	13	17,8	6	8,2

Resposta desejável- *concordo; **discordo

4.2.2 Atitudes dos enfermeiros face à avaliação e controlo da dor

A tabela 5 mostra a distribuição dos itens que pretendem avaliar as atitudes dos enfermeiros face à avaliação e controlo da dor.

No seu tratamento e análise foram seguidas as mesmas regras que o efetuado e referido para a dos médicos.

A sua análise mostra que apenas 3 itens têm uma percentagem de respostas desejáveis superior a 90%. Tal como os médicos, os enfermeiros discordam que o doente deva sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico, concordam que a utilização de escalas de dor favorece a comunicação com o doente e que o doente não reportar dor, não significa ausência de dor. Se considerarmos os 80%, encontram-se 8 itens e acima dos 75%, 10 itens. Uma taxa de respostas desejáveis abaixo dos 50% só se encontra em 2 itens. Tal como nos médicos, os enfermeiros não concordam que um doente com dor severa consiga dormir (item que se destaca com apenas 5% de respostas desejáveis). Apenas 19,2% dos enfermeiros discorda da frase: “os sinais vitais são sempre indicadores valiosos da dor do doente”.

No geral, os enfermeiros demonstram ter atitudes positivas em relação à avaliação e ao controlo da dor.

Tabela 5: Distribuição das respostas pelos itens das atitudes dos enfermeiros

Atitudes	Concordo		Indiferente		Discordo	
	nº	%	nº	%	nº	%
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso**	14	11,7	6	5,0	100	83,3
2. Quando os opióides são administrados regularmente, a depressão respiratória é rara*	61	50,8	15	12,5	44	36,7
3. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos**	24	20,0	18	15,0	78	65,0
4. O doente deve sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico**	4	3,3	3	2,5	113	94,2
5. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas. Não há dose máxima	74	61,7	2	1,7	44	36,7
6. A avaliação da dor pelo médico ou enfermeiro é tão válida como o reportado pelo doente**	52	43,3	8	6,7	60	50,0
7. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa*	6	5,0	4	3,3	110	91,7
8. Para a dor aguda severa são necessários opióides EV*	63	52,5	15	12,5	42	35,0
9. A dor não controlada pode ser considerada negligência*	102	85,0	4	3,3	14	11,7
10. As queixas de dor são tão importantes como as queixas de náuseas*	105	87,5	4	3,3	11	9,2
11. No tratamento da dor crónica é importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva*	95	79,2	20	16,7	5	4,2
12. Os sinais vitais são sempre indicadores valiosos da dor do doente**	84	70,0	13	10,8	23	19,2
13. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos de acordo com a idade e a patologia do doente*	94	78,3	5	4,2	21	17,5
14. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes**	24	20,0	20	16,7	76	63,3
15. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor**	28	23,3	11	9,2	81	67,5
16. A utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente*	109	90,8	10	8,3	1	,8
17. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor**	11	9,2	10	8,3	99	82,5
18. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente**	21	17,5	13	10,8	86	71,7
19. O doente não reportar dor, não significa ausência de dor*	114	95,0			6	5,0
20. O melhor avaliador da intensidade da dor é o próprio doente*	105	87,5	2	1,7	13	10,8
21. A maioria dos doentes com dor está submedicado*	78	65,0	10	8,3	32	26,7

Resposta desejável- *concordo; **discordo

4.2.3 Barreiras dos médicos e enfermeiros face à avaliação e controlo da dor

Nesta escala, constituída por 11 itens onde se referem possíveis barreiras ao tratamento da dor, os médicos e enfermeiros tiveram de assinalar a sua concordância de 1 (concordo plenamente) a 5 (discordo plenamente). O 12º item foi deixado em branco, para que fossem sugeridas barreiras não discriminadas anteriormente. Só três médicos

responderam. Dois referiram “falta de conhecimentos”, respostas que podem ser associadas ao item 9 (“conhecimentos insuficientes sobre dor, por parte dos profissionais de saúde”) e um respondeu: “tempo adequado para avaliar a dor”.

De seguida apresentam-se os dados relativos à determinação das características psicométricas deste instrumento, assim como os resultados da análise descritiva.

Consistência interna

Na tabela 6, encontra-se representada a distribuição de respostas aos itens (média e desvio-padrão e mediana), as correlações obtidas (r item-total sem o próprio item) e os valores de alfa de *Cronbach*, da escala de barreiras (analisando, separadamente, os itens dos médicos e dos enfermeiros). Pela sua análise, constata-se que o valor do alfa de *Cronbach* de 0,783 na escala dos médicos e de 0,793 na dos enfermeiros revelaram uma boa consistência interna de ambas as escalas (Pestana e Gageiro, 2008). De salientar que o item 11 foi excluído da escala dos médicos por apresentar valores de $r < 0,20$ (0,133). Também o item 10, nessa escala, apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* de 0,784, ligeiramente superior ao alfa global, no entanto não foi excluído por duas razões: a consistência interna da subescala não melhora com a sua exclusão e ser um item importante para o construto em análise.

Se olharmos para a média, aparentemente a maioria dos médicos concorda com as barreiras descritas. No entanto, nos itens 4 “relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo da dependência” e 7, “relutância dos enfermeiros em administrar opióides”, a mediana e a moda têm valor 4. No item 5 “relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo dos efeitos secundários” a moda também tem valor 4 e a mediana 3. Isto significa que houve uma maioria de médicos que não concordaram com estes itens.

No caso dos enfermeiros, também a maioria concorda com as barreiras apontadas no instrumento.

Tabela 6: Medidas de tendência central e dispersão, correlação item/total e consistência interna da escala das Barreiras ao controlo e tratamento da dor na opinião dos médicos e dos enfermeiros

Validade de constructo

BARREIRAS	Médicos					Enfermeiros				
	média	DP	mediana	r corrigido	alfa de Cronbach	média	DP	mediana	r corrigido	alfa de Cronbach
1. A ausência de protocolos no serviço onde exerce funções	2,7	1,2	2	,530	,753	2,0	1,1	2	,325	,792
2. Comunicação inadequada entre os doentes e profissionais de saúde	2,8	1,1	2	,541	,752	2,6	1,1	2	,580	,762
3. Comunicação inadequada entre os profissionais de saúde	2,9	1,1	3	,565	,748	2,5	1,0	2	,506	,771
4. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo da dependência*	3,1	1,0	4	,431	,767	3,1	1,0	4	,471	,775
5. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo dos efeitos secundários*	3,0	1,0	3	,435	,766	3,1	1,0	4	,539	,768
6. Relutância dos médicos em prescrever opióides	2,9	1,0	2	,461	,763	2,1	,8	3	,293	,792
7. Relutância dos enfermeiros em administrar opióides*	3,3	,9	4	,427	,767	3,6	1,0	4	,429	,779
8. Avaliação inadequada da dor por parte dos profissionais de saúde	2,6	,9	2	,442	,765	2,6	1,0	3	,480	,774
9. Conhecimentos insuficientes sobre dor, por parte dos profissionais de saúde	2,1	,7	2	,394	,772	2,4	,9	3	,524	,770
10. Inexistência, no serviço, de instrumentos para avaliar a dor em doentes com diminuição cognitiva	2,5	,8	2	,265	,784	2,6	1,1	3	,398	,783
11. Indisponibilidade de analgesia adequada *						3,1	1,1	4	,416	,781
Alfa de Cronbach global	0,783					0,793				

* Moda 4

Em relação à análise fatorial é fundamental garantir uma amostra suficientemente grande. Tendo em conta que, na escala dos médicos existem 10 variáveis (K) e $N=10 \times K$, então N, neste caso, é igual a 100. Dado que o nosso $n = 73$, o ideal seria ter uma escala constituída por menos de 5 variáveis, para que N fosse igual a 50 e a amostragem já fosse suficientemente grande. De salientar, no entanto que cumpre os requisitos apontados por Pestana e Gageiro (2008) relativo ao tamanho da amostra $5 \times K$, ou seja os 50.⁽⁹⁶⁾

No caso dos enfermeiros, existem 11 variáveis, pelo que o N desejável seria 110. Dado que a amostra dos enfermeiros é de 120, a amostragem tem um valor suficientemente grande.

Para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, aplicou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que na escala das barreiras dos médicos foi 0,658 e, na escala das barreiras dos enfermeiros, 0,699 (o que indica, em ambos os casos, uma análise fatorial razoável).

A solução obtida, no caso da escala aplicada aos médicos, por rotação *varimax*, utilizando o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e cargas fatoriais superiores a 0,30, evidenciou uma matriz de dois fatores com valores próprios superiores a um, que representam as Barreiras dos doentes (item 4 e 5) e Barreiras dos profissionais e instituição de saúde (itens 1,2 3,6,7,8,9,10) (tabela 7).

Tabela 7: Matriz de componentes principais após rotação *varimax*, dos itens da escala de barreiras dos médicos

Itens	h ² *	F1	F2
1. A ausência de protocolos no serviço onde exerce funções	,547	,735	
2. Comunicação inadequada entre os doentes e profissionais de saúde	,531	,718	
3. Comunicação inadequada entre os profissionais de saúde	,580	,756	
4. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo da dependência	,814		,896
5. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo dos efeitos secundários	,888		,938
6. Relutância dos médicos em prescrever opióides	,382	,595	
7. Relutância dos enfermeiros em administrar opióides	,347	,583	
8. Avaliação inadequada da dor por parte dos profissionais de saúde	,356	,450	
9. Conhecimentos insuficientes sobre dor, por parte dos profissionais de saúde	,272	,432	
10. Inexistência, no serviço, de instrumentos para avaliar a dor em doentes com diminuição cognitiva	,163	,402	
% de Variância Explicada		28,881	19,911
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	,658		
Teste de Esfericidade de Bartlett	251,630; p<,0001		

* Comunalidades

Analisando a tabela 8 verifica-se que as barreiras dos doentes são de maior concordância do que as barreiras dos profissionais e instituição de saúde.

Tabela 8: Caracterização da amostra dos médicos quanto às barreiras na avaliação e controlo da dor

	mínimo	máximo	Media	DP
Barreiras (10-50)	15,00	44,00	28,27	5,96
Barreiras dos doentes (2-10)	2,00	10,00	6,21	1,95
Barreiras dos profissionais e instituição de saúde (8-40)	11,00	34,00	22,05	5,03

Para os enfermeiros, a análise fatorial extraiu, também, 2 fatores. A tabela 9 mostra a matriz de componentes principais, após rotação *varimax*. Da análise da tabela verifica-se a associação dos itens 4, 5, 7, 10 e 11 com o fator 1 a que designamos Barreiras associadas à avaliação e administração de medicação e os restantes itens com o fator 2 a que designamos de Barreiras dos profissionais de saúde

Tabela 9: Matriz de componentes principais após rotação *varimax*, dos itens da escala de barreiras dos enfermeiros

Itens	h ² *	F1	F2
1. A ausência de protocolos no serviço onde exerce funções	,481		,692
2. Comunicação inadequada entre os doentes e profissionais de saúde	,522		,615
3. Comunicação inadequada entre os profissionais de saúde	,507		,669
4. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo da dependência	,684	,827	
5. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo dos efeitos secundários	,644	,795	
6. Relutância dos médicos em prescrever opióides	,326		,571
7. Relutância dos enfermeiros em administrar opióides	,342	,538	
8. Avaliação inadequada da dor por parte dos profissionais de saúde	,413		,555
9. Conhecimentos insuficientes sobre dor, por parte dos profissionais de saúde	,441		,529
10. Inexistência, no serviço, de instrumentos para avaliar a dor em doentes com diminuição cognitiva	,276	,460	
11. Indisponibilidade de analgesia adequada	,377	,603	
% de Variância Explicada		24,102	21,482
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	,699		
Teste de Esfericidade de Bartlett	376,809; p<,0001		

* Comunalidades

Analisando a tabela 10 verifica-se que as barreiras associadas à avaliação e administração de medicamentos são de maior concordância do que as barreiras dos profissionais de saúde.

Tabela 10: Caracterização da amostra dos enfermeiros quanto às barreiras na avaliação e controlo da dor

Barreiras	Mínimo	Maximo	media	DP
Barreiras (11-55)	13,00	50,00	30,24	6,57
Barreiras associadas à avaliação administração de medicação (5-25)	7,00	23,00	15,75	3,58
Barreiras dos profissionais de saúde (6-30)	6,00	27,00	14,45	4,00

4.2.4 Práticas dos médicos e enfermeiros em relação à avaliação da dor

A escala das práticas dos médicos é constituída por 5 itens, que pretendem avaliar as práticas médicas. A resposta foi efetuada de acordo com uma escala de resposta tipo Likert, em que 1 correspondia a “muito frequentemente”, 2 a “frequentemente”, 3 a “raramente” e 4 a “nunca”.

A tabela 11 mostra a distribuição das respostas às questões colocadas.

Ao analisar-se a tabela verifica-se que 76,6% dos médicos utiliza, muito frequentemente ou frequentemente, tramadol para controlar a dor oncológica descontrolada, num doente que já se encontra medicado com opióides fortes. Também ressalta o facto de apenas 39,8% dos médicos utilizar, muito frequentemente ou frequentemente, morfina, no controlo da dor aguda.

A maioria dos médicos refere raramente utilizar a escala da OMS para o tratamento da dor e instrumentos para avaliar a dor.

Tabela 11: Distribuição das respostas pelos itens das práticas dos médicos

Práticas dos médicos	Muito frequente		Frequente		Raramente		Nunca	
	nº	%	nº	%	nº	%	n	%
1. Pergunto aos doentes quais as características da dor (intensidade, local, irradiação, posição de alívio e agravamento,...)*	39	53,4	34	46,6				
2. Utilizo a escala analgésica da OMS para o tratamento da dor*	3	4,1	27	37	35	47,9	8	11,0
3. Utilizo instrumentos para avaliar a dor (escalas)*	5	6,8	22	30,1	38	52,1	8	11,0
4. Quando um doente oncológico, medicado com um opióide forte, chega à urgência com dor descontrolada, uso tramadol e chamo o especialista da dor**	35	47,9	21	28,7	11	15,1	6	8,2
5. Prescrevo morfina no tratamento da dor aguda*	8	11	21	28,8	30	41,1	14	19,2

Resposta desejável * Muito frequente; ** Nunca

A escala das práticas dos enfermeiros tem uma constituição igual à que foi referida para a dos médicos, contendo alguns itens diferentes.

Da observação da tabela 12, constata-se que 92,5% dos enfermeiros pergunta as características da dor muito frequentemente ou frequentemente e com essa frequência, 60% utiliza a escala analgésica para o tratamento da dor e 80% utiliza instrumentos para avaliar a dor.

Da análise sobressai que 93,3% refere mudar o emplastro de bupivacaína de 3/3 dias (quando este deverá ser mudado de 3,5/3,5 dias).

Menos de metade administra primeiro morfina, num doente oncológico com dor severa ou petidina, num doente com dor aguda pós-operatória. Constata-se, tal como no caso dos médicos, o receio da utilização dos opióides major.

Tabela 12: Distribuição das respostas pelos itens das práticas dos enfermeiros

Práticas dos enfermeiros	Muito frequente		Frequente		Raramente		Nunca	
	nº	%	nº	%	nº	%	n	%
1. Pergunto aos doentes quais as características da dor (intensidade, local, irradiação, posição de alívio e agravamento,...)*	41	34,2	70	58,3	8	6,7	1	0,8
2. Utilizo a escada analgésica da OMS para o tratamento da dor*	22	18,3	50	41,6	27	22,5	21	17,5
3. Utilizo instrumentos para avaliar a dor (escalas)*	36	30,0	60	50,0	22	18,3	2	1,7
4. Mudo o emplastro de buprenorfina de 3/3 dias**	64	53,3	35	29,2	13	10,8	8	6,7
5. Num doente oncológico com dor severa com metamizol e morfina prescritos, administro, primeiro, morfina*	16	13,3	42	35,0	44	36,7	18	15,0
6. Num doente com dor aguda pós-operatória severa, com metamizol e petidina prescritos, administro, primeiro, petidina*	9	7,5	23	19,2	63	52,5	25	20,8

Resposta desejável * Muito frequente; ** Nunca

4.3 IMPACTO DA INTERVENÇÃO ESTRUTURADA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tal como referido anteriormente iniciou-se a intervenção estruturada nos profissionais de saúde dos serviços de cirurgia pelo que os dados seguintes dizem respeito apenas a esses. Foram emparelhados questionários de 14 médicos e de 15 enfermeiros.

Antes de passarmos à análise dos dados relativos ao impacto da formação descrevemos a opinião dos inquiridos sobre a qualidade do tratamento da dor e dificuldades sentidas pelos médicos e enfermeiros na avaliação e controlo da dor, no seu serviço

Não poderíamos deixar de referir que, no primeiro inquérito, 10 dos médicos (71,4%) assinalou que o tratamento da dor no seu serviço era bom, 2 (14,3%) que era muito bom e outros 2 responderam “indiferente”. No caso dos enfermeiros, nenhum considerou que

era muito bom. 10 (66,7%) referiram ser bom, 1(6,7%) achou que era mau e 4 (26,7%) assinalaram “indiferente”.

À questão sobre as dificuldades que sentiam na avaliação e controlo da dor dos doentes, obtiveram-se respostas de 9 médicos e 17 enfermeiros, que se agruparam nos itens descritos na tabela 13.

Tabela 13: Descrição das dificuldades sentidas pelos médicos e enfermeiros na avaliação e controlo da dor, no seu serviço

	Dificuldades dos médicos	Dificuldades dos enfermeiros
Difícil avaliação e caracterização da dor		4
Difícil comunicação com o doente	1	6
Difícil colaboração do doente	1	
Falta de protocolos		3
Falta de prescrição		1
Falta de utilização e conhecimento em relação às escalas	2	1
Falta de formação/conhecimento	9	2

4.3.1 Impacto nas atitudes dos médicos e dos enfermeiros

De salientar que se consideraram as 5 opções de resposta para se determinar as diferenças entre o antes e depois da formação.

Pela análise dos resultados da tabela 14 verificamos que apenas em 5 dos 27 indicadores se verifica que as diferenças nas atitudes dos médicos face à avaliação e controlo da dor apresentam significado estatístico ($p < 0,05$).

Tabela 14: Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às atitudes dos médicos na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada

	Positiva a)		Negative b)		Igual	Z	p
	n	media de .rank	n	media de .rank	n		
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso	3	6,83	8	6,39	2	-1,524	,128
2. A dose de opióides para a dor irruptiva deve ser 10% da dose total diária e administrada cada 1 a 2 h	8	6,56	2	3,50	3	-2,377a)	,017
3. Quando os opióides são administrados de forma contínua, a depressão respiratória é rara	10	5,85	1	7,50	3	-2,319a)	,020
4. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos	0	0,0	8	4,50	6	-2,565b)	,010
5. O doente deve sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico	2	3,00	3	3,00	9	-,447	,655
6. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas porque não há dose máxima	11	6,82	1	3,00	2	-2,862a)	,004
7. Prescrever, apenas, analgésicos em SOS ajuda a adaptar o tratamento a cada doente	2	4,00	7	5,29	5	-1,811	,070
8. Na dor aguda, é mais vantajoso prescrever petidina porque tem menos efeitos adversos	3	2,83	2	3,25	8	-,272	,785
9. A dor oncológica severa requer morfina EV, mesmo que o doente consiga engolir	3	4,17	4	3,88	7	-,264	-,173
10. A avaliação da dor pelo médico ou enfermeiro é tão válida como o reportado pelo doente	4	3,75	3	4,33	7	,792	,862
11. A petidina não deve ser utilizada na dor crónica, por causar complicações do SNC quando utilizada repetidamente	5	3,60	1	3,00	8	-1,667	,096
12. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa	9	6,67	2	3,00	3	-2,438b)	,015
13. O aumento de pedidos de analgesia por parte do doente indica aumento da tolerância aos analgésicos	6	4,33	2	5,00	6	-1,155	,248
14. Para a dor aguda severa são necessários opióides EV	5	3,60	3	6,00	6	,000	1,000
15. Na dor crónica, a associação de antidepressivos com opióides pode melhorar a analgesia	2	1,50	0	0,0	12	-1,342	,180
16. A dor não controlada pode ser considerada negligência	1	1,50	2	2,25	11	-,816	,414
17. As queixas de dor são tão importantes como as queixas de náuseas	3	2,67	3	4,33	8	-,539	,590
18. No tratamento da dor crónica é importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva	2	2,50	2	2,50	10	,000	1,000
19. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos de acordo com a idade e a patologia do doente	3	3,50	3	3,50	8	,000	1,000
20. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes	2	3,25	3	2,83	9	-,276	,783

Tabela 14: Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às atitudes dos médicos na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada (continuação)

	Positiva a)		Negative b)		Igual	Z	p
	n	media de .rank	n	media de .rank	n		
21. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor	1	1,50	3	2,83	10	-1,300	,194
22. A utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente	4	3,13	1	2,50	9	-1,414	,157
23. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor	1	3,50	5	3,50	8	-1,633	,102
24. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente	0	0,0	2	1,50	12	-1,342	,180
25. O doente não reportar dor, não significa ausência de dor	2	2,00	3	3,67	9	-,966	,334
26. O melhor avaliador da intensidade da dor é o próprio doente	6	4,25	2	5,25	6	-1,069	,285
27. A maioria dos doentes com dor está submedicado	3	2,00	1	4,00	10	-,378	,705

a) 1º tempo < 2º tempo; b) 1º tempo > 2º tempo

Pela análise da tabela seguinte confirma-se que as medidas descritivas dos itens com diferenças significativas apresentam valores de atitudes melhores após a implementação da intervenção estruturada.

Tabela 15: Descritiva das atitudes face à avaliação e controlo da dor com diferenças estatisticamente significativas antes e depois da formação dos médicos

	moda	mediana	média	DP
2. A dose de opióides para a dor irruptiva deve ser 10% da dose total diária e administrada cada 1 a 2 h – antes da int.	3	3	3,00	,877
2. A dose de opióides para a dor irruptiva deve ser 10% da dose total diária e administrada cada 1 a 2 h – depois da int.*	2	2	2,14	,949
3.Quando os opióides são administrados de forma contínua, a depressão respiratória é rara – antes da int.*	4	4	3,43	1,016
3.Quando os opióides são administrados de forma contínua, a depressão respiratória é rara – depois da int.*	2	2	2,36	1,336
4. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos 1º/2º momento – antes da int.*	4	4	3,50	1,019
4. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos 1º/2º momento – depois da int.**	5	5	4,57	,514
6. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas porque não há dose máxima – antes da int.*	4	2	3,29	1,204
6. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas porque não há dose máxima – depois da int.*	2	2	1,86	1,027
12. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa – antes da int.*	2	2	4,21	,699
12. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa – depois da int.*	4	4	3,14	1,027

Resposta desejável * 1 ** 5

Pela análise dos resultados da tabela 16 verificamos que apenas em 6 dos 21 indicadores se verifica que as diferenças nas atitudes dos enfermeiros face à avaliação e controlo da dor apresentam significado estatístico ($p < 0,05$)

Tabela 16: Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às atitudes dos enfermeiros na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada

	Positiva – a)		Negativa – b)		Igual	Z	p
	n	média de .rank	n	média de .rank	n		
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso	1	3,00	8	5,25	6	-2,360	,018
2. Quando os opióides são administrados regularmente, a depressão respiratória é rara	9	5,06	1	9,50	5	-1,860	,063
3. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos	8	5,88	4	7,75	3	-,643	,520
4. O doente deve sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico	3	4,00	4	4,00	8	-,378	,705
5. A melhor dose de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas. Não há dose máxima	2	3,50	3	2,67	10	-,137	,891
6. A avaliação da dor pelo médico ou enfermeiro é tão válida como o reportado pelo doente	6	4,50	5	7,80	4	-,542	,588
7. Os doentes podem dormir apesar de terem dor severa	11	6,68	1	4,50	3	-2,73 (b)	,006
8. Para a dor aguda severa são necessários opióides EV	6	4,25	4	7,38	5	-,209 (a)	,834
9. A dor não controlada pode ser considerada negligência	2	8,0	8	4,8	5	-1,204	,229
10. As queixas de dor são tão importantes como as queixas de náuseas	3	2,17	1	3,50	11	-,557 (b)	,577
11. No tratamento da dor crónica é importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva	9	6,83	3	5,50	3	-1,890 (b)	,059
12. Os sinais vitais são sempre indicadores valiosos da dor do doente	5	4,50	3	4,50	7	-,640 (b)	,522
13. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos de acordo com a idade e a patologia do doente	6	4,17	1	3,00	8	-1,930(b)	,054
14. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes	8	4,50	0	0,00	7	-2,588(b)	,010
15. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor	2	3,50	8	6,00	5	-2,153(a)	,031
16. A utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente	2	3,00	4	3,75	9	-1,000(a)	,317
17. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor	0	,00	6	3,50	9	-2,333(a)	,020
18. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente	0	,00	8	4,50	7	-2,588(a)	,010
19. O doente não reportar dor, não significa ausência de dor	4	2,75	1	4,00	10	-,962(b)	,336
20. O melhor avaliador da intensidade da dor é o próprio doente	5	5,10	3	3,50	7	-1,100(b)	,271
21. A maioria dos doentes com dor está submedicado	7	5,36	3	5,83	5	-1,050(b)	,294

a) 1º tempo < 2º tempo; b) 1º tempo > 2º tempo

Pela análise da tabela seguinte confirma-se que as medidas descritivas dos itens com diferenças significativas apresentam valores de atitudes melhores em 4 dos 6 itens. Os enfermeiros não melhoraram as suas atitudes nos itens “os doentes podem dormir apesar de terem dor severa” e “os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes”.

Tabela 17: Descritiva das atitudes face à avaliação e controlo da dor com diferenças estatisticamente significativas antes e depois da formação dos enfermeiros

	mediana	moda	média	DP
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso – antes da int.**	4	4	3,80	1,082
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso – depois da int.*	5	5	4,60	,632
7. Os doentes podem dormir apesar de terem dor severa – antes da int.	1	1	1,60	,828
7. Os doentes podem dormir apesar de terem dor severa – depois da int.*	4	4	3,47	1,457
14. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes – antes da int.**	4	4	3,47	,915
14. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes – depois da int.**	4	4	2,67	1,234
15. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor – antes da int.**	4	4	3,33	,816
15. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor – depois da int.**	4	4	4,00	,535
17. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor – antes da int.**	4	4	4,07	,594
17. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor – depois da int.**	5	5	4,53	,516
18. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente – antes da int.**	4	4	3,53	,834
18. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente – depois da int.**	4	4	4,33	,488

Resposta desejável * 1 ** 5

4.3.2 Impacto nas práticas dos médicos e dos enfermeiros

Para esta análise, consideraram-se as 4 opções de resposta, para se determinar as diferenças entre o antes e depois da formação.

Analisando a tabela 18, verifica-se que apenas num dos indicadores as diferenças encontradas tem significado estatístico ($p < 0,05$), ou seja, no item “Quando um doente oncológico, medicado com um opióide forte, chega à urgência com dor descontrolada, uso tramadol e chamo o especialista da dor”.

Tabela 18: Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às práticas dos médicos na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada

	Positiva – a)		Negativa -b)		Igual	Z	p
	n	média .rank	n	média de .rank			
1. Pergunto aos doentes quais as características da dor (intensidade, local, irradiação, posição de alívio e agravamento,...)	1	2,50	3	2,50	10	-1,000a)	,317
2. Utilizo a escada analgésica da OMS para o tratamento da dor	6	4,08	1	3,50	7	-1,897b)	,058
3. Utilizo medidores de dor (escalas)	6	4,00	1	4,00	7	-1,890b)	,059
4. Quando um doente oncológico, medicado com um opióide forte, chega à urgência com dor descontrolada, uso tramadol e chamo o especialista da dor	0	0,00	6	3,50	8	-2,449a)	,014
5. Prescrevo morfina no tratamento da dor aguda	5	3,50	1	3,50	8	-1,633 b)	,102

a) 1º tempo < 2º tempo; b) 1º tempo > 2º tempo

Ao observar-se a tabela seguinte, confirma-se que as medidas descritivas do item 4 apresentam valores de melhores práticas na segunda avaliação. Tendo presentes os valores dos itens 2 e 3, poder-se-á salientar que, apesar de terem mudanças ténues, houve melhoria nas práticas dos médicos nestas matérias (pois valores mais baixos correspondem a práticas realizadas com maior frequência, com exceção do item 4).

Tabela 19: Descritiva das práticas dos médicos face à avaliação e controlo da dor com diferenças estatisticamente significativas antes e depois da formação

	Mediana	Moda	Média	DP
2. Utilizo a escada analgésica da OMS para o tratamento da dor - antes da int.*	2,5	2	2,5	0,7
2. Utilizo a escada analgésica da OMS para o tratamento da dor - depois da int.*	2	2	2,0	0,73
3. Utilizo medidores de dor (escalas) - antes da int.*	2,5	2	2,5	0,8
3. Utilizo medidores de dor (escalas) - depois da int.*	2	2	2,2	0,69
4. Quando um doente oncológico, medicado com um opióide forte, chega à urgência com dor descontrolada, uso tramadol e chamo o especialista da dor - antes da int.**	2	2	1,8	0,7
4. Quando um doente oncológico, medicado com um opióide forte, chega à urgência com dor descontrolada, uso tramadol e chamo o especialista da dor - depois da int.**	2	2	2,29	0,82

Resposta desejável * 1 ** 4

Relativamente às práticas dos enfermeiros, confirma-se que, dos 6 indicadores, 4 apresentam diferenças com significado estatístico ($p < 0,05$) quando se comparam os valores da 1º e da 2º avaliação (tabela 20).

Tabela 20: Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon às práticas dos enfermeiros na avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada

	Positiva – a)		Negativa -b)		Igual	Z	p
	n	Media de .rank	n	Media de .rank	n		
1. Pergunto aos doentes quais as características da dor (intensidade, local, irradiação, posição de alívio e agravamento,...)	1	1,50	1	1,50	13	,000(c)	1,000
2. Utilizo a escada analgésica da OMS para o tratamento da dor	7	4,00	0	,00	8	-2,392(b)	,017
3. Utilizo medidores de dor (escalas)	7	4,57	1	4,00	7	-2,111(b)	,035
4. Mudo o emplastro de buprenorfina de 3/3 dias	2	6,50	6	3,83	7	-,711(a)	,477
5. Num doente oncológico com dor severa com metamizol e morfina prescritos, administro, primeiro, morfina	9	5,00	0	,00	6	-2,754(b)	,006
6. Num doente com dor aguda pós-operatória severa, com metamizol e petidina prescritos, administro, primeiro, petidina	6	4,33	1	2,00	7	-2,058(b)	,040

a) 1º tempo < 2º tempo; b) 1º tempo > 2º tempo

Tendo em conta que, quanto mais baixo for o valor, mais frequentes serão as melhores práticas e confirmando, pela análise da tabela 21, que o valor médio das práticas dos enfermeiros após a formação desceu, conclui-se que as práticas melhoraram depois da formação.

Tabela 21: Descritiva das práticas dos enfermeiros face à avaliação e controlo da dor com diferenças estatisticamente significativas antes e depois da formação

	Mediana	Moda	Média	DP
2. Utilizo a escada analgésica da OMS para o tratamento da dor - antes da int.*	3	3	3,27	,704
2. Utilizo a escada analgésica da OMS para o tratamento da dor – depois da int.*	2	3	2,40	,910
3. Utilizo medidores de dor (escalas) - antes da int.*	3	3	2,47	,743
3. Utilizo medidores de dor (escalas) – depois da int.*	2	2	2,0	,655
5. Num doente oncológico com dor severa com metamizol e morfina prescritos, administro, primeiro, morfina - antes da int.*	3	3	2,53	,834
5. Num doente oncológico com dor severa com metamizol e morfina prescritos, administro, primeiro, morfina – depois da int.*	2	2	1,67	,617
6. Num doente com dor aguda pós-operatória severa, com metamizol e petidina prescritos, administro, primeiro, petidina - antes da int.*	3	3	2,67	,816
6. Num doente com dor aguda pós-operatória severa, com metamizol e petidina prescritos, administro, primeiro, petidina – depois da int.*	1,5	1	1,93	,997

Resposta desejável * 1

4.3.3 Impacto nos conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros

No caso da avaliação de conhecimentos, comparou-se o número total de respostas corretas. No caso dos médicos o score máximo era 10 e no dos enfermeiros, era 6.

Tal como poderemos verificar na tabela 22, após a formação os profissionais apresentam um maior nível de conhecimentos na área da avaliação e controlo da dor, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

De salientar que no primeiro momento a média do total de conhecimentos dos médicos (que participaram no 2º momento) era $3,7 \pm 1,2$ (mediana de 3,5) e no segundo momento era de $5,3 \pm 1,8$ (mediana de 5).

Relativamente aos enfermeiros podemos referir que no primeiro momento a média do total de conhecimentos (que participaram também no segundo momento) era $2,6 \pm 1,1$ (mediana de 2) e na segunda avaliação era de $4,1 \pm 1,1$ (mediana de 4).

Tabela 22: Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon aos conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros sobre a avaliação e controlo da dor antes e depois da intervenção estruturada

Conhecimentos sobre avaliação e controlo da dor	N	Media de .rank	Z	p
Total Conhecimentos pós-teste – Total Conhecimentos pré-teste dos médicos	Ranks negativos	0	.00	-3,100 ,002
	Ranks positivos	12	6,50	
	Ties	2		
Total Conhecimentos pós-teste – Total Conhecimentos pré-teste dos enfermeiros	Ranks negativos	1	3,00	-2,858 ,004
	Ranks positivos	11	6,82	
	Ties	3		

Finalmente podemos ainda referir que após a formação, 11 médicos (78,6%) e 13 enfermeiros (86,7%) referiram utilizar mais as escalas de avaliação da dor.

Em relação à questão “a formação realizada pela investigadora ajudou a sua prática clínica?”, 12 médicos (78,6%) e 12 enfermeiros (86,7%) consideraram que sim. 2 médicos e 3 enfermeiros não responderam à questão.

4.4 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA DOR DOS DOENTES EM DOIS MOMENTOS DISTINTOS

4.4.1 Dados sociodemográficos e causa do internamento dos doentes

Não se tratando da mesma amostra, procedeu-se apenas a uma análise descritiva e comparativa. A amostra do segundo inquérito é mais pequena, pois à data da sua aplicação muitos dos doentes estavam internados há menos de 24 horas, não cumprindo, por isso, os critérios de inclusão no estudo. A média de idades é semelhante. No primeiro inquérito, a mediana da idade é de 73 e a moda 80. No segundo, a mediana e a moda são 69 anos e os doentes estavam internados, em média, há menos tempo (tabela 23).

Tabela 23: Dados sociodemográficos das duas amostras de utentes

Variáveis		Grupo 1				Grupo 2			
		n°	%	Mín/máx	Média/DP	n°	%	Mín/máx	Média/DP
Idade (n=47/35)				18/91	70,1/16,7			29/95	68,2/16,1
Género (n=47/35)	Masculino	23	48,9			21	60,0		
	Feminino	24	51,1			14	40,0		
Estado civil (n=42/28)	Casado	26	61,9			21	75,0		
	Solteiro	8	19,0			1	3,6		
	Viúvo	8	19,0			4	14,3		
	Divorciado								
Habilitações literárias (n= 42/29)	1º ciclo	28	66,7			16	55,2		
	2º ciclo	6	14,3			2	6,9		
	Secundário	3	7,1			5	17,2		
	Superior	2	4,8			2	6,9		
	Nenhum	3	7,1			4	13,8		
Serviço (n=47/35)	Cirurgia 1	25	53,2			19	54,3		
	Cirurgia 2	22	46,8			16	45,7		
Motivo Internamento (n=47/35)	Cirúrgico	31	66,0			17	48,6		
	Não cirúrgico	16	34,0			18	51,4		
Tempo de internamento (dias) (n=47/35)				1/240	70,1/16,7			2/56	11,1/13,0

Em ambas as amostras os motivos de internamento eram, maioritariamente cirúrgicos. Os diagnósticos, todavia, são muito dispares, como se pode observar na tabela 24.

Tabela 24: Motivos do internamento dos utentes entrevistados

Grupo 1			Grupo 2		
Motivos do internamento	nº	%	Motivos do internamento	nº	%
Abcesso nádega	1	1,2	Fraturas: clavícula e costelas	1	1,2
Amputação MI + Neo intestinal	1	1,2	Abcesso nádega	1	1,2
Apendicectomia	2	2,4	Abcesso parede torácica	1	1,2
Bócio mergulhante com tiroidectomia torácica	1	1,2	Abcesso peri-anal recidivante	1	1,2
Bridas	2	2,4	Colangiocarcinoma	1	1,2
Colangiocarcinoma com duodenopancreate	1	1,2	Colangite	2	2,4
Colecistectomia lap convertida	1	1,2	Colecistectomia lap	1	1,2
Colecistite aguda	3	3,6	Colecistite aguda	2	2,4
Colecistite aguda com colecistectomia	1	1,2	Coledocolitíase	2	2,4
Coledocolitíase para CPRE	1	1,2	Diverticulite aguda	2	2,4
Diverticulite aguda	2	2,4	Fístula entero-vesical por neo reto	1	1,2
Ferida infetada calcâneo	2	2,4	Fleimão do pé	1	1,2
Fístula entero-cutânea	1	1,2	Hemicolectomia	3	3,6
Hérnia incisional	1	1,2	Hérnia inguinal encarcerada	1	1,2
Hérnia inguinal	1	1,2	Icterícia obstrutiva e CPRE	2	2,4
Icterícia obstrutiva	2	2,4	Ileostomia por neoplasia reto	1	1,2
Isquémia crónica MI	1	1,2	Laparotomia exploradora por neoplasia do pâncreas	1	1,2
Isquémia dedo mão	1	1,2	Mastectomia	1	1,2
Neo cólon	2	2,4	Oclusão intestinal e lise de bridas	1	1,2
Neo cólon com colostomia	1	1,2	Pé diabético	1	1,2
Neo cólon com hemicolecto neo esófago	2	2,4	Sigmoidectomia por neo	2	2,4
Neo gastrica om CTI	1	1,2	Status pós-TCE	2	2,4
Neo ovário+sigmóide+cego	1	1,2	Sub-oclusão	1	1,2
Neo pâncreas	1	1,2	Tiroidectomia por bócio	1	1,2
Neo reto	1	1,2	Traumatismo toracico	2	2,4
Neo reto com ressecção anterior	2	2,4	Total	35	100
Oclusão intestinal com colostomia	1	1,2			
Pancreatectomia	2	2,4			
Pancreatite aguda	2	2,4			
Pé diabético	1	1,2			
Ressecção reto-sigmoideia	1	1,2			
Trauma torácico	1	1,2			
Úlcera gástrica crónica + neo laringe	1	1,2			
Úlcera pressão sagrada	1	1,2			
Total	47	100			

4.4.2 Prevalência e caracterização da dor

61,7% dos doentes apresentavam dor antes da formação, enquanto que depois só apresentavam dor 45,7%.

De salientar que na escala de DOLOPLUS II foi considerada presença de dor para valores iguais ou superiores a 5. No primeiro momento existiam 5 doentes com esses valores. No segundo, foram avaliados 7 doentes não comunicantes, dos quais 6 tinham valores considerados de dor.

Tabela 25: Distribuição das respostas dos doentes quanto à presença de dor nas últimas 24 horas

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		
	nº	%	nº	%	
Dor nas últimas 24 h (n=47/35)	Sim	29	61,7	16	45,7
	Não	18	38,3	19	54,3

Se se olhar para a distribuição dos níveis de dor superiores a 7, que significam dor severa, na tabela 26, verifica-se que existe, por norma, uma diminuição no segundo inquérito, embora, como já referido, as amostras não sejam emparelháveis. No nível máximo de dor nas 24 horas, verifica-se uma percentagem de 54,1% de dor severa no primeiro inquérito e 41,7% no segundo. Em relação à dor, no seu mínimo, a percentagem dor severa mantém-se nos 8,3%. O nível de dor severa em média, nas 24 horas desce de 24,9% para 16,7%. No momento do inquérito, o nível de dor severa desceu de 16,7 para 8,3%.

Tabela 26: Distribuição das respostas dos doentes que reportaram dor, em relação à sua severidade

	dor no seu máximo nas últimas 24 horas				dor no seu mínimo nas últimas 24 horas				dor em média nas últimas 24 horas				dor no preciso momento			
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 1		Grupo 2	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0					2	8,3	1	8,3					4	16,7	2	16,7
1					3	12,5	3	25,0					2	8,3	2	16,7
2					7	29,2	3	25,0					3	12,5	3	25,0
3	2	8,3	3	25,0	3	12,5	2	16,7	3	12,5	4	33,3	3	12,5	1	8,3
4	1	4,2	2	16,7	3	12,5			4	16,7	3	25,0	2	8,3		
5	4	16,7			2	8,3	2	16,7	3	12,5	3	25,0	3	12,5	2	16,7
6	4	16,7	2	16,7	2	8,3			8	33,3			3	12,5	1	8,3
7	2	8,3	1	8,3					2	8,3			1	4,2		
8	5	20,8	2	16,7	2	8,3			2	8,3			2	8,3		
9	2	8,3					1	8,3	2	8,3			1	4,2		
10	4	16,7	2	16,7							2	16,7			1	8,3

Os métodos/estratégias utilizadas pelos profissionais, para avaliar a dor nos doentes continua a ser, na quase totalidade, o perguntar ao doente (tabela 27) não só nos doentes do grupo 1 como no grupo 2.

Após a formação constatou-se que continuavam a não ser utilizadas escalas para avaliação da dor nos doentes não comunicantes.

Tabela 27: Distribuição das respostas dos doentes em relação ao tipo de avaliação da dor pelos profissionais de saúde

Quando teve dor, como avaliaram?	Grupo 1		Grupo 2	
	nº	%	nº	%
Perguntando-me	33	91,7	27	96,4
Pedindo-me para escolher um número numa régua	1	2,8	1	3,6
Pedindo-me para escolher uma cara numa régua	2	5,6		
Total	36	100,0	28	100,0

Relativamente à capacidade de alívio dos medicamentos, em relação à dor, verifica-se um ligeiro aumento na amostra do segundo inquérito, conforme descrito na tabela 28.

Tabela 28: Distribuição da percentagem de alívio da dor dos medicamentos, nas última 24 horas

Alívio (n=23/12)	Grupo 1				Grupo 2			
	Mín/máx	Média/DP	Mediana	Moda	Mín/máx	Média/DP	Mediana	Moda
	0/100	60,0/28,9	70	80	30/100	72,5/21,7	80	80

4.4.3 Satisfação dos utentes face à avaliação e controlo da dor

Nos dois inquéritos, cerca de 60% dos doentes refere nunca ter solicitado mais medicação. Dos que pediram, a maioria esperou menos de 10 minutos para lhe ser administrada medicação analgésica (tabela 29).

Tabela 29: Distribuição das respostas dos doentes em relação ao tipo de avaliação da dor pelos profissionais de saúde

		Grupo 1		Grupo 2	
		nº	%	nº	%
Alguma vez a medicação que lhe foi dada não aliviou a dor e pediu mais outra medicação?	Sim	4	19,0	1	3,6
	Não	17	81,0	27	96,4
Quando solicitou medicação para o alívio da dor qual foi o maior tempo que teve para esperar para que lhe fosse dada	10 ou menos minutos	9	25,0	10	35,7
	11 a 20 minutos	3	8,3		
	31 a 60 minutos	1	2,8		
	> a 60 minutos	1	2,8	1	3,6
	nunca solicitou	22	61,1	17	60,7
Se respondeu sim, quanto tempo levou pra que os profissionais alterassem a sua medicação para um mais forte ou diferente e lho administraram?	< 1 hora	1	33,3	1	100
	3-4 horas	1	33,3		
	9-24 horas	1	33,3		

A tabela seguinte mostra que 4 doentes, no primeiro inquérito pediram mais medicação. Destes, 2 dizem ter esperado mais de 3 horas para receber essa medicação. No segundo momento de colheita de dados, apenas um doente refere ter pedido mais medicação e refere ter esperado menos de 1 hora.

Em ambos os inquéritos, a maioria dos doentes não quer mais medicação para a dor, embora refira ter dor. O motivo mais frequente é a dor ser ligeira e, portanto, tolerável.

Tabela 30: Distribuição das respostas dos doentes quando questionados se queriam mais medicação para as dores e justificações para não quererem mais medicação

		Grupo 1		Grupo 2	
		nº	%	nº	%
Se ainda tem dor, deseja uma dose mais forte de medicação para a dor? (n=18)	Sim	4	22,2	1	9,1
	Não	14	77,8	10	90,9
Porque não deseja mais medicação? (n=13)	Nao sinto necessidade	1	7,7		
	Porque e muita medicação	1	7,7	2	20,0
	Dor ligeira	5	38,5	6	60,0
	Estou habituado	1	7,7		
	Analgesia a fazer efeito	3	23,1		
	Porque é uma dor tipo cólica	1	7,7		
	Porque nunca alivia	1	7,7		
	Quero morrer			1	10,0
	Quieta não doi			1	10,0

A tabela 31 mostra que, em ambos os inquéritos, cerca de metade dos doentes se encontrava a fazer medicação para as dores, em casa e quais os tipos de medicação.

Em ambas as amostras, as medicações de ambulatório dos doentes consistem, sobretudo, em medicamentos do primeiro escalão da escala do OMS.

Os resultados apresentados na supracitada tabela mostram que, no primeiro momento, dos 19 doentes medicados em ambulatório com analgésicos, apenas em 17 responderam se lhe tinham prescrito a medicação no internamento e desses, foi mantida em cerca de metade dos doentes. O motivo mais prevalente foi o facto de ninguém ter explicado ao doente que devia trazer a medicação.

Na segunda amostra, dos 14 doentes que responderam, a medicação foi mantida a 12. Os dois a quem não foi prescrita, também referiram falta de informação.

Tabela 31: Distribuição das respostas das amostras em relação à medicação no domicílio, tipo de medicação, manutenção dessa medicação e razões para a não manutenção

		1º inquérito		2º inquérito	
		nº	%	nº	%
Estava a fazer tratamento para a dor em casa? (n=37)	Sim	19	51,4	15	53,6
	Não	18	48,6	13	46,4
	Paracetamol	5	27,8	5	35,7
	Diclofenac	1	5,6	1	7,1
	Paracetamol + ibuprofeno	1	5,6		
	Fentanil	1	5,6		
	Tramadol + paracetamol	1	5,6	1	7,1
	Anticonvulsivantes	1	5,6	3	21,5
	AINE + corticoide	1	5,6		
	Não sabe	7	38,9	4	28,6
Mantiveram os seus medicamentos da dor? (n=17/14)	Sim	9	52,9	12	85,7
	Não	8	47,1	2	14,3
Porque não mantiveram a medicação? (n=8/2)	Ainda não trouxe	1	12,5		
	Deram outros	1	12,5		
	Fui operado	1	12,5		
	Não necessito	1	12,5		
	Ninguém explicou	4	50	2	100

As tabelas seguintes mostram que medicação fixa e de resgate estavam prescritas aos doentes. A tabela permite, também, analisar qual a medicação de resgate foi, de facto, administrada aos doentes.

Tabela 32: Caracterização da medicação analgésica fixa prescrita

Medicação fixa	Grupo 1		Grupo 2	
	nº	%	nº	%
AINE			7	20,0
Paracetamol	6	12,8		
Tramadol	7	14,9	6	17,1
Paracetamol+tramadol+fentanil	1	2,1	1	2,9
Metamizol+tramadol	17	36,2	6	17,1
Paracetamol+tramadol	2	4,3		
Nenhuma	6	12,8	9	25,7
Paracetamol+metamizol+tramadol	2	4,3	1	2,9
Buprenorfina	1	2,1	1	2,9
Buprenorfina+gabapentina	1	2,1		
Epidural(morfina+ropivacaina)+parac+tram+AINE	1	2,1		
Epidural(morf+ropi)+AINE	1	2,1	1	2,9
Gabapentina	1	2,1	1	2,9
Paracetamol+tramadol+corticoide	1	2,1		
Tramadol+gabapentina			1	2,9
Paracetamol+AINE+tramadol+gabapentina			1	2,9
Total	47	100,0	35	100,0

Pela análise das tabelas verifica-se que não houve uma uniformização de prescrição após a formação.

Apenas foi administrada analgesia de resgate a 3 e 5 doentes, de acordo, respetivamente com os dados colhidos no primeiro e segundo inquéritos.

Tabela 33: Distribuição da medicação analgésica de resgate prescrita consoante as amostras

Medicação de resgate	Grupo 1			Grupo 2		
	nº	%	sos efetuado (n/%)	nº	%	sos efetuado
Paracetamol	6	12,8	2/4,3	9	25,7	2/5,7
AINS	10	21,3		3	8,6	2/5,7
Tramadol	1	2,1		3	8,6	
Petidina	1	2,1				
Morfina	1	2,1	1/2,1			
Paracetamol+clonixina	1	2,1				
Tramadol+petidina	2	4,3		1	2,9	
Morfina+fentanil	1	2,1				
Clonix+metamizol	1	2,1				
Paracetamol+petidina	3	6,4		3	8,6	1/2,9
Nenhuma	20	42,6	44/93,6	16	45,7	30/100
Total	47	100,0	47/100	35	100,0	35/100

Praticamente todos os doentes, em todas as aplicações dos inquéritos, se mostraram satisfeitos ou muito satisfeitos, quer com o tratamento da dor, quer com os profissionais que a trataram (tabela 34).

No primeiro inquérito, os 2 doentes que se mostraram insatisfeitos com o tratamento fundamentaram o facto, um por não ter melhorado, o outro por ainda ter muita dor. Estes doentes mostraram-se satisfeitos com os profissionais. O doente que se mostrou insatisfeito com os profissionais achou que demoravam muito a responder à sua chamada.

No segundo inquérito, o doente que se mostrou insatisfeito com o tratamento da dor mostrou o mesmo grau de satisfação em relação aos profissionais, explicando que “não vêm quando chamo”. Os dois doentes que se mostraram insatisfeitos com o tratamento da dor justificaram o facto por ainda terem dor.

Tabela 34: Distribuição das respostas em relação à satisfação dos doentes com o tratamento da dor e com os profissionais de saúde

Variáveis	Grupo 1				Grupo 2			
	Satisfação com tratamento da dor		Satisfação com os profissionais		Satisfação com tratamento da dor		Satisfação com os profissionais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Insatisfeito	2	5,6	1	2,8	1	3,7	3	11,1
Satisfeito	27	75,0	26	72,2	17	63,0	15	55,6
Muito satisfeito	7	19,4	9	25,0	9	33,3	9	33,3
Total	36	100,0	36	100,0	27	100,0	27	100,0

5. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados constitui o cerne da investigação. É a altura em que se ressaltam os resultados obtidos e se tiram conclusões.

Como já referido, este estudo teve como finalidade analisar, numa população de médicos e enfermeiros, as suas atitudes, práticas e barreiras em relação à avaliação e tratamento da dor. Analisar, também, o impacto de uma intervenção educativa nesses pontos, bem como nos conhecimentos, nos serviços de Cirurgia Geral. Por fim, conhecer qual a prevalência de dor nos doentes desses serviços e o seu grau de satisfação face à avaliação e tratamento da sua dor, antes e depois da formação aos profissionais.

5.1 AVALIAÇÃO DAS ATITUDES, BARREIRAS E PRÁTICAS

Quando nos debruçamos sobre as **características sociodemográficas e profissionais** dos médicos, verificamos que a distribuição dos anos de início do internato médico, que traduzem, na prática a experiência profissional, mostra dois picos: mais de 20 anos e menos de 5 anos. Esta distribuição também se encontra na data de início de funções no serviço: na sua maioria, os médicos que responderam tinham iniciado funções no serviço há mais de 10 anos ou há menos de 5 anos.

O que se constatou, no terreno, e registado em notas de campo, é que o grupo de médicos que menos colaborou no preenchimento do inquérito esteve mais envolvido no trabalho diário, com menos disponibilidade de tempo. Os mais jovens, recém chegados aos serviços, estão mais ávidos para colaborar e para apreender conhecimentos.

Do universo de médicos respondente, apenas 15% tinha formação em dor. Esta falta de formação está de acordo com a literatura. Um estudo das atitudes e das práticas no tratamento da dor oncológica nos Estados Unidos, feita através de um questionário, refere que apenas 12% da amostra de 897 médicos de várias especialidades, considerava ter tido uma boa ou excelente formação académica em dor oncológica. 52% consideravam-na má.⁽⁹¹⁾ A uma questão semelhante, 67% de médicos canadianos responderam ter tido uma má formação.⁽⁹⁷⁾ A falta de formação leva à falta de conhecimentos, também largamente citada em estudos de vários locais do globo. Estudos nos Estados Unidos,^(33,82) em Israel,⁽⁵⁶⁾ China,⁽⁵⁵⁾ Itália,⁽⁵²⁾ Canadá,⁽⁹⁷⁾ França,⁽⁹⁸⁾

sugerem mais formação para melhorar conhecimentos na área da dor. Felizmente, os médicos mais novos têm mostrado cada vez mais interesse nesta área. No presente estudo, a maioria dos médicos com formação em dor tinha menos de 3 anos de funções no serviço. Manalo (2008) mostrou que os estudantes de medicina Filipinos têm poucos conhecimentos em dor, mas 93,8% dos estudantes que responderam ao inquérito mostraram vontade de os adquirir, por perceberem que daí resultará segurança e eficácia.⁽⁴⁹⁾ Nimaanrat et al (2010) demonstraram que internos de medicina mostraram atitudes positivas em relação ao tratamento da dor, embora défice de conhecimentos.⁽⁸⁸⁾

A amostra dos enfermeiros é constituída maioritariamente por enfermeiros com duas décadas de experiência profissional. A pouca contratação de profissionais pelo contexto político e económico atual justifica este fato.

Comparativamente com os médicos, a percentagem de enfermeiros com formação na área da dor é maior. Prevalece, como tipo de formação, a formação em serviço e os cursos.

Médicos e enfermeiros têm carreiras profissionais muito distintas, o que pode justificar esta disparidade. Os médicos são bastante avaliados na fase de internato, com necessidades formativas intensas, tendo como objetivo a obtenção da especialidade.⁽⁹⁹⁾ O congelamento da restante progressão da carreira, com ausência de concursos, associado à conjuntura social e económica, provoca uma desmotivação crescente. Esta, associada à falta de avaliações sistemáticas obrigatórias, leva a um desinteresse no investimento em formação e atualização.

Pelo contrário, os enfermeiros encontram-se sistematicamente em avaliação. Anualmente têm que apresentar relatórios onde a presença de formações é valorizada e estas são incentivadas pelas chefias. Apesar de tudo, 50% dos enfermeiros da amostra também não tem qualquer formação em dor. A área de interesse destes enfermeiros poderá ser outra, mas a grande prevalência de dor nas nossas enfermarias incrementa a importância da motivação dos profissionais para esta área. Os investigadores reconhecem a importância do papel da enfermagem na avaliação e tratamento da dor, mas as fontes do conhecimento base, os livros de texto, são frequentemente omissos em temas tão importantes como comunicação entre enfermeiro e médico, descrição prática da utilização dos opióides, as suas formulações e vias de administração correta.^(24,51)

No geral, as **atitudes** dos médicos e dos enfermeiros em relação à avaliação e tratamento da dor, neste estudo, são positivas, dado que a maioria dos itens tem uma maior percentagem de respostas desejáveis. Na literatura, os estudos são contraditórios. Os enfermeiros que trabalham em oncologia podem ter atitudes mais liberais em relação aos opióides, mas, por outro lado, mostram atitudes negativas em relação a itens específicos, como o medo da adição e da utilização de opióides durante o diagnóstico da doença.⁽³⁴⁾ Os médicos podem demonstrar poucos conhecimentos, mas ter atitudes positivas em relação à prescrição de opióides na dor crónica oncológica.^(57,88)

56,2% dos médicos da presente amostra mostram atitudes negativas em relação à possibilidade de depressão respiratória com a utilização de opióides, ao contrário dos enfermeiros, cuja maioria concordou que a depressão respiratória é rara, quando administrados de forma contínua. No estudo de Nimmaanrat et al e no de Gallagher et al, orientados para os médicos, também a maioria (71,6% e 73,4% respetivamente) teve uma atitude negativa, ao contrário do de Ger et al.^(54,86,88) No de Furstenberg et al, com uma amostra com médicos, enfermeiros e farmacêuticos, a grande maioria (85%) discordou que a depressão respiratória era uma inevitabilidade.⁽⁸⁵⁾

A utilização de opióides na dor irruptiva foi outra questão com baixa percentagem de respostas desejáveis, ao contrário do descrito em estudos com a mesma questão.^(31,49,86,89) Estes estudos trataram esta questão como avaliação de conhecimentos. No presente estudo optou-se por tratá-la como atitude, na tentativa de perceber se os médicos concordariam em prescrever opióides para a dor irruptiva. Na maioria, os médicos mantiveram-se indiferentes. A questão não foi colocada aos enfermeiros, dados que a prescrição não está no âmbito das suas funções. Num estudo posterior seria interessante colocá-la como avaliação de conhecimentos, com um item “não sei”, podendo retirar, então, resultados mais concretos.

A questão que menos respostas desejável teve, tanto dos médicos como dos enfermeiros, foi a relacionada com a capacidade do doente com dor severa conseguir dormir, mesmo com dor. O estudo de Levin et al (1998), com médicos, mostra respostas excelentes a este item.⁽³⁵⁾ No caso do estudo de Salvadó-Hernández et al, com enfermeiros de cirurgia e oncologia, os resultados são semelhantes aos deste estudo.⁽¹⁰⁰⁾

Na generalidade, as respostas estão de acordo com os estudos referenciados nos parágrafos anteriores. Poder-se-á mesmo dizer que, na maioria dos casos, as respostas da amostra deste estudo mostra atitudes ligeiramente mais positivas.

O facto de existirem estudos com as mesmas questões, mas resultados distintos é resultado da individualidade das atitudes, fruto, como já referido, da experiência pessoal de cada um, o que torna tão complexo o seu estudo e a sua mudança.⁽³⁵⁾ É muito bom o facto dos profissionais do CHLP terem demonstrado atitudes positivas. Destacam-se, todavia, alguns pontos a melhorar, como algumas atitudes em relação aos opióides.

Em relação às **práticas**, as primeiras questões eram iguais para médicos e enfermeiros. A primeira e a terceira diziam respeito a avaliação da dor e a segunda ao tratamento. Todos os médicos responderam que perguntavam aos doentes muito frequentemente ou frequentemente as características da dor, o que é excelente. No caso dos enfermeiros, só 9 enfermeiros (7,5%) responderam, que raramente ou nunca perguntavam. No estudo de Mercadante et al também todos os médicos responderam que avaliavam as características da dor.⁽⁵²⁾

Já em relação à utilização de escalas para avaliação da dor, as respostas são diferentes na amostra dos médicos e na dos enfermeiros. Os primeiros utilizam menos as escalas: 52,1% fazem-no raramente e 11% nunca. 80% dos enfermeiros referem utilizá-la com frequência ou com muita frequência. Esta percentagem é igual à do estudo de Mercadante et al, mas nesse estudo a amostra era constituída por médicos e não enfermeiros.⁽⁵²⁾ Embora esteja provado na literatura que a utilização de escalas para avaliar a dor leva a um diagnóstico de mais casos de dor, os profissionais continuam a utilizá-las pouco.^(101,102)

Curiosamente são os enfermeiros que referem mais utilizar a escala da OMS para o tratamento da dor (63,6% utilizam-na frequentemente ou muito frequentemente quando apenas 41,1% dos médicos o refere). A grande maioria dos médicos (47,9%) utiliza-a raramente. No estudo de Mercadante et al, que avalia médicos antes de aplicar uma formação em dor, a pergunta é feita em termos de sim/não, pelo que a percentagem de resposta “sim” (66%) só será comparável ao presente estudo se aos 41,1% dos médicos se somarem os que responderam “raramente”, o que perfaz um total de 89%.⁽⁵²⁾

Para avaliar a prescrição médica em contexto de indicação de opióides fortes, efetuaram-se as questões 4 e 5 do grupo das práticas. O objetivo, ao perguntar se prescreveriam tramadol num doente com dor oncológica descontrolada, seria obter maioritariamente a resposta “nunca”, uma vez que as recomendações são no sentido da utilização de morfina neste tipo de dor, quando moderada a severa e a sua associação com tramadol será farmacologicamente incorreta.⁽¹⁰³⁾ No entanto, após a análise das respostas (apenas 8,2% dos médicos responderam nunca) verificou-se que o final da pergunta, questionando “chamo o especialista de dor”, cuja resposta deveria ser “frequentemente”, coloca um viés, que pode ter influenciado as respostas. Entende-se, portanto, que num próximo estudo esta questão deverá ser dividida em duas, obtendo-se uma melhor clarificação do tipo de resposta.

A utilização de morfina está indicada, também na dor aguda, mas existem, como se tem focado, alguns receios em relação à sua prescrição.^(92,104) A questão “prescrevo morfina no tratamento da dor aguda” permitiu perceber que 19,2% dos médicos do CHLP nunca o faz. 41,1% prescreve-a raramente. Noutro estudo, que questionou os médicos com que frequência prescrevia opióides, 50% dos médicos respondeu que os utilizava menos de 50% das vezes e 23% referiu dificuldade na sua prescrição.⁽⁵²⁾ Ao olhar-se para a percentagem de médicos que não prescreve morfina na dor aguda ou que raramente o faz (60,3%), percebe-se uma necessidade de formação nesta área.

Poucos enfermeiros assinalaram a resposta desejável na pergunta relacionada com a mudança do emplastro de buprenorfina. Poderá ter existido uma confusão com a mudança do emplastro de fentanil, esse sim, de 3/3 dias, o que poderá não ser grave, dado que na prescrição médica deverá constar essa indicação. “No terreno”, o que se verifica é que essa indicação está poucas vezes assinalada, pelo que se torna importante ser, também, do conhecimento dos enfermeiros e investir nesta área de formação.

As duas últimas perguntas pretendiam avaliar se a administração dos analgésicos eram, de facto, administradas de acordo com a severidade da dor do doente, como preconizado na literatura.^(71,105) A percentagem de enfermeiros que nunca ou raramente administram um opióide forte antes de um analgésico do primeiro degrau da escala analgésica da OMS, no contexto de uma dor severa corresponde à maioria, contrariamente ao seria desejável.

Na análise global das respostas, o grupo de avaliação das práticas dos médicos e dos enfermeiros mostra alguns défices que foram sendo assinalados e que permitem desenhar uma formação dirigida e, portanto, mais eficaz.

A elaboração da escala de **barreiras** foi baseada noutros estudos, onde foi apresentada, nunca tendo sido avaliada a sua consistência interna. Nesses estudos, os itens foram analisados isoladamente. Nos estudos de Von Roenn et al (1993), Furstenberg et al (1998) e Sapir et al (1999), a barreira considerada mais importante é a avaliação inadequada da dor, por parte dos profissionais de saúde.^(56,85,91) No estudo de Nimmaanrat et al (2010), que cita os anteriores e aplica o mesmo questionário de barreiras, as que são mais importantes para os médicos internos respondentes são: a relutância dos médicos em prescrever opióides e a dos doentes em tomá-los.⁽⁸⁸⁾ Estudos mais recentes referem diferentes percentagens de adesão terapêutica dos doentes aos opióides. O motivo apontado é a quantidade de informação e aconselhamento prestado ao doente: quanto maiores os esclarecimentos, maior é a adesão do doente à terapêutica.^(26,48)

Um estudo Australiano, ao procurar o porquê de uma prevalência de dor intra-hospitalar nas 24 horas anteriores de 42%, conclui que a um fator muito importante para o inadequado tratamento da dor são os défices de comunicação entre os doentes, profissionais e familiares.⁽¹⁵⁾ Muitas vezes os doentes receiam que as queixas durante os tratamentos, nomeadamente em contexto oncológico, interfiram nos mesmos, pelo que optam pelo silêncio.⁽¹⁷⁾

Percebe-se, então, que a literatura está de acordo com o presente estudo, onde se verifica que os médicos concordaram mais com as barreiras associadas aos doentes do que às associadas aos profissionais e instituição de saúde. Todavia, por essa mesma análise, percebe-se que também há preocupação com as outras barreiras.

A escala dos enfermeiros mostra que as barreiras associadas à avaliação e administração de medicamentos são de maior concordância que as dos profissionais de saúde. Drayer et al, ao estudar as barreiras à avaliação e tratamento da dor em 50 doentes hospitalizados, conclui que os enfermeiros e médicos pensam que a severidade da dor é menor que a reportada pelo doente, ou seja, claramente um défice de avaliação.⁽¹⁴⁾ O estudo de Ronde et al (2000) mostra uma discrepância entre os opióides prescritos e os

administrados de 14,8%.⁽⁶¹⁾ E como já se referiu, os doentes, por vezes, também não aderem à terapêutica.⁽²⁶⁾

Está descrito que altos scores nos questionários de barreiras estão associados a fraca adesão à medicação analgésica, por isso, investir na sua redução leva a um melhor tratamento da dor.⁽⁵⁾

Quando se questionaram os profissionais de saúde dos serviços de cirurgia geral, no âmbito da avaliação do impacto da formação, sobre as dificuldades sentidas nos respetivos serviços, em relação à avaliação e controlo da dor, as respostas obtidas vieram fortalecer o já analisado sobre as barreiras. A maioria dos médicos sente falta de formação. A maioria dos enfermeiros focou mais a dificuldade de comunicação com o doente e na avaliação e caracterização da dor. Os enfermeiros passam mais horas junto do doente, pelo que sentem mais a dificuldade na avaliação e comunicação.⁽¹⁰⁶⁾ Está descrito que utilizam técnicas de comunicação simples, para interagir com os doentes, tentando, assim, ultrapassar essas dificuldades de comunicação.⁽²⁴⁾ São, também, os enfermeiros que referem a falta de protocolos e de prescrição de analgésicos, nos seus serviços.

Será interessante aplicar, noutros estudos, a presente escala de barreiras, comparando, grupos de médicos e de enfermeiros que trabalhem em áreas diferentes, obtendo, assim, uma caracterização do tipo de barreiras específico de cada serviço ou enfermaria, de modo a permitir uma atuação mais dirigida às dificuldades sentidas.

Este trabalho permite, também, perceber que é urgente estabelecer, para cada serviço, um protocolo de dor, para facilitar a prescrição dos médicos e criar uniformização. Na área de enfermagem, criar um protocolo que estabeleça qual o tipo de analgésico a administrar, dentro dos prescritos em SOS, de acordo com o nível de dor do doente também se torna premente.

A identificação, pelo presente estudo, de serviços cujos profissionais não têm qualquer formação em dor permitirá, no futuro, trabalhar em conjunto com o objetivo de alterar esta situação. Está descrito que a formação dirigida médico-a-médico também muda práticas de prescrição.^(35,48) Esta técnica é adotada, por exemplo, pelos delegados de informação médica. Será importante a sensibilização do gabinete de formação contínua do hospital, para incluir, anualmente, no plano de formação, a obrigatoriedade de

frequência de um curso de dor, à semelhança do que é feito para outras áreas, como o suporte básico de vida. Sendo a avaliação da dor equiparada a sinal vital, porque não equiparar, também, a sua formação?

A avaliação anual da prevalência de dor hospitalar, com apresentação pública dos resultados, poderá, continuamente, alertar para áreas a melhorar.

Será, também, desejável, envolver chefias e gestores para alterações positivas na estrutura organizacional. A qualidade na avaliação e tratamento da dor, como vimos ao abordar as barreiras, passa por mais tempo para cada doente, mais número de profissionais por doente e assegurar disponibilidade para formação dos profissionais.

5.2 IMPACTO DA FORMAÇÃO

A opção de aplicar a formação apenas aos profissionais dos serviços de cirurgia geral, já justificada anteriormente, limitou o tamanho da amostra em que se avaliou o impacto dessa formação (14 médicos e 15 enfermeiros). No entanto, tentou-se retirar deste estudo algumas orientações para corrigir e melhorar a intervenção, tendo como objetivo futuro, ampliá-la a outros serviços.

Se analisarmos os resultados globais, verificamos que, no caso dos médicos, houve diferença em apenas 5 dos 27 itens sobre atitudes e essa diferença foi positiva e estatisticamente significativa. São, na maioria, questões relacionadas com os opióides e vias de administração. Em relação às práticas, houve melhoria estatisticamente significativa num item e melhoria com valores estatísticos ligeiros em mais dois itens. Tendo em conta que no primeiro item todos os médicos tinham dado a resposta desejável na primeira aplicação do questionário, não podendo haver melhoria deste resultado, pode-se dizer que o impacto da formação foi positivo. Nos conhecimentos houve uma melhoria global e estatisticamente significativa.

No caso dos enfermeiros, houve diferença estatisticamente significativa em 6 dos 21 itens, mas só em 4 as atitudes melhoraram. São atitudes relacionadas com a avaliação da dor e a comunicação com o doente.

Em relação às práticas, 4 dos 6 indicadores apresentaram melhoria, sendo esta estatisticamente significativa. Tal como na amostra dos médicos, a resposta à pergunta

“pergunto aos doentes quais as características da dor” tinha, na grande maioria dos enfermeiros correspondido a boas práticas. Assim, também se poderá dizer que o impacto da formação foi positivo nas práticas dos enfermeiros. Também apresentaram uma melhoria de conhecimento estatisticamente significativa.

O pouco impacto obtido nas atitudes de ambos os grupos profissionais poder-se-á dever a múltiplos fatores: as atitudes estão ligadas, como já referido, a comportamentos adquiridos ao longo da vida e, por isso, mais difíceis de alterar.^(58,107) A formação teve a duração de hora e meia, o que é pouco para um tema tão vasto. Estão descritos formações de vários dias, com um impacto positivo nas atitudes e conhecimentos de enfermeiros.⁽⁶⁰⁾ Os três meses de intervalo entre a formação e o preenchimento do segundo questionário podem levar a um maior esquecimento. A aplicação dos questionários imediatamente antes e imediatamente depois da formação tem, também, resultados positivos nas atitudes e conhecimentos.⁽¹⁰⁶⁾

Uma equipa de cuidados paliativos canadianos, em 2001, fez uma revisão dos estudos publicados sobre intervenções educativas desenhadas para melhorar o controlo da dor. Encontrou várias dificuldades na comparação dos estudos, pois tinham várias limitações metodológicas e as variáveis avaliadas nos diversos estudos eram diferentes. Apesar disso, conclui que as intervenções educacionais melhoram as atitudes e os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre dor oncológica, mas não têm muito impacto nos níveis de dor dos doentes.⁽⁶⁰⁾ Semelhante conclusão, a nível de conhecimentos, pós-intervenção, refere Mercadante no seu estudo.⁽⁵²⁾

Ferrel e McCaffery (2008), desenvolveram uma escala para avaliação de conhecimentos sobre dor dos profissionais de saúde, para avaliação antes e após programas educacionais.⁽⁸⁴⁾ O Centro Médico Oncológico onde trabalham, na Califórnia, conduz, anualmente, uma avaliação aos enfermeiros, para determinar as necessidades formativas. Os fracos resultados levaram à criação de um projeto de formação de 40h, abordando a avaliação da dor e farmacologia, entre outros temas. Após aplicar o programa, Ferrell e McCaffery publicaram os resultados da avaliação prévia e após 3 meses da formação. Concluíram que houve melhoria dos conhecimentos e das atitudes, mas, no terreno, continuaram a enfrentar muitas barreiras para implementar um controlo da dor de qualidade.⁽¹⁰⁶⁾

Apesar de tudo, como já foi referido, os estudos que analisam o impacto, não só de programas educacionais, mas também projetos institucionais, mostram uma melhoria mais significativa no *outcome* dos doentes. ^(37,108,109)

No presente estudo, a avaliação dos doentes em dois tempos diferentes (antes e depois da intervenção) apenas permite uma descrição estatística, pois as amostras não são comparáveis. Apesar de tudo, a média de idades é semelhante e os diagnósticos, maioritariamente cirúrgicos. É interessante verificar que a prevalência de dor é de 61,7% no primeiro tempo e de 45,7 no segundo e a percentagem de dor severa 24,9% e 16,7%, respetivamente. A prevalência de dor avaliada um ano antes, no mesmo centro hospitalar, foi de 69,8% nos serviços cirúrgicos. ⁽¹¹⁾ Não se pode deixar de assinalar que, comparativamente com as duas situações, a prevalência de dor foi inferior, depois da intervenção.

Durante a formação os profissionais queixaram-se que muitos dos doentes não entendem as escalas. Foi sugerido a utilização mais frequente da escala verbal, pelo que os doentes referirem que não lhes foi mostrada uma régua, poderá não significar a não utilização desse instrumento. Num futuro questionário, poder-se-á alterar as respostas, especificando melhor o tipo de escalas.

Não existiu uniformização de protocolos após a intervenção. Este é um ponto que requer uma organização institucional e que confirma, como já referimos, que a formação isolada não é suficiente. ^(5,60,61)

Foi administrada pouca medicação em SOS, mas os níveis de dor desceram desde as 24 horas anteriores até ao momento de ambos os inquéritos, pelo que se supõe que os analgésicos foram eficazes.

Os resultados deste estudo em relação à satisfação do doente em relação ao tratamento da dor e aos profissionais estão de acordo ao apresentado na literatura. Os estudos mostram que, apesar de terem dor, os doentes mostram-se satisfeitos com o seu tratamento. ^(110,111) Açam que, em situação pós-operatória ou de doença, é normal ter dor, pelo que não valorizam esse facto. É por isso que os estudos enfatizam que são necessários programas de melhoria do controlo da dor multidisciplinares, que envolvam os doentes e as suas famílias. ^(5,48,112,113)

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo tem algumas limitações: a ausência de grupo controlo, ou seja, um grupo em que não se interveio, dificulta a análise dos resultados. O pequeno número de médicos e enfermeiros emparelhados não é representativo de todos os médicos e enfermeiros do Centro Hospitalar. A amostra dos doentes também é pequena e diferente nos dois momentos de avaliação, pelo que não permite uma comparação, mas apenas uma análise descritiva. O facto de não se ter conseguido fazer formação a todos os profissionais dos serviços de cirurgia ainda limita mais a avaliação do reportado pelos doentes, pois foram orientados, também, por profissionais que não frequentaram a formação.

Apesar disso, no terreno, o estudo levou os profissionais a levantarem dúvidas e exporem as suas dificuldades sensibilizando-os para este tema. No final das sessões, houve entusiasmo para melhorar. Nas respostas aos questionários após a intervenção, 12 dos 14 médicos e 12 dos 15 enfermeiros assinalaram que a formação tinha ajudado a prática clínica. Desde então, é perceptível uma maior preocupação com a avaliação e o tratamento da dor, pelo que se percebe que, com as suas limitações, a intervenção foi importante. Este estudo não se limitou a descrever as atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos, mas foi mais além, propondo uma intervenção específica e analisando o seu impacto.

5.4 PARA ALÉM DO ESTUDO...

Ultrapassando, um pouco os limites do presente estudo, não se pode deixar de propor um projeto de futuro, nascido da leitura dos estudos referenciados e da experiência adquirida pelo próprio estudo. Seria interessante:

- Propor à Administração do Centro Hospitalar de Leiria Pombal e ao Gabinete de Formação Permanente, a inclusão de uma formação sobre dor com carácter obrigatório, para todos os médicos e enfermeiros do hospital e em regime anual (a partir do segundo ano, poderia ser organizado dois tipos de formação: a básica e a de atualização). Cada um dos temas seria mais desenvolvido e, por isso mesmo, distribuído por dois ou três dias, consoante o plano formativo agendado. A formação descrita neste estudo serviria de orientação;

-
- Envolver todo o serviço de Anestesiologia neste projeto, pois é uma especialidade com objetivos orientados para o controlo da dor, fator de extrema importância para este trabalho;
 - Envolver os serviços no sentido de criar protocolos de tratamento da dor e orientações para os enfermeiros;
 - Numa segunda fase (dado ser um projeto amplo, que exige muitos profissionais envolvidos e, por isso, formados em relação à temática da dor) criar um projeto para educação dos doentes e das suas famílias, com vários objetivos: esclarecer em relação ao direito a ter a sua dor tratada, orientações para o tratamento, contactos telefónicos pós-cirurgias e procedimentos dolorosos, entre outros a serem discutidos por cada um dos serviços;
 - Auditoria, anual da prevalência de dor intra-hospitalar.

6. CONCLUSÃO

Médicos e enfermeiros mostraram atitudes positivas. Nas práticas, conclui-se que existem alguns pontos a melhorar. As atitudes menos positivas e as práticas a melhorar estão relacionadas com a utilização de opióides. A escala das barreiras mostrou boas propriedades psicométricas. Os médicos concordaram mais com as barreiras associadas aos doentes e os enfermeiros com as barreiras associadas à avaliação da dor e administração de medicamentos.

O impacto da intervenção estruturada foi positivo na melhoria dos conhecimentos. A melhoria das atitudes e das práticas foi pouco significativa.

A avaliação dos doentes antes e depois da intervenção estruturada mostrou uma diminuição da prevalência de dor e em ambos os momentos, os doentes mostraram-se satisfeitos com a avaliação e o tratamento da dor.

Depois desta reflexão, seria interessante fazer as alterações propostas ao longo da análise deste trabalho, melhorando-o metodologicamente e, posteriormente, aplicar os questionários tentando obter uma amostra maior, que permita validar as escalas das atitudes e das práticas. Seriam um interessante instrumento de trabalho para aplicar imediatamente antes e imediatamente depois da intervenção estruturada proposta, para permitir uma avaliação contínua.

A escala de barreiras permitirá, aplicando-a a serviços/enfermarias específicos, comparar e avaliar diferentes dificuldades, permitindo intervenções mais dirigidas.

Do balanço deste trabalho, parecem ser mais positivos do que negativos os resultados da aplicação duma intervenção formativa, embora se confirme que tem de ser acompanhada de outras intervenções a nível institucional, para que os resultados sejam visíveis. Essas intervenções também devem ser contínuas, para que os resultados sejam sustentáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crooks LK. Assessing Pain and the Joint Commission Pain Standards. *Top Emerg Med*, 2002, 24 (1): 1-9;
2. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Pain Med*. 2007 July, 105 (1): 205-19;
3. Cohen MZ, Easley MK, Ellis C, Hughes B, Ownby K, Rashad BG et al. Cancer Pain Management and the JCAHO's Pain Standards: An Institutional Challenge. *J Pain Symptom Manage*; 2003, 25 (6): 519-527;
4. Weingart SN, Cleary A, Stuver SO, Lynch M, Brandoff D, Schaefer KG et al. Assessing the Quality of Pain Care in Ambulatory Patients With Advanced Stage Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2012 June, 43 (6): 1072-1081;
5. Bennet MI, Bagnall A, Closs SJ. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain* 2009 143: 192-199
6. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*, 2012, August 13 (8): 773-783;
7. Salomon L, Tcherny-Lessenot S, Collin E, Coutaux A, Levy-Soussan M, Legeron MC et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Symptom Manage*. 2002, Dec 24 (6):586-92;
8. Strohbuecker, B, Mayer H, Evers G, Sabatowski R. Pain prevalence in hospitalized Patients in a German University teaching hospital, *J Pain Symptom Manage*. 2005, May 29 (5): 498-506;
9. Sawyer J, Haslam L, Daines P, Stilos K. Pain Prevalence Study in a Large Canadian Teaching Hospital. Round 2: Lessons Learned? *Pain Manage Nurs*. 2010, March 11(1): 45-55;

10. Costantini M, Viterbori P, Flego G. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey, *J Pain Symptom Manage*, 2002 March 23 (3): 221-30;
11. Silva EJ, Dixe MA. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português. *Rev Dor São Paulo*. 2013, Out-Dez 14 (4): 1-6;
12. Joranson D. Are health-care reimbursement policies a barrier to acute and cancer pain management? *J Pain Symptom Manage*. 1994 9(4): 244-253;
13. Kimberly LP, Pargeon MA, Hailey BJ. Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature, *J Pain Symptom Manage*. 1999, Nov 18 (5): 358-368;
14. Drayer RA, Henderson J, Reidenberg M. Barriers to better pain control in hospitalized patients. *J Pain Symptom Manage*. 1999, 41(5): 434-440;
15. Yates PM, Edwards HE, Nash RE, Walsh AM, Fentiman BJ, Helen M. Skerman HM et al. Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. *J Pain Symptom Manage*. 2002, May 23 (5): 393-405;
16. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Ward S. Interventions to overcome clinician- and patient-related barriers to pain management. *Nurs Clin N Am*. 2003, 38:419-434;
17. Sun VC, Borneman T, Ferrell B, Piper B, Koczywas M, Choi K. Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model, *J Pain Symptom Manage*. 2007, Oct 34 (4): 359-369;
18. Giordano J; Schatman ME. An ethical analysis of crisis in chronic pain care: facts, issues and problems in pain medicine. Part I. *Pain Physician*. 2008, July/August 11: 483-490;
19. Giordano J. Schatman ME. A crisis in chronic pain: an ethical analysis. Part two: proposed structure and function of an ethics of pain medicine. *Pain Physician*. 2008, September/October 11: 589-595;
20. Giordano J, Schatman ME, A crisis in chronic pain care: an ethical analysis. Part Three: toward an integrative, multi-disciplinary pain medicine built around the needs of the patient. *Pain Physician*. 2008, November/December 11: 775-784;

21. Duignain M. Dunn V. Barriers to pain management in emergency departments. *Emerg Nurs*. 2008, February 15 (9): 30-34;
22. International Association for the Study of Pain. Global Year Against Pain. [Homepage na internet]. Barriers to pain treatment. 2009 [Acedido em 2013, Novembro, 13]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/>;
23. McAuliffe L. Nay R. O'Donnell M, Fetherstonhaugh D. Pain assessment in older people with dementia: literature review, *J Adv Nurs*, 2008 65 (1): 2-10;
24. Manias E. 2012 Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: a qualitative observation and interview study. *Int J Nurs Studies*. 49: 1243-1254;
25. Zuccaro SM, Vellucci R, Sarzi-Puttini P, Cherubino P, Labianca R, Fornasari D. Barriers to pain management. Focus on opioid therapy. *Clinic Drug Invest*, 2012, 32 Supl 1: 11-19;
26. Nguyen LM, Rhondali W, De la Cruz M, Hui D, Palmer L, Kang DH, Parsons HA Bruera E. Frequency and predictors of patient deviation from prescribed opioids and barriers to opioide pain management in patients with advanced cancer, *J Pain Symptom Manage*, 2013, March 45 (3): 506-516;
27. Miaskowsk C, Dodd MJ, West C, Paul ST, Tripathy D, Koo P et al. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management, *J Clin Onc*. 2001, 19 (23): 4275-4279;
28. Arif-Rahu M, Grap MJ. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: state of science review. *Int Crit Care Nurs*. 2010, 26: 343-352;
29. Meyers DG. *Social Psychology*. McGraw-Hill. New York. 1996:123-161;
30. Pimenta CM, Portinoi AG Dor e cultura. [In: Carvalho MM, Dor: um estudo multidisciplinar, Summus, São Paulo] 1999, 159-173;
31. Kim M, Park H, Park EC, Park K. Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: young doctors of South Korea in their early career. *Jpn J Clin Oncol*. 2011, 41 (6): 783-791;

32. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al Introduction to Clinical Practice. [In: Fauci, AS et al: Harrison's Principles of Internal Medicine. 1998, 14^a ed. Mc Graw Hill, USA] 1;
33. Elliott TE, Murray DM, Elliott BA, Braun B, Oken MM, Johnson KM, Post-White, Lichtblau L. Physician knowledge and attitudes about cancer pain management: a survey from the Minnesota cancer pain project. *J Pain Symptom Manage.* 1995, October 10 (7) :494-504;
34. Broekmans S, Vanderschueren S, Morlion B, Kumar A, Evers G. Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital, *Int J Nurs Studies.* 2004, 41:183-189;
35. Levin ML, Berry JI, Leiter J. Management of pain in terminally ill patients: physician reports of knowledge, attitudes, and behavior, *J Pain Symptom Manage.* 1998, 15 (1): 27-40;
36. Green CR, Wheeler JR, LaPorte F. Clinical decision making in pain management: contributions of physician and patient characteristics to variations in practice. *J Pain.* 2003, V 4 (1): 29-39;
37. Stevenson KM, Dahl JL, Berry PH, Beck SL, Griffie J. Institutionalizing effective pain management practices: practice change programs to improve the quality of pain management in small health care organizations, *J Pain Symptom Manage.* 2006, 31 (5): 248-261;
38. Visentin M, Trentin L, de Marco R, Zanolin E. Knowledge and attitudes of italian medical staff towards the approach and treatment of patients in pain, *J Pain Symptom Manage.* 2001, November 22 (5): 925-30;
39. Vinsentin M Towards a Pain-free Hospital: a project to improve the approach to the patient in pain, *J Headache Pain.* 2002, 3: 59-61;
40. Aréchiga-Ornelas GE. Nuevos conceptos en la certificación del dolor: institucionalizando el alivio del dolor, *Anest México.* 2005, 17 Suplemento 1: 46-52;

41. Soriano FL, Lajarín B, Bernal L, Rivas F. Evaluación antes-después del “hospital sin dolor”, *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2007, 54: 608-611;
42. Muñoz-Ramon JM, Rueda AM, Grande PA. La Comisión “Hospital sin dolor” en la estructura de gestión de la calidad de un hospital universitario. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010, 17 (7): 343-348;
43. Meier C, Nestler N, Richter H, Hardinghaus EP, Zenz M, Osterbrink. The quality of pain management in German hospitals, *Deutsches Ärzteblatt International*. 2010, 107 (36):607-614;
44. Association Together Against Pain. [Homepage na internet]. [accedido em 2013, 06 de Novembro]. Disponível em: <http://www.sans-douleur.ch/en/vhsdcanada.php>;
45. West CM, Dodd MJ, Paul SM, Schumacher K, Tripathy, Koo P, Miaskowski C The PRO-SELF©: pain control program - an effective approach for cancer pain management. *Onc Nurs Forum*. 2003, 30 (1): 65–73;
46. Borneman T, Koczywas M, Sun VC, Uman G, Ferrell B. Reducing patient barriers to pain fatigue management. *J Pain Symptom Manage*. 2010, March 39 (3):486-501;
47. Gagliese L, Katz L, Gibson M, Clark AJ, Lussier D, Gordon A, Salter MS. A brief educational intervention about pain and aging for older members of the community and health care workers. *J Pain*. 2012, September 13 (9):849-856;
48. Lockett T, Davidson PM, Green A, Boyle F, Stubbs J, Lovell M. Assessment and management of adult cancer pain: a systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care. *J Pain Symptom Manage*. 2013, August 46 (2): 229-259;
49. Manalo MFC. Knowledge toward cancer pain and the use of opioid analgesics among medical students in their integrated clinical clerkship. *Palliat Care Research Treatment*. 2008, 2: 9-17;
50. NewsFarma. [Homepage na internet]. [Acedido em 2013, 20 de Novembro]. Disponível em: <http://www.newsfarma.pt/noticias/885-portugal-vai-ter-primeira-escola-para-pessoas-com-dor>;

51. Ferrell B, Virani R, Grant M, Vallerand A, McCaffery M. Analysis of pain content in nursing textbooks. *J Pain Symptom Manage.* 2000, March 19(3): 216-28;
52. Mercadante S, Salvaggio L. Cancer pain knowledge in southern Italy: data from a postgraduate refresher course, *J Pain Symptom Manage.* 1996, February 11 (2): 108-115;
53. Weinstein SM, Laux LF, Thornby JI, Lorimor RJ, Hill CS, Thorpe DM, Merrill JM. Physicians' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: results of a survey from the Texas cancer pain initiative, *South Med J.* 2000, May 93 (5): 479-487;
54. Ger LP, Ho S, Wang J. Physicians' knowledge and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain management: a survey of two medical centers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage.* 2000, November 20 (5): 335-344;
55. Yanjun S, Changli W, Ling W, Woo JCA, Sabrina K, Chang L, Lei Z. A survey on physician knowledge and attitudes towards clinical use of morphine for cancer pain treatment in China, *Support Care Cancer.* 2010, 18: 1455-1460;
56. Sapir R, Pharm B, Sci MM, Catane R, Strauss-Leviatan N, Cherny NI. Cancer pain: knowledge and attitudes of physicians in Israel. *J Pain Symptom Manage.* 1999, April 17 (4): 266-276;
57. Eftekhar Z, Mohagheghi MA, Yarandi F, Eghtesadi-Araghi P, Moosavi-Jarahi A, Gilani MM, Tabatabeefar M, Toogeh G, Tahmasebi. M Knowledge and attitudes of physicians in Iran with regard to chronic cancer pain. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2007, 8:383-386;
58. Peker L, Celebi N, Canbay Ö, Sahin A, Cakir B, Uzun S, Aypar U. Doctors' opinions, knowledge and attitudes towards cancer pain management in a university hospital. *Experimental and Clinical Studies.* 2008, 2: 20-30;
59. Cunha IM. Abordagem aos conhecimentos dos profissionais de saúde no âmbito do controlo da dor aguda pós-operatória em crianças. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2010;
60. Allard P, Maunsell E, Labbé J, Dorval M. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *J Palliat Med.* 2001, 4 (2): 191-203;

61. De Rond MEJ, de Wit R, van Dam FSAM, Muller MJ. A pain monitoring program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain*. 2000, 89:25-38;
62. Fink R. Pain Assessment: the cornerstone to optimal pain management, Baylor University Medical Center Proceedings. 2000, 13 (3): 236-239;
63. Mercadante S. Opioid rotation for cancer pain: rational and clinical aspects. *Cancer*. 1999, 86: 1856-1866;
64. Mercadante S. Opioid titration in cancer pain: a critical review, *Europ J Pain* 2007, 11:823-830;
65. Kraychete DC, Sakata RK. Uso e rotação de opióides para dor crônica não oncológica. *Rev Brasileira Anest*. 2012, 62 (4): 554-562;
66. Ripamonti CI, Campa T, Fagnoni E, Brunelli C, Luzzani M, Maltoni M, De Conno F. Normal-release oral morphine starting dose in cancer patients with pain. *Clin J Pain*. 2009, 25: 386-390;
67. Binhas M et al Livret douleur. [Homepage na internet]. Assistance Publique, Hôpitaux de Paris. 2011. [Acedido em 2014, 08 de Fevereiro]. Disponível em: <http://www.institut-upsa-douleur.org/Protected/UserFiles/IgwsIudV5/Resources/Document/Guides/institut-upsa-douleur-livret-douleur-interne-janvier-2011.pdf>
68. McGeeney BE. Adjuvants agents in cancer pain. *Clin J Pain*. 2008, 24: S14-S20;
69. Macintyre PE, Scott DA, Schug SA, Visser EJ, Walker SM eds. Working Group of the Australian and New Zealand College of Anesthetists and Faculty of Pain Medicine Acute Pain Management: Scientific Evidence. 2010, 3ª ed. ANZCA and FPM. Melbourn;
70. IASP. Global Year Against Pain.[Homepage na internet] Ano Mundial Contra a Dor Aguda. 2010. [Acedido em 2014, Fevereiro 08] Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/>;
71. Registered Nurses Association of Ontario Assessment and Management of Pain in: Nursing Best Practice Guideline, Shaping the Future of Nursing, Toronto. 2002, revisto em 2007;

72. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. [Homepage na internet]. National Opioid Use Guideline Group (NOUGG), 2010 [Acedido em 2014, Fevereiro 08]. Disponível em: <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>;
73. Mateus AML, Ferreira BMA, Monforte EMA, Ferreira FMB, Alvarenga MIC, Silva MFV, Leite MJT. DOR - Guia Orientador de Boa Prática. 2008, Ordem dos Enfermeiros eds.;
74. Rull M, Puig R. Manejo de buprenorfina transdérmica en pacientes que no han usado previamente opióides. Rev Soc Española Dolor. 2006, 13 (2):108-113;
75. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting-an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management, Anesthesiology. 2004, 100: 1573-1581;
76. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Control of pain in adults with cancer - A national clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2008, eds. Edinburgh;
77. World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. 2012, WHO library, France;
78. World Health Organization Cancer Pain Relief with a guide to opióide availability. 1996, 2ª ed. WHO library. Geneve;
79. Batalha LMC, Duarte CIA, Rosário RAF, Costa MFS, Pereira VJR, Morgado TMM. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia, Rev Enf Referência. 2012, III Série (8):7-16;
80. Serviço de Anestesiologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Analgesia Pós-operatória, in: Oncoanestesia – Procedimentos 2012;
81. Almeida LS, Freire T. Metodologia da investigação em psicologia e educação, 2008, 5ª ed. Braga. Psiquilíbrios Edições;

82. Breuer B, Fleishman SB, Cruciani RA, Portenoy RK. Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: a national survey. *J Clin Oncol*. 2011, November 29: 1-8;
83. Fernández-Galinski L, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio, *Rev Soc Esp Dolor*. 2007, 1: 3-8;
84. Ferrell BR, McCaffery M. [Homepage na internet] Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. 2008 [Acedido em 2014, 08 de Fevereiro]. Disponível em: <http://prc.coh.org/Knowledge%20Attitude%20Survey%20-%20updated%205-08.pdf>;
85. Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB, Pierce KL, Dolan M, Roberts L et al. Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: a comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the State of New Hampshire, *J Pain Symptom Manage*. 1998, Jun 15 (6): 335-349;
86. Gallagher R, Hawley P, Yeomans W. A survey of cancer pain management knowledge and attitudes of British Columbian physicians. *Pain Res Manage*, 2004, 9 (4): 188-194;
87. Harris Junior JM, Fulginiti JV, Gordon PR, Elliot TE, Davis BE, Chabal C et al. Know-Pain-50: a tool for assessing physician pain management education. *Pain Med*. 2008, 9 (5): 542-554;
88. Nimmaanrat S, Prechawai C, Phungrassami T. Cancer pain and its management: a survey on interns' knowledge, attitudes and barriers. *Palliat Care Research Treatment*. 2010, 4:11-17;
89. Rurup ML, Rhodius CA, Borgsteede SD, Boddaert MS, Keijser AG, Pasma HR, Onwuteaka-Philipsen BD. The use of opioids at the end of life: the knowledge level of Dutch physicians as a potential barrier to effective pain management. *BMC Palliat Care*. 2012, 9:23;
90. Shahnazi H, Saryazdi H, Sharifirad G, Hasanzadeh A, Charkazi A, Moodi M. The survey of nurse's knowledge and attitude toward cancer pain management: Application of Health Belief Model. *J Education Health Promotion*. 2012, 1: 1-4;

91. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Cooperative Oncology Group, *Ann Intern Med.* 1993, 119: 121-126;
92. Wolfert MZ, Gilson AM, Dahl JL, Cleary JF. Opioid analgesics for pain control: Wisconsin physicians' knowledge, beliefs, attitudes, and prescribing practices, *Pain Med.* 2010, 11: 425-434;
93. Zanolin, ME, Visentin M, Trentin L, Saiani L, Brugnolli A, Grassi M. A questionnaire to evaluate the knowledge and attitudes of health care providers on pain. *J Pain Symptom Manage.* 2007, 33 (6): 727-736;
94. Azevedo LF, Pereira AC, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J et al. Questionários sobre dor crónica. *Rev Dor.* 2007, 4 (15): 3-56;
95. Guarda H. Escala DOLOPLUS. Avaliação comportamental da dor na pessoa idosa. [Homepage na internet] Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. [Acedido em 2014, 08 de Fevereiro]. Disponível em:
<http://www.apcp.com.pt/outrosdocumentos/doloplus.html>
96. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais-a complementaridade do SPSS. 2008, 5ª ed. Lisboa. Edições Sílabo;
97. MacDonald N, Findlay HP, Bruera E, Dudgeon D, Kramer JJ. A Canadian survey of issues in cancer pain management. *J Pain Symptom Manage.* 1997 Dec;14(6): 332-42;
98. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L. Cancer. Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. 1995 Dec 1;76(11):2375-82.
99. Diário da República, II série, Decreto Lei nº 203/2004 de 18 de Agosto. Redefine o regime jurídico do Internato Médico;
100. Salvadó-Hernandez C, Fuentelsaz-Gallego C, Arcay-Veirac C, López-Melendez C, Villar-Arnale T, Casas-Segala N. Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeiras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III. *Enferm Clin.* 2009, 19(6): 322–329;

101. Kamel HK, Phlavan M, Malekgoudarzi B, Gogel P, Morley JE. Utilizing Pain Assessment Scales Increases the Frequency of Diagnosing Among Elderly Nursing Home Residents. *J Pain Symptom Manage*. 2001 Jun, 21 (6):450-455;
102. Shugarman L. R. Goebel JR, Lanto A, Asch SM, Sherbourne CD, Lee ML et al. Nursing Staff, Patient, and Environmental Factors Associated with Accurate Pain Assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2010, 40 (5): 723-733;
103. Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations of the Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. *British Journal of Cancer*. 2001, 84(5): 587–593;
104. Hala Abou hammoud, Simon N, Urien S, Riou B, Lechat P, Aubrun F. Intravenous morphine titration in immediate postoperative pain management: population kinetic-pharmacodynamic and logistic regression analysis. *Pain*. 2009, 144: 139-146;
105. The College of Emergency Medicine. [Homepage na internet] Guideline for the management of pain in adults. 2010, June, [Acedido em 2014, 26 de Janeiro]. Disponível em: <http://www.collemergencymed.ac.uk/Shop-Floor/Clinical%20Guidelines/College%20Guidelines/default.asp>;
106. Ferrel BR, Grant M, Ritchey KJ, Ropchan R, Rivera LM. The pain resource nurse training program: a unique approach to pain management. *J Pain Symptom Manage*. 1993, Nov 8 (8): 549-556;
107. Wells M, Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K, Mowat P. The knowledge and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: can the Hospital Palliative Care Team make a difference? *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2001 Sep;10(3): 201-11;
108. Weissman DE, Griffie J, Gordon DB, Dahl JL. A role model program to promote institutional changes for management of acute and cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 1997, Nov 14 (5): 274-279;

109. Weissman DE, Griffie J, Muchka S, Matson S. Building an institutional Commitment to pain management in long-term care facilities. *J Pain Symptom Manage.* 2000, Jul 20 (1): 35-43;
110. Calvin A, Becker H, Biering P, Grobe S. Measuring patient opinion of pain management. *J Pain Symptom Manage.* 1999, Jul 18 (1): 17-26;
111. Malouf J, Andi3n O, Torrubia R, Canellas M, Banos J-E. A survey of perceptions with pain management in Spanish inpatients. *J Pain Symptom Manage.* 2006, 24(6): 361-371;
112. Kravitz RL, Tancredi D J, Grennan T, Kalauokalani D, Street RL, Slee CK et al. Cancer health empowerment for living without pain (Ca-HELP): effects of a tailored education and coaching intervention on pain and impairment. *Pain.* 2011, 152: 1572–1582;
113. Oldenmenger WH, Smitt PA, van Montfort, de Raaf PJ, van der Rijt CC. A combined pain consultation and pain education program decreases average and current pain and decreases interference in daily life by pain in oncology outpatients: a randomized controlled trial. *Pain.* 2011, 152: 2632-2639;
114. D'Oliveira T. Teses e disserta33es – recomenda33es para a elabora33o e estrutura33o de trabalhos cient33ficos. 2007, 2^a ed. Lisboa. Editora RH;
115. Bell J, Como Realizar um projeto de investiga33o. 2010, 5^a ed. Lisboa, Gradiva;

ANEXOS

ANEXO 1 - Formação dos enfermeiros

ANEXO 2 - Formação dos médicos

ANEXO 3 - esquema impresso em cartolina para os enfermeiros

ANEXO 4 - Esquema impresso em cartolina para os médicos

ANEXO 5 - guia para avaliação da dor

ANEXO 6 - guia para tratamento da dor

ANEXO 7 - 1º questionário aos médicos de Cirurgia Geral

ANEXO 8 - 1º questionário aos enfermeiros dos Serviços de Cirurgia Geral

ANEXO 9 - 2º questionário aos médicos de Cirurgia Geral

ANEXO 10 - 2º questionário aos enfermeiros dos serviços de Cirurgia Geral

ANEXO 11 - questionário aos utentes

ANEXO 12 - questionário aos utentes não comunicantes

ANEXO 13 - Autorização da Diretora do Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Leiria Pombal

ANEXO 14 - Autorização do Diretor do Serviço de Cirurgia 1 do Centro Hospitalar de Leiria Pombal

ANEXO 15 - autorização do diretor do serviço de Cirurgia 2 do centro hospitalar de leiria pombal

ANEXO 16 - autorização do enfermeiro chefe do serviço de cirurgia 1 do centro hospitalar de leiria pombal

ANEXO 17 - autorização da enfermeira chefe do serviço de cirurgia 1 do centro hospitalar de leiria pombal

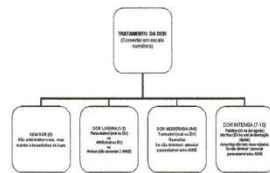
ANEXO 18 - Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Leiria Pombal

ANEXO 19 - Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte

ANEXO 20 - Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Leiria Pombal

ANEXO 21 - consentimento informado

Tratamento



Caso clínico 1

- › Doente de 70 anos
- › Pós-operatório de PTJ
- › Elastômero epidural com ropivacaína a 0,2% + 6 mg de morfina, a 5 ml/h
- › Analgesia EV:
 - › Diclofenac, 50 mg 12/12 h EV
 - › Paracetamol, 1 g 8/8h PO
 - › Metamizol, 2g 12/12h SOS EV
 - › Clonixina, 12/12h SOS EV
 - › Tramadol, 8/8h SOS EV
- › Náuseas e vômitos, epigastralgias, ligeira hipotensão
- › EN - 5
- › O que fazer?

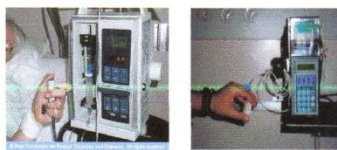
Caso clínico 2

- › Doente de 65 anos
- › Pós-operatório de hemicolecomia
- › Analgesia prescrita:
 - › Paracetamol, 1 g 8/8h EV
 - › Metamizol, 2g 12/12h SOS EV
 - › Tramadol, 8/8h SOS EV
 - › Petidina, 25 mg 4/4h SOS EV
- › EN - 8
- › O que fazer?

Caso clínico 3

- › Doente de 70 anos
- › Pós-operatório de ressecção anterior do reto
- › Analgesia prescrita:
 - › Paracetamol, 1 g 8/8h EV
 - › Metamizol, 2g 12/12h SOS EV
 - › Tramadol, 8/8h SOS EV
- › O que se poderia melhorar?

PCA



Caso clínico 4

- › Doente de 63 anos
- › Internado por carcinoma colo-retal e dor severa
- › Analgesia prescrita:
 - › Buprenorfina, 35 mcg/h, de 3,5/3,5 dias, TD
 - › Morfina, 10 mg (8 gotas) / 1h SOS PO
 - › Paracetamol, 1 g 8/8h EV
 - › Metamizol, 2g 12/12h SOS EV
- › Fez 10 mg de morfina há 1 h e tem EN = 8
- › O que fazer?

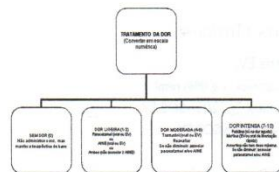
Algumas considerações finais...

- › O doente é o melhor juiz da sua dor
- › Não é necessário o doente sentir dor para administrar mais analgesia
- › Os doentes conseguem dormir, mesmo com dor severa
- › A via IM tem uma absorção errática, por isso não é uma boa via de administração
- › Deve-se privilegiar a via oral na dor crónica e a EV na aguda
- › A morfina não tem dose máxima (dose teto)
- › Os opióides não são a 1ª causa de confusão do idoso
- › Quando os opióides são administrados regularmente, a depressão respiratória é rara

MUITO OBRIGADA!

1705-01-01

Tratamento



Caso clínico 1

- › Doente de 70 anos
- › Pós-operatório de PTJ
- › Elastômero epidural com ropivacaína a 0,2% + 6 mg de morfina, a 5 ml/h
- › Analgesia EV:
 - › Diclofenac, 50 mg 12/12 h EV
 - › Paracetamol, 1 g 8/8h PO
 - › Metamizol, 2g 12/12h SOS EV
 - › Clonixina, 12/12h SOS EV
 - › Tramadol, 8/8h SOS EV
- › Náuseas e vômitos, epigastralgias, ligeira hipotensão

2 Casos clínicos

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> › Doente de 65 anos › Pós-operatório de hemicolectomia › Analgesia prescrita: <ul style="list-style-type: none"> › Paracetamol, 1 g 8/8h retal › Metamizol, 2g 12/12h SOS EV › Tramadol, 8/8h SOS EV | <ul style="list-style-type: none"> › Doente de 65 anos › Pós-operatório de herniorrafia inguinal › Analgesia prescrita: <ul style="list-style-type: none"> › Paracetamol, 1 g 8/8h retal › Metamizol, 2g 12/12h SOS EV › Tramadol, 8/8h SOS EV |
|--|---|

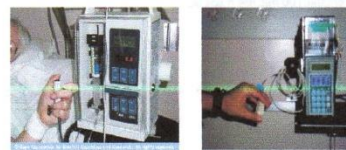
2 Casos clínicos

- › Analgesia EV:
 - › Paracetamol, 1 g 8/8h retal
 - › Metamizol, 2g 12/12h SOS EV
 - › Tramadol, 8/8h SOS EV
- › 16h: faz Paracetamol;
- › 1h depois, mantinha dor: metamizol
- › 18h continuava com dor: tramadol
- › 20 h, dor 5: o que fazer?

Caso clínico 3

- › Doente de 63 anos
- › Chega à urgência por dor severa em contexto de carcinoma colo-retal
- › Analgesia prescrita:
 - › Buprenorfina, 35 mic/h, de 3,5/3,5 dias, TD
 - › Fentanil, 100 mic 4/4 h sos SL
- › O que fazer?

PCA



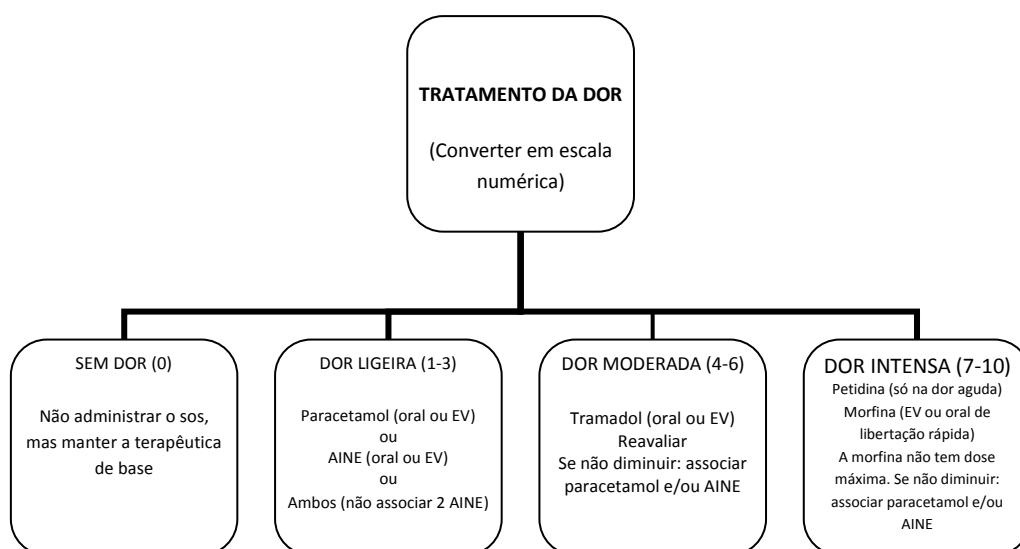
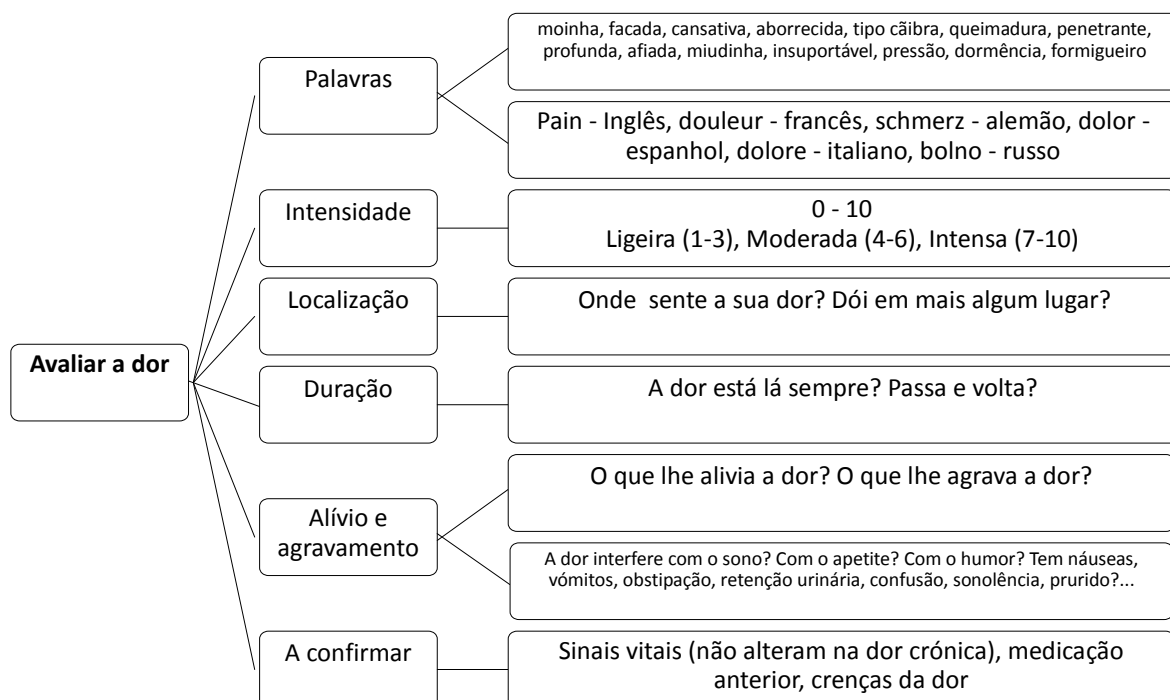
6105-01-01

Algumas considerações finais...

- › O doente é o melhor juiz da sua dor
- › Não é necessário o doente sentir dor para administrar mais analgesia
- › O doente deve ter sempre uma prescrição analgésica fixa e outra em sos
- › Os doentes conseguem dormir, mesmo com dor
- › A via IM tem uma absorção errática, por isso não é uma boa via de administração
- › Deve-se privilegiar a via oral na dor crónica e a EV na aguda
- › A morfina não tem dose máxima (dose teto)
- › Os opióides não são a 1ª causa de confusão do idoso
- › Quando os opióides são administrados regularmente, a depressão respiratória é rara

MUITO OBRIGADA!

Anexo 3 - Esquema impresso em cartolina (frente e verso) para os enfermeiros



Buprenorfina - terapêutica de base transdérmica (Transtec®) 35, 52,5 e 70 mic/h – muda 3,5/3,5 dias
 Fentanil - terapêutica de base transdérmica (Durogesic®) 25, 50, 75 e 100 mic/h – muda de 3/3 dias; Se sub-lingual ou submucoso (Abstral® ou Actiq®) é de libertação rápida (formulações 100, 200, 300, 400, 600 e 800)
 Hidromorfona - terapêutica de base oral (Jurnista®) 4, 8, 16, 32 e 64 mg – 1 comprimido por dia; **não cortar o comprimido**
 Morfina libertação longa – terapêutica de base oral (MST®) 10, 30, 60 e 100 – 1 comprimido de 12/12 h
 Morfina libertação rápida oral comprimidos para sos (Sevredol®), 10 e 20 mg;
 Morfina libertação rápida oral gotas para sos (Oramorph®) – 20mg/ml = 16 gotas = 20 mg;
 Morfina libertação rápida EV ou SC - Ampolas, 10 mg

Anexo 4 - Esquema impresso em cartolina para os médicos

TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA ONCOLÓGICA			
DOR MODERADA A SEVERA...	DOSE DE BASE	RESGATE	APÓS 24H...
...EM DOENTE JÁ COM OPIÓIDE MINOR (Dose diária de morfina oral para referência: 60 mg; dose de resgate: 10 mg)	Morfina de libertação rápida oral, 10 mg (Oramorph®, 8 gotas) de 4/4h OU Morfina de libertação lenta, oral 30 mg de 12/12h OU Morfina EV, 20 mg (2 amp. Em 100 ml de SF a 4 ml/h) OU Fentanil transdérmico, 25 mic/h, muda de 3/3 dias OU Buprenorfina transdermica, 35 mic/h, muda de 3,5/3,5 dias	Morfina de libertação rápida oral, 10 mg (Oramorph®, 8 gotas) de 1/1 hora (se o doente tiver dor!) OU Morfina 5mg SC (meia ampola) de 1/1 hora (se o doente tiver dor!) OU Morfina 3 mg EV (diluir ampola até 10 ml de sf, administrar 3ml) de 1/1 hora (se o doente tiver dor!)	Contabilizar dose total de opióides efetuados (base e resgate), após ter convertido em morfina oral. Prescrever o opióide desejado na dose equivalente. Prescrever nova dose de resgate (1/6 da nova dose total)
...EM DOENTE OPIÓIDE NAIVE (Dose diária de morfina oral para referência: 30 mg; dose de resgate: 5 mg)	Esquemas iguais aos anteriores, com metade da dose. Dividir os emplastos a meio	Esquemas iguais aos anteriores, com metade da dose.	Contabilizar dose total de opióides efetuados (base e resgate), após ter convertido em morfina oral. Prescrever o opióide desejado na dose equivalente. Prescrever nova dose de resgate (1/6 da nova dose total)
...EM DOENTE JÁ MEDICADO COM OPIÓIDES MAIOR (subir dose de base em 25 a 50%, mantendo o mesmo opióide; nova dose de resgate: 1/6 da dose final)	EXEMPLOS		
	Doente a fazer...	Nova dose	Novo resgate
	Fentanil transdérmico 25 mic/h	Mais 12,2mic/h=37,5 mic/h (1 emplastro e meio de 25 mic/h de 3/3 dias)	15 mg de Morfina de libertação rápida oral (Oramorph®, 12 gotas)
	Buprenorfina transdermica, 35 mic/h	Mais 17,5 mic/h=52,5 mic/h (1 emplastro de 52,5 mic/h de 3,5/3,5 dias)	
	Morfina de libertação lenta, oral (MST®)60 mg	Mais 30 mg /dia = 90 mg (30 + 10 mg de 12/12h)	
Hidromorfona (Jurnista®), 8mg/dia	Não existe disponível no CHLP. Manter hidromorfona e associar 5mg de morfina libertação rápida de 4/4h ou 10 mg em 100 ml de SF a 4 ml/h		
DOR EMERGENTE (profissional à cabeceira do doente)	Bólus de 2 mg de morfina EV de 5/5 min. <u>até início do alívio</u>	Somar dose total e multiplicar por 6 para obter a dose das 24h. Converter para dose de morfina oral de longa duração ou outro opióide na dose equivalente	Resgate: 1/6 da dose final, de 1/1h (se o doente tiver dor!)
<p>Monitorizar sempre, durante as titulações, a FC, TA e Sat. O2; Rotação de opióides: utilizar tabelas de conversão de opióides e reduzir em 30 % a dose do novo opióide; Se não tiver tabela de conversão, considerar que fentanil 25 mic/h = 0,6mg/dia ⇔ 60 mg morfina oral/dia; buprenorfina 35 mic/h = 0,8 mg/dia ⇔ 60 mg morfina oral/dia; hidromorfona 8 mg/dia ⇔ 40 mg morfina; 200 mic de fentanil (Abstral®, Actiq®) ⇔ 0,2mg de fentanil ⇔ 20 mg de morfina rápida. Após as primeiras 24 h as doses de resgate podem passar a 4/4 h</p>			

GUIA PARA AVALIAÇÃO DA DOR
“Conte-me a sua dor”

A dor, fenómeno tão subjetivo e individual, só poderá ser bem tratada se for **bem avaliada**. A avaliação está dependente da capacidade do profissional se focar no doente, ouvir empaticamente, acreditando e legitimando a sua dor. Não basta perguntar se tem ou não dor. **É preciso ouvir “a história da dor”**. Um mau tratamento da dor pode ser considerado negligência.

A caracterização da dor deve ser feita segundo o seguinte esquema:

PALAVRAS PARA DESCREVER

Questione o doente: ex.º “Como descreve a sua dor?”

“Que palavras utilizaria para descrever a sua dor?”

Moinha	Queimadura	Miudinha
Facada	Penetrante	Insuportável
Cansativa	Miserável	Pressão
Aborrecida	Profunda	Dormência
Tipo cãibra	Afiada	Formigueiro
Latejante	Exaustiva	
Rói		

“Dor” Noutras línguas:

Pain – Inglês	Dolor – Espanhol	Tong – Chinês
Douleur – Francês	Dolore - Italiano	Dau – Vietnamita
Schmerz - Alemão	Itami – Japonês	Bolno – Russo

Dor neuropática:

Deve-se a lesão do sistema nervoso (pós-AVC, nevralgia pós-herpética, neuropatias diabética, pós-quimioterapia, dor fantasma...). Descrita como dormência, queimadura, formigueiro, choque. Só opióides ou anti-inflamatórios isolados não são suficientes. Necessitam da associação de adjuvantes, como os antidepressivos (amitriptilina, venlafaxina, duloxetine) e os anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, pregabalina).

Dor nociceptiva:

Implica uma lesão dos nociceptores. Descrita como moinha, miudinha, latejante, tipicamente é bem localizada, se somática (acompanha a artrite, metástases ósseas, tendinites...) responde a anti-inflamatórios e opióides. Também pode ser visceral e, neste caso, é mal localizada, difusa, referida, tipicamente, para localizações somáticas, à distância do local de origem (músculos e pele, por exemplo). A dor visceral é descrita como pressão, cãibra, aperto, profunda.

INTENSIDADE

REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- b) A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente.
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita.
- d) As escalas “Visual Analógica”, “Numérica”, “Qualitativa” e “de Faces” aplicam-se a doentes conscientes e colaboradores.
- e) A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- f) Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- g) É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Escala Visual Analógica

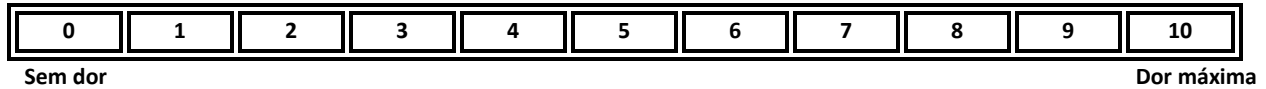
Sem dor _____ Dor máxima

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

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

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

Escala Numérica



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

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

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

Escala Qualitativa



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

Escala de Faces



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

LOCALIZAÇÃO

A maioria dos doentes tem dor em 2 ou mais sítios, por isso é importante questionar: “Tem dor em mais que 1 local?”

DURAÇÃO

Para o tratamento, é importante definir se a dor é aguda (de início recente) ou crónica (> 3 meses). Se é intermitente ou continua. Outro conceito importante é o de dor irruptiva. Refere-se a uma agudização da dor num doente que tem dor crónica controlada com analgésicos.

Pergunte, por exemplo: “Tem sempre essa dor, ou há períodos em que não dói?”

ALÍVIO, AGRAVAMENTO E TÉCNICAS DE COPING

Peça ao doente para descrever o que agrava e o que alivia a dor. Podem ser planeadas intervenções não farmacológicas, com base nessa informação (massagens, relaxamento, frio, calor...).

Outros fatores que interferem na dor são os sintomas associados com a dor ou o seu tratamento: náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária...

Estes sintomas podem levar o doente a recusar o tratamento da dor.

Pergunte, por exemplo: “o que alivia a sua dor? Tem tido náuseas, sonolência, prisão de ventre?”

AS CRENÇAS E CONHECIMENTOS DOS DOENTES

Têm um papel muito importante na percepção da dor pelo doente. Mitos como: “a dor faz parte da vida”, não quero ser toxicodependente”, “é morfina, estou perto do fim”, entre outros, devem ser discutidos. Este processo dá confiança ao doente e aproxima-o do profissional de saúde. É uma oportunidade para educar o doente e a família.

O DOENTE NÃO COMUNICANTE

Muitas vezes não é possível seguir o que atrás foi referido, por o doente não comunicar.

Nestes casos, dependendo do doente, é importante obter dele um feedback: pedir para abanar a cabeça, apertar a mão, mover os olhos, oferecer material para escrever. Nos casos mais graves, deve ser aplicada uma escala de dor para doentes não comunicantes, como a CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) para idosos com alterações cognitivas graves, submetidos a intervenções cirúrgicas e a PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia).

CHECKLIST OF NONVERBAL PAIN INDICATORS (Adaptação)	Em repouso	Com movimento
Vocalizações não verbais - Expressões não verbais de dor tais como gemidos, lamentos, choro, arfar, suspirar		
Expressões faciais – Testa “franzida”, olhos semicerrados, lábios cerrados, mandíbula caída, dentes cerrados, expressão distorcida		
Agarrar – agarrar-se à cama, às proteções laterais da cama ou área afetada durante o movimento		
Agitação - Mudança de posição constante ou intermitente, balançar, movimentos das mãos constantes ou intermitentes, incapacidade de se manter quieto		
Massajar ou esfregar a área afetada		
Queixas verbais - expressão verbal da dor utilizando palavras tais como “ai” ou “dói”, praguejar durante o movimento ou exclamações de protesto tais como “já chega” ou “para”		
Pontuação		

Pontuação de 1 -2 – Dor ligeira; Pontuação de 3 – 4 – Dor Moderada; Pontuação de 5 – 6 – Dor Intensa.

PAINAD-PT

IDENTIFICAÇÃO			DATA			
			HORA			
	0	1	2	OBS 1	OBS 2	OBS 3
RESPIRAÇÃO INDEPENDENTE DA VOCALIZAÇÃO	NORMAL	RESPIRAÇÃO OCASIONALMENTE DIFÍCIL Curto período de hiperventilação	RESPIRAÇÃO DIFÍCIL E RUIDOSA. Período longo de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes			
VOCALIZAÇÃO NEGATIVA	NENHUMA	QUEIXUME OU GEMIDO OCASIONAL Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação	CHAMAMENTO PERTURBADO E REPETITIVO. QUEIXUME OU GEMIDO ALTO. CHORO			
EXPRESSÃO FACIAL	SORRIDENTE OU INEXPRESSIVA	TRISTE. AMEDRONTADA. Sobrancelhas franzidas	ESGAR FACIAL			
LINGUAGEM CORPORAL	RELAXADA	TENSA. IRREQUIETA	RÍGIDA. PUNHOS SERRADOS. JOELHOS FLETIDOS. RESISTÊNCIA À APROXIMAÇÃO OU AO CUIDADO. AGRESSIVA			
CONSOLABILIDADE	SEM NECESSIDADE DE CONSOLO	DISTRAÍDA OU TRANQUILIZADA PELA VOZ OU PELO TOQUE	IMPOSSÍVEL DE CONSOLAR, DISTRAIR OU TRANQUILIZAR			
PONTUAÇÃO TOTAL (0-AUSÊNCIA DE DOR A 10 – DOR MÁXIMA)						

QUANDO AVALIAR? O QUE REGISTRAR?

- Pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com os protocolos instituídos.
- Avaliar:
 - em cada nova queixa de dor ou procedimento
 - quando a intensidade reportada aumenta
 - Sempre que exista uma agudização ou uma dor de novo
 - quando não é aliviada por estratégias instituídas anteriormente.
- Reavaliar após a intervenção ter atingido o seu pico de efeito, ou seja, pelo menos:
 - 15 a 30 min. após terapêutica EV
 - 1 hora após terapêutica oral (20 minutos no caso da morfina de libertação rápida)
 - 4 horas após transdérmica
 - 30 min após terapêutica não farmacológica
- Na dor aguda pós-operatória, avaliar:
 - regularmente, de acordo com o tipo de cirurgia e severidades da dor
 - em cada queixa de dor
 - após cada terapêutica, de acordo com o seu pico de efeito, como descrito anteriormente.
- Registrar sempre:
 - a dor em repouso e movimento
 - a redução da intensidade após instituição de estratégias terapêuticas
 - efeitos secundários do tratamento analgésico

COMO TRATAR? – VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

A via oral é a preferida para o tratamento da dor crónica.

A via endovenosa é a preferida para a dor aguda do pós-operatório.

A via intramuscular é errática, não sendo uma boa via de administração para tratamento da dor.

COMO TRATAR? – FÁRMACOS

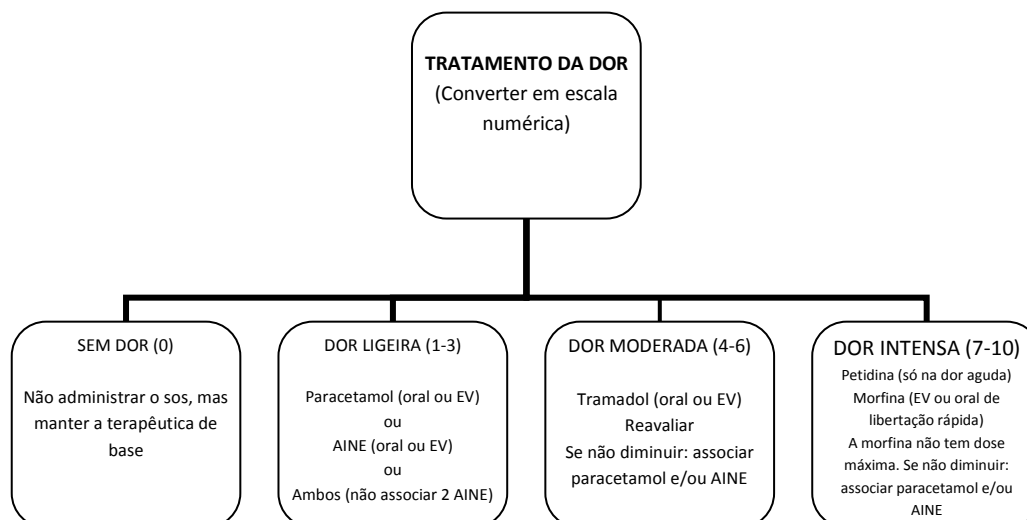
O tratamento farmacológico da dor, aguda ou crónica, deve ter sempre por base a **escada da OMS**:

- Na dor ligeira, deve começar-se com paracetamol ou AINE's (1º escalão)
- Na dor moderada, deve-se recorrer a fármacos do 2º escalão (tramadol ou codeína – considerados opióides minor)
- No entanto, se a dor for severa (sendo aguda ou crónica), é aceite, nalgumas situações, passar, imediatamente, ao 3º escalão (opióides major)

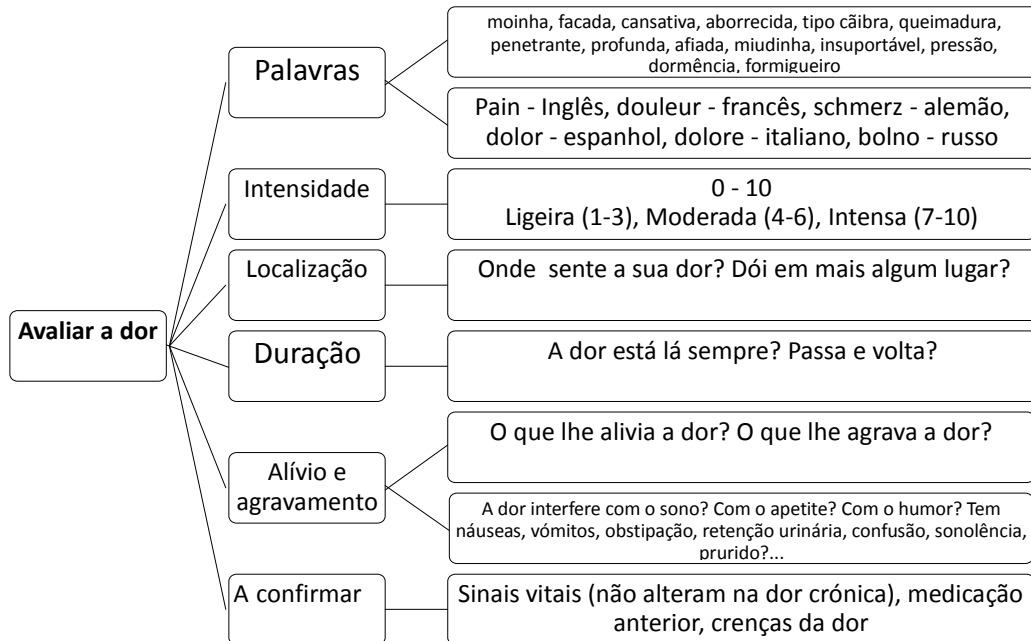
A petidina só deve ser utilizada na dor aguda, durante curtos períodos (metabolito – normeperidina, tóxico – risco de acumulação, com convulsões, confusão, tremores, alterações do humor).

Se o tratamento não for eficaz e o doente não tiver prescrição de mais analgesia, contactar o médico de serviço.

O esquema seguinte pretende orientar a decisão na escolha dos fármacos que estão instituídos em sos.



EM RESUMO... E ALGUMAS DICAS



Buprenorfina - terapêutica de base transdérmica (Transtec®) 35, 52,5 e 70 mic/h – muda 3,5/3,5 dias
 Fentanil - terapêutica de base transdérmica (Durogesic®) 25, 50, 75 e 100 mic/h – muda de 3/3 dias; Se sub-lingual ou submucoso (Abstral® ou Actiq®) é de libertação rápida (formulações 100, 200, 300, 400, 600 e 800)
 Hidromorfona - terapêutica de base oral (Jurnista®) 4, 8, 16, 32 e 64 mg – 1 comprimido por dia; **não cortar o comprimido**
 Morfina libertação longa – terapêutica de base oral (MST®) 10, 30, 60 e 100 – 1 comprimido de 12/12 h
 Morfina libertação rápida oral comprimidos para sos (Sevredol®), 10 e 20 mg;
 Morfina libertação rápida oral gotas para sos (Oramorph®) – 20mg/ml = 16 gotas = 20 mg;
 Morfina libertação rápida EV ou SC - Ampolas, 10 mg

BIBLIOGRAFIA

1. Fink, R; Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management (2000) Baylor University Medical Center Proceedings, 13 (3):236-239;
2. American Society of Anesthesiologists; "Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting - An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management" (2004) Anesthesiology; 100:1573–81;
3. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine; "Acute Pain Management: Scientific Evidence", (2010) 3ª ed. Australian Government
4. World Health Organization "Cancer Pain Relief: with a guide to opióide availability" (1996) 2ª ed.
5. McMahon, SB; Koltzenburg, MK; Wall and Melzack's Textbook of Pain (2006) 5ª ed. Churchill Livingstone;
6. Howell, D; Beadle, M; Brignell, A; Assessment and Management of Pain. Nursing Best Practice Guideline (2002) L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de Ontario, retrieved from: www.rnao.org [acedido em 11/05/2013]
7. Ordem dos Enfermeiros; DOR – Guia orientador de boas práticas (2008) Cadernos OE, série I, No 1;
8. Batalha, LM; Duarte, CI; Rosário, RA; Costa, MF; Pereira, VJ; Morgado, TM; Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia (2012) Revista de Enfermagem Referência, III série (8):7-16.

ANEXO 6 - GUIA PARA TRATAMENTO DA DOR

O tratamento da dor é um fenómeno complexo.

O conhecimento da sua fisiopatologia (nociceptiva, neuropática, funcional, mista) é crucial para a escolha da melhor associação terapêutica. Definir se é aguda ou crónica, tem, também, influência na terapêutica, nas vias de administração, em suma, na abordagem. E o diagnóstico? Basta pensar no quanto podem mudar as circunstâncias quando tratamos a dor oncológica...

Nas próximas linhas, tento, apenas, fornecer algumas orientações, que possam ajudar os profissionais que, não sendo peritos em dor, contactam, diariamente, com doentes com dor (aguda ou crónica, oncológica ou não,...). Elas não invalidam o pedido de orientação por parte do especialista em dor, mas podem ajudar na abordagem inicial.

Para tratar a dor começa por ser necessário, além de avaliar a fisiopatologia, pelos motivos que já referi, caracterizar a dor (ver Guia para Avaliação da Dor).

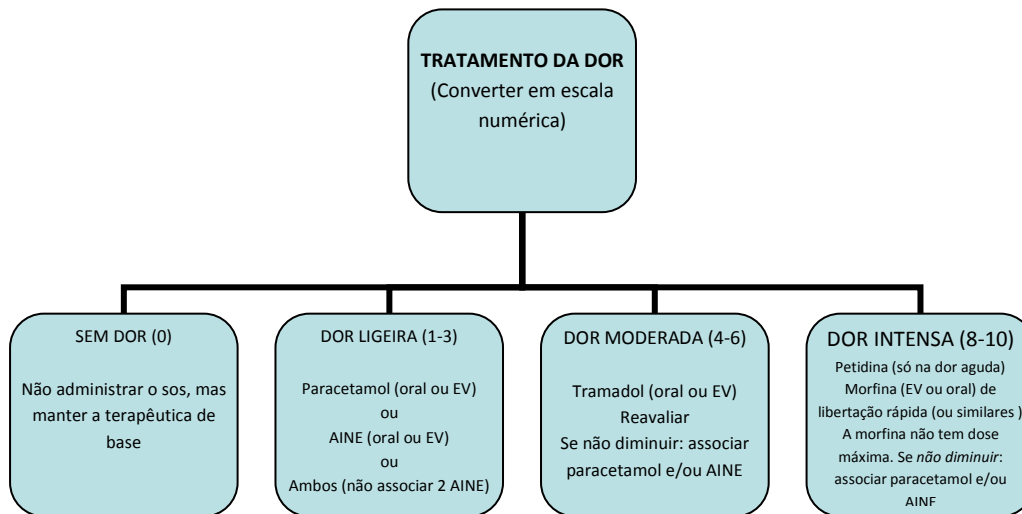
COMO TRATAR A DOR?

O tratamento farmacológico da dor, aguda ou crónica, deve ter sempre por base a **escada da OMS**:

- Na dor ligeira, deve começar-se com paracetamol ou AINE's (1º escalão)
- Na dor moderada, deve-se recorrer a fármacos do 2º escalão (tramadol ou codeína – considerados opióides minor)
- No entanto, se a dor for severa (sendo aguda ou crónica), é aceite, nalgumas situações, passar, imediatamente, ao 3º escalão (opióides major)

A petidina só deve ser utilizada na dor aguda, durante curtos períodos (metabolito – normeperidina, tóxico – risco de acumulação, com convulsões, confusão, tremores, alterações do humor)

O esquema seguinte, sendo generalista, pretende orientar a decisão na escolha dos fármacos a prescrever, no entanto, seguem-se orientações para situações mais específicas.



DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

- ⇒ A dor pós-operatória mal controlada é uma causa importante de cronificação da dor;
- ⇒ É importante a educação pré-operatória do doente;
- ⇒ Deve ser multimodal (recurso a várias técnicas terapêuticas);
- ⇒ Deve começar no bloco operatório (exº: infiltração da ferida operatória);
- ⇒ A prescrição pós-operatória deve, SEMPRE, incluir, PELO MENOS, UM ANALGÉSICO FIXO e 1 ou mais de resgate (sos);
- ⇒ A via EV deve ser privilegiada;
- ⇒ Antes de reduzir a terapêutica analgésica EV, verificar se não terminou, nessa altura, a terapêutica por outras vias não convencionais (por exº. via epidural). Se assim for, adiar a alteração da terapêutica EV pelo menos 12 h;
- ⇒ Não esquecer a monitorização, sobretudo quando se utilizam opióides.

DOR AGUDA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

- ⇒ Existem outras situações de dor aguda, sem ser a pós-operatória (por ex^o: por patologia vascular periférica, cólica renal, pancreatite aguda, pós-exames complementares, etc);
- ⇒ Seguir sempre as regras da escada da OMS para o tratamento deste tipo de dor. Se a dor for muito intensa (IMPORTANTE A AVALIAÇÃO PRÉVIA!) é lícito começar logo por opióides.

DOR CRÓNICA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

- ⇒ O tratamento da dor crónica oncológica e da não oncológica, deve seguir os mesmos princípios:
 - Preferência pela via oral
 - Intervalos fixos
 - Seguir a escada analgésica da OMS
 - uso de forma individualizada
 - titular a dose
 - prevenir e tratar os efeitos adversos;
- ⇒ É importante definir a causa fisiopatológica da dor (nociceptiva ou neuropática) para considerar a associação de fármacos adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivantes,...)
- ⇒ O uso de opióides pode ser justificado para **dor crónica não oncológica**, quando outras técnicas foram ineficazes, monitorizando os doentes cuidadosamente. Na dúvida, contactar a Unidade de Dor Crónica;
- ⇒ O doente com dor crónica não oncológica também pode ter dor aguda. As regras a aplicar devem ser as mesmas descritas para o tratamento da dor aguda. Se o doente estiver medicado com opióides (transdérmicos ou orais) e tiver indicação cirúrgica, deve ser mantida a dose e a via de administração no peri-operatório, acrescentando o necessário para controlo da dor aguda;
- ⇒ A utilização de opióides **na dor oncológica** está amplamente estudada e difundida. Tem regras muito específicas, expostas mais à frente.

DOR CRÓNICA ONCOLÓGICA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

- ⇒ Como já referido, o tratamento da dor crónica oncológica também é baseada na escada analgésica da OMS;
- ⇒ Em casos de dor severa, num doente oncológico, apenas medicado com fármacos do primeiro escalão, questiona-se o papel dos opióides minor (tramadol, codeína), pelo que se poderá começar com opióides fortes, com doses mais baixas, titulando em seguida, de modo a obter um equilíbrio entre os efeitos secundários e um controlo eficaz da dor;
- ⇒ Seguem-se casos concretos, tendo sempre em conta o seguinte:
 - Para obter a dose de morfina EV, dividir por 3 a dose de morfina oral;
 - Para obter a dose de morfina SC, dividir por 2 a dose de morfina oral;
 - Num doente já medicado com opióides major e com dor, a dose de tratamento de base deve ser aumentada em 25 a 50%;
 - Cálculo da dose de resgate (dose extra sos): 1/6 da dose total de opióide diária;
 - Se o doente apresentar efeitos secundários importantes, poder-se-á fazer “**rotação de opióides**”. Utilizando as tabelas de equivalência de dose, escolher outro opióide e reduzir a dose inicial em 30%;
- ⇒ Se não tiver tabela de conversão, considerar que fentanil 25 mic/h = 0,6mg/dia ⇔ 60 mg morfina oral/dia; buprenorfina 35 mic/h = 0,8 mg/dia ⇔ 60 mg morfina oral/dia; hidromorfona 8 mg/dia ⇔ 40 mg morfina;
- ⇒ Alguns doentes estão medicados, em ambulatório, com fentanil sublingual ou submucoso (Abstral® ou Actiq®). Considere que 200 mic de fentanil ⇔ 0,2mg de fentanil ⇔ 20 mg de morfina.

DOR ONCOLÓGICA – CASOS CONCRETOS

SITUAÇÃO 1 – DOENTE COM DOR MODERADA A SEVERA, JÁ MEDICADO COM TRAMADOL OU CODEÍNA

- ⇒ Parar tramadol;
- ⇒ Monitorizar (muito importante a saturação de O₂);
- ⇒ Iniciar 10 mg de morfina de libertação rápida oral (Oramorph® – 8 gotas) de 4/4h (60 mg oral/dia) ou 30mg de libertação lenta (MST 3) de 12/12h;
 - Se dor intensa nos intervalos (dose resgate): dose extra de 10 mg (60mg/dia÷6) de morfina de libertação rápida oral (Oramorph – 8 gotas), de hora a hora, sos;

- ⇒ **Doentes com dificuldade de deglutição** – iniciar 20 mg (60mg oral ÷3) de morfina EV em 100 ml de SF, a 4 ml/h (20 mg EV/ 24h)
 - Se dor intensa nos intervalos (dose resgate): dose extra de 10 mg (60mg/dia÷6) de morfina de libertação rápida oral (Oramorph – 8 gotas), de hora a hora, sos **ou** 5 mg (10 mg oral ÷2) de morfina SC, de hora a hora, sos **ou** 3 mg (10mg oral ÷3) de morfina EV, de hora a hora, sos;
- ⇒ **OU** Iniciar fentanil transdérmico, 25 mic/h; mudar de 3/3 dias
 - Se dor intensa nos intervalos (dose resgate): dose extra de 10 mg (60mg/dia÷6) de morfina de libertação rápida oral (Oramorph – 8 gotas), de hora a hora, sos **ou** 5 mg (10 mg oral ÷2) de morfina SC, de hora a hora, sos **ou** 3 mg (10mg oral ÷3) de morfina EV, de hora a hora, sos;
- ⇒ **OU** Iniciar buprenorfina transdérmica, 35 mic/h; mudar de 3,5/3,5 dias
 - Se dor intensa nos intervalos (dose resgate): dose extra de 10 mg (60mg/dia÷6) de morfina de libertação rápida oral (Oramorph – 8 gotas), de hora a hora, sos **ou** 5 mg (10 mg oral ÷2) de morfina SC, de hora a hora, sos **ou** 3 mg (10mg oral ÷3) de morfina EV, de hora a hora, sos;
- ⇒ Pode contactar Unidade de Dor, se esquema insuficiente ou 24h após o início desta terapêutica para ajuste de posologia.

SITUAÇÃO 2 – DOENTE COM DOR MODERADA A SEVERA, QUE NUNCA FEZ OPIÓIDES (MINOR OU MAJOR) – OPIÓIDE NAIVE

Esquema de propostas igual ao anterior, mas a dose deve ser reduzida para metade em todas as situações (na terapêutica de base e na de resgate), ou seja:

- ⇒ Monitorizar (muito importante a saturação de O₂);
- ⇒ Iniciar 5 mg de morfina de libertação rápida oral (Oramorph® – 4 gotas) de 4/4h (30 mg oral/dia) ou 10mg de libertação lenta (MST 1) de 8/8h;
- ⇒
 - Se dor intensa nos intervalos (dose resgate): dose extra de 5 mg (30mg/dia÷6) de morfina de libertação rápida oral (Oramorph – 4 gotas), de hora a hora, sos;
- ⇒ **Doentes com dificuldade de deglutição** – iniciar 10 mg (30mg ÷3) de morfina EV em 100 ml de SF, a 4 ml/h (10 mg EV/24h)
 - Se dor intensa nos intervalos (dose resgate): dose extra de 5 mg (30mg/dia÷6) de morfina de libertação rápida oral (Oramorph – 4 gotas), de hora a hora, sos **ou** 2,5 mg (5mg oral÷2) de morfina SC, de hora a hora, sos **ou** 1,5 mg (5mg oral ÷3) de morfina EV, de hora a hora, sos;
- ⇒ **OU** Iniciar fentanil transdérmico, 12,5 mic/h (cortar emplastro de 25 mic/h a meio); mudar de 3/3 dias
 - Se dor intensa nos intervalos (dose resgate): dose extra de 5 mg (30mg/dia÷6) de morfina de libertação rápida oral (Oramorph – 4 gotas), de hora a hora, sos **ou** 2,5 mg (5mg oral÷2) de morfina SC, de hora a hora, sos **ou** 1,5 mg (5mg oral ÷3) de morfina EV, de hora a hora, sos;
- ⇒ **OU** Iniciar buprenorfina transdérmica, 35 mic/h (cortar emplastro de 35 mic/h a meio); mudar de 3,5/3,5 dias
 - Se dor intensa nos intervalos (dose resgate): dose extra de 5 mg (30mg/dia÷6) de morfina de libertação rápida oral (Oramorph – 4 gotas), de hora a hora, sos **ou** 2,5 mg (5mg oral÷2) de morfina SC, de hora a hora, sos **ou** 1,5 mg (5mg oral ÷3) de morfina EV, de hora a hora, sos;
- ⇒ Pode contactar Unidade de Dor, se esquema insuficiente ou 24h após o início desta terapêutica para ajuste de posologia.

SITUAÇÃO 3 – DOENTE JÁ MEDICADO COM OPIÓIDES MAJOR, COM DOR MODERADA A SEVERA

- ⇒ Verificar qual o opióide com que o doente já está medicado;
- ⇒ Monitorizar (muito importante a saturação de O₂)
- ⇒ Subir a dose de base em 25 a 50%, mantendo o mesmo opióide; dose de resgate: 1/6 em relação à dose base na forma de libertação rápida. Por exemplo:
 - doente que vem medicado com morfina de libertação lenta (MST 3®), 30 mg de 12/12h (60 mg/dia):
 - mais 30mg/dia = 90mg, a dividir por 2 (12/12h); Só existem formulações de 10 e 30 mg, pelo que se poderá prescrever 30 + 10mg de 12/12h;

- dose de resgate: 15 mg de morfina oral de libertação rápida (12 gotas de Oramorph®)
- Doente vem medicado com fentanil transdérmico, 25 mic/h:
 - colocar mais meio emplastro de 25 mic/h (12,5 mic/h) – total de 37,5 mic/h ⇔ 90mg morfina oral
 - dose de resgate: 15 mg de morfina oral de libertação rápida (12 gotas de Oramorph®)
- Doente vem medicado com buprenorfina transdérmica, 35 mic/h:
 - colocar emplastro de 52,5 mic/h ⇔ 90mg morfina oral
 - dose de resgate: 15 mg de morfina oral de libertação rápida (12 gotas de Oramorph®)
- Doente vem medicado com hidromorfona (Jurnista®) oral, 8 mg:
 - Dado que não existe hidromorfona disponível no CHLP, manter a toma de hidromorfona e associar 5 mg de morfina de libertação rápida (Oramorph®, 4 gotas) de 4/4 h. Contactar a Unidade de Dor;
 - dose de resgate: 15 mg de morfina oral de libertação rápida (12 gotas de Oramorph®)

⇒ Se o doente já estiver a fazer várias tomas diárias de resgate, somar tudo, convertendo em doses equianalgésicas de morfina oral, para aplicar o esquema anterior.

SITUAÇÃO 4 – TRATAMENTOS EMERGENTES PARA DOENTES COM DOR SEVERA

⇒ Pelas suas características, a dor oncológica pode ser uma emergência, quando severa e súbita. São doentes que ou não estão medicados com opióides, ou estão e o tratamento está a perder eficácia rapidamente. Nestes casos deve-se titular a dor através de métodos mais rápidos:

- Monitorizar (ECG, TA e Sat. O2);
- Dado o maior risco de efeitos secundários, deve estar um profissional à cabeceira do doente;
- Efetuar um bólus de 2 mg de morfina EV, cada 5 minutos, até doente começar a sentir alívio (não até alívio total, pois existe um diferencial entre o pico sanguíneo e o pico analgésico, correspondente ao atraso na passagem hemato-encefálica);
- Somar dose total. Assume-se que dura 4 h, pelo que se multiplica por 6 para obter a dose das 24h. Converter para dose de morfina oral de longa duração ou outro opióide na dose equivalente e aplicar as regras anteriores.

TRATAMENTO DOS EFEITOS ADVERSOS DOS OPIÓIDES – ALGUMAS SUGESTÕES...

CONFUSÃO E SONOLÊNCIA

Em geral, duram cerca de 3 a 5 dias. Nos casos em que se mantêm:

- ⇒ Reduzir a dose do opióide ou
- ⇒ Fazer rotação de opióide
- ⇒ Ter em atenção se existem ansiolíticos ou neurolépticos associados.

OBSTIPAÇÃO

Lactulose, 15 ml 3x/dia, oral

Bisacodilo, 5mg 3 x por dia, oral

NÁUSEAS E/OU VÓMITOS

Metoclopramida, 10 mg 8/8h EV

Haloperidol, 4 gotas (0,5 mg) 2 a 3 x/dia, oral

Ondasetron, 4 mg 12/12h EV (tem de ser pedido à farmácia)

DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA

Naloxona, 0,2 a 0,4 mg EV.

Pode ser necessário repetir cada 2 a 3 h.

PRURIDO

Considerar rotação de opióide

EM RESUMO...

DOR MODERADA A SEVERA...	DOSE DE BASE	RESGATE	APÓS 24H...
...EM DOENTE JÁ COM OPIÓIDE MINOR (Dose diária de morfina oral para referência: 60 mg; dose de resgate: 10 mg)	Morfina de liberação rápida oral, 10 mg (Oramorph®, 8 gotas) de 4/4h OU Morfina de liberação lenta, oral 30 mg de 12/12h OU Morfina EV, 20 mg (2 amp. Em 100 ml de SF a 4 ml/h) OU Fentanil transdérmico, 25 mic/h, muda de 3/3 dias OU Buprenorfina transdermica, 35 mic/h, muda de 3,5/3,5 dias	Morfina de liberação rápida oral, 10 mg (Oramorph®, 8 gotas) de 1/1 hora (se o doente tiver dor!) OU Morfina 5mg SC (meia ampola) de 1/1 hora (se o doente tiver dor!) OU Morfina 3 mg EV (diluir ampola até 10 ml de sf, administrar 3ml) de 1/1 hora (se o doente tiver dor!)	Contabilizar dose total de opióides efetuados (base e resgate), após ter convertido em morfina oral. Prescrever o opióide desejado na dose equivalente. Prescrever nova dose de resgate (1/6 da nova dose total)
...EM DOENTE OPIÓIDE NAIVE (Dose diária de morfina oral para referência: 30 mg; dose de resgate: 5 mg)	Esquemas iguais aos anteriores, com metade da dose. Dividir os emplastos a meio	Esquemas iguais aos anteriores, com metade da dose.	Contabilizar dose total de opióides efetuados (base e resgate), após ter convertido em morfina oral. Prescrever o opióide desejado na dose equivalente. Prescrever nova dose de resgate (1/6 da nova dose total)
...EM DOENTE JÁ MEDICADO COM OPIÓIDES MAJOR (subir dose de base em 25 a 50%, mantendo o mesmo opióide; nova dose de resgate: 1/6 da dose final)	EXEMPLOS		
	Doente a fazer...	Nova dose	Novo resgate
	Fentanil transdérmico 25 mic/h	Mais 12,2mic/h=37,5 mic/h (1 emplastro e meio de 25 mic/h de 3/3 dias)	15 mg de Morfina de liberação rápida oral (Oramorph®, 12 gotas)
	Buprenorfina transdermica, 35 mic/h	Mais 17,5 mic/h=52,5 mic/h (1 emplastro de 52,5 mic/h de 3,5/3,5)	
	Morfina de liberação lenta, oral (MST®)60 mg	Mais 30 mg /dia = 90 mg (30 + 10 mg de 12/12h)	
Hidromorfona (Jurnista®), 8mg/dia	Não existe disponível no CHLP. Manter hidromorfona e associar 5mg de morfina liberação rápida de 4/4h ou 10 mg em 100 ml de SF a 4 ml/h		
DOR EMERGENTE (profissional à cabeceira do doente)	Bólus de 2 mg de morfina EV de 5/5 min. <u>até início do alívio</u>	Somar dose total e multiplicar por 6 para obter a dose das 24h. Converter para dose de morfina oral de longa duração ou outro opióide na dose equivalente	Resgate: 1/6 da dose final, de 1/1h (se o doente tiver dor!)
Monitorizar sempre, durante as titulações, a FC, TA e Sat. O2; Rotação de opióides: utilizando tabelas de conversão de opióides e reduzir em 30 % a dose do novo opióide; Se não tiver tabela de conversão, considerar que fentanil 25 mic/h = 0,6mg/dia ⇔ 60 mg morfina oral/dia; buprenorfina 35 mic/h = 0,8 mg/dia ⇔ 60 mg morfina oral/dia; hidromorfona 8 mg/dia ⇔ 40 mg morfina; 200 mic de fentanil (Abstral®, Actiq®) ⇔ 0,2mg de fentanil ⇔ 20 mg de morfina rápida			

BIBLIOGRAFIA

- American Society of Anesthesiologists; "Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting - An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management" (2004) Anesthesiology; 100:1573-81;
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine; "Acute Pain Management: Scientific Evidence", (2010) 3ª ed. Australian Government
- World Health Organization "Cancer Pain Relief: with a guide to opióide availability" (1996) 2ª ed.
- Mercadante S, "Opióide titration in cancer pain: a critical review" (2007) European Journal of Pain 11:823-830;
- Mercadante, S "Opióide rotation for Cancer Pain. Rational and Clinical Aspects" (1999) Cancer, 86:1856-1866;
- Ripamonti Cl, Campa T, Fagnoni E et al, "Normal-release Oral Morphine Starting Dose in Cancer Patients with Pain" (2009) Clin J Pain 25 (5):386-390;
- Kraychete DC, Sakata RK, "Uso e Rotação de Opióides para Dor Crônica não Oncológica" (2012) Ver Bras Anesthesiol 62 (4):554-562.

1º QUESTIONÁRIO AOS MÉDICOS DE CIRURGIA GERAL

Caros colegas, chamo-me Eunice Silva, sou Anestesiologista do serviço de Anestesiologia do CHLP e encontro-me a elaborar um estudo conducente à realização da dissertação de Mestrado em Ciências da Dor, a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e que tem por base o presente questionário. Compreende três escalas e algumas perguntas que pretendem analisar as atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos dos profissionais de saúde do CHLP, na área da avaliação e controlo da dor aguda e crónica. Trata-se de um questionário simples e intuitivo, cujo preenchimento é rápido e fácil. Não existem respostas certas ou erradas. Pretende-se que reflitam a prática diária dos que o preenchem. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão assegurados. A participação dos colegas é fundamental para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço desde já a vossa colaboração.

GRUPO I – DADOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

1. Idade: _____ anos

2. Género: Masculino Feminino

4. Ano de início da formação específica/internato complementar: _____

5. Serviço a que pertence _____ Ano de início de funções no serviço _____

6. Alguma vez fez alguma formação na área da dor?

 Sim - Que tipo de formação? _____ nº de formações _____ Total de horas de formação _____ Não**GRUPO II - ATITUDES****Assinale, com uma cruz, a sua opinião para cada uma das afirmações que se seguem**

	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso					X
2. A dose de opióides para a dor irruptiva deve ser 10% da dose total diária e administrada cada 1 a 2 h	X				
3. Quando os opióides são administrados de forma contínua, a depressão respiratória é rara	X				
4. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos					X
5. O doente deve sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico					X
6. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas porque não há dose máxima	X				
7. Prescrever, apenas, analgésicos em SOS ajuda a adaptar o tratamento a cada doente					X
8. Na dor aguda, é mais vantajoso prescrever petidina porque tem menos efeitos adversos					X
9. A dor oncológica severa requer morfina EV, mesmo que o doente consiga engolir					X
10. A avaliação da dor pelo médico ou enfermeiro é tão válida como o reportado pelo doente					X
11. A petidina não deve ser utilizada na dor crónica, por causar complicações do SNC quando utilizada repetidamente	X				
12. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa	X				
13. O aumento de pedidos de analgesia por parte do doente indica aumento da tolerância aos analgésicos					X
14. Para a dor aguda severa são necessários opióides EV	X				
15. Na dor crónica, a associação de antidepressivos com opióides pode melhorar a analgesia	X				
16. A dor não controlada pode ser considerada negligência	X				
17. As queixas de dor são tão importantes como as queixas de náuseas	X				
18. No tratamento da dor crónica é importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva	X				
19. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos de acordo com a idade e a patologia do doente	X				
20. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes					X
21. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor					X
22. A utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente	X				
23. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor					X

	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
24. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente					X
25. O doente não reportar dor, não significa ausência de dor	X				
26. O melhor avaliador da intensidade da dor é o próprio doente	X				
27. A maioria dos doentes com dor está submedicado	X				

GRUPO III – BARREIRAS DE AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

Assinale o seu grau de concordância com cada uma das barreiras ao tratamento da dor					
	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
1. A ausência de protocolos no serviço onde exerce funções					
2. Comunicação inadequada entre os doentes e profissionais de saúde					
3. Comunicação inadequada entre os profissionais de saúde					
4. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo da dependência					
5. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo dos efeitos secundários					
6. Relutância dos médicos em prescrever opióides					
7. Relutância dos enfermeiros em administrar opióides					
8. Avaliação inadequada da dor por parte dos profissionais de saúde					
9. Conhecimentos insuficientes sobre dor, por parte dos profissionais de saúde					
10. Inexistência, no serviço, de instrumentos para avaliar a dor em doentes com diminuição cognitiva					
11. Indisponibilidade de analgesia adequada					
12. Outra _____					

GRUPO IV - PRÁTICAS

A seguir, encontra uma série de afirmações. Em cada uma delas, assinale, de 1 a 4, a frequência com que as realiza				
	Muito frequentemente	Frequentemente	Raramente	Nunca
1. Pergunto aos doentes quais as características da dor (intensidade, local, irradiação, posição de alívio e agravamento,...)	X			
2. Utilizo a escala analgésica da OMS para o tratamento da dor	X			
3. Utilizo instrumentos para avaliar a dor (escalas)	X			
4. Quando um doente oncológico, medicado com um opióide forte, chega à urgência com dor descontrolada, uso tramadol e chamo o especialista da dor				X
5. Prescrevo morfina no tratamento da dor aguda	X			

GRUPO V – AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

De acordo com a sua prática clínica, assinale a resposta que considera mais adequada:

1. Na sua prática diária, como classifica o tratamento da dor, no seu serviço?

- Muito bom
 Bom
 Indiferente
 Mau
 Muito mau
 Não sei

2. No seu serviço, qual é a percentagem de doentes que reportam a sua dor?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

3. Qual (ais) das seguintes escalas utiliza para avaliar a dor? (pode assinalar mais do que uma)

- Escala Visual Analógica (VAS)
- Escala numérica
- Escala verbal
- Escala de faces
- Escalas comportamentais
- Nenhuma

4. Se não prescreve morfina para o tratamento da dor aguda, fá-lo porquê?

- Provoca depressão respiratória
- Mascara o quadro clínico
- Provoca obstipação
- A maioria dos doentes não tem dor intensa no pós-operatório
- Não domino as doses

5. Quanto aumentaria a dose de opióides, se a dor não estivesse controlada?

- Menos de 25%
- 25 a 50% **X**
- 50 a 75%
- Mais de 75%

6. Na dor crónica, qual a via preferencial para administração de opióides?

- Oral **X**
- Intramuscular
- Endovenosa
- Sublingual
- Transdérmica

7. Na dor aguda, qual a via preferencial para administração de opióides?

- Oral
- Intramuscular
- Endovenosa **X**
- Sublingual
- Transdérmica

8. No pós-operatório, a analgesia deve ser administrada:

- Num esquema fixo
- Só quando o doente pede medicação
- Quando o enfermeiro achar que o doente tem desconforto
- Num esquema fixo e outro sos **X**

9. O pico de efeito da morfina oral é:

- 5 minutos
- 20 a 30 minutos **X**
- 1 a 2 horas
- 4 horas

10. Uma dor "7" significa:

- Dor ligeira
- Dor moderada
- Dor severa **X**

11. 30 mg de morfina oral é equivalente a:

- 10 mg de morfina EV **X**
- 15 mg de morfina EV
- 30 mg de morfina EV
- 40 mg de morfina EV

12. O emplastro de buprenorfina deve ser mudado:

- de 3/3 dias
- de 3,5/3,5 dias **X**
- de 4/4 dias
- dia sim, dia não

13. Quais as dificuldades que sente na avaliação e controlo da dor aguda e crónica dos doentes?

CASOS CLÍNICOS

Nos casos clínicos que se seguem, solicita-se que responda de acordo com a sua prática clínica, mesmo que, em termos teóricos considerasse que a resposta deveria ser outra.

14. Um homem de 65 anos, com diagnóstico de carcinoma colo-retal, chega à urgência com dor severa. Está medicado com buprenorfina, 35 mic/h 2 x por semana via transdérmica e fentanil, 100 mic em sos, via SL. Que faria?

- Chamava os colegas da especialidade de dor.
- Chamava os colegas da especialidade de dor e prescrevia 100 mg de tramadol EV, enquanto o doente esperava.
- Chamava os colegas da especialidade de dor e prescrevia morfina 2mg, via EV, de 20 em 20 minutos enquanto o doente esperava e até não ter dor.
- Chamava os colegas da especialidade de dor e prescrevia morfina 5mg, via oral, de hora a hora enquanto o doente esperava e até não ter dor. **X**
- Aumentava a dose de buprenorfina para 52,5 mic/h e mantinha o fentanil do doente, de 30 em 30 min., até não ter dor.
- Chamava os colegas da especialidade de dor e prescrevia uma perfusão de 40 mg de morfina em 100 ml de soro fisiológico a 4 ml/h.

15. No pós-operatório de uma ressecção anterior do reto, num doente do sexo masculino, de 55 anos, sem patologia associada e sem cateter epidural, que esquema terapêutico da dor prescreveria? (pode assinalar mais do que 1 fármaco)

- Tramadol EV 8/8h
- Tramadol EV SOS
- Metamizol EV 12/12h
- Metamizol EV SOS
- Petidina em SOS
- Paracetamol retal 8/8h
- Morfina EV X
- Outro _____

1º QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA

Caros Srs. Enfermeiros, chamo-me Eunice Silva, sou Anestesiologista do serviço de Anestesiologia do CHLP e encontro-me a elaborar um estudo conducente à realização da dissertação de Mestrado em Ciências da Dor, a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e que tem por base o presente questionário. Compreende três escalas e algumas perguntas que pretendem analisar as atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos dos profissionais de saúde do CHLP, na área da avaliação e controlo da dor aguda e crónica. Trata-se de um questionário simples e intuitivo, cujo preenchimento é rápido e fácil. Não existem respostas certas ou erradas. Pretende-se que reflitam a prática diária dos que o preenchem. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão assegurados. A participação dos Srs. Enfermeiros é fundamental para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço desde já a vossa colaboração.

GRUPO I – DADOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

1. Idade: _____ anos
 2. Género: Masculino Feminino
 4. Data do término da formação académica: _____
 5. Serviço a que pertence _____ Ano de início de funções no serviço _____
 6. Alguma vez fez alguma formação na área da dor?
 Sim - Que tipo de formação? _____ nº de formações _____ Horas de formação _____
 Não

GRUPO II – ATITUDES

Assinale com uma cruz, a sua opinião para cada uma das afirmações que se seguem

	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso					x
2. Quando os opióides são administrados regularmente, a depressão respiratória é rara	x				
3. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos					x
4. O doente deve sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico					x
5. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas. Não há dose máxima	x				
6. A avaliação da dor pelo médico ou enfermeiro é tão válida como o reportado pelo doente					x
7. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa	x				
8. Para a dor aguda severa são necessários opióides EV	x				
9. A dor não controlada pode ser considerada negligência	x				
10. As queixas de dor são tão importantes como as queixas de náuseas	x				
11. No tratamento da dor crónica é importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva	x				
12. Os sinais vitais são sempre indicadores valiosos da dor do doente					x
13. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos de acordo com a idade e a patologia do doente	x				
14. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes					x
15. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor					x
16. A utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente	x				
17. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor					x
18. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente					x
19. O doente não reportar dor, não significa ausência de dor	x				
20. O melhor avaliador da intensidade da dor é o próprio doente	x				
21. A maioria dos doentes com dor está submedicado	x				

GRUPO III – BARREIRAS DE AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

Assinale, com uma cruz, o seu grau de concordância com cada uma das barreiras ao tratamento da dor					
	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
1. A ausência de protocolos no serviço onde exerce funções					
2. Comunicação inadequada entre os doentes e profissionais de saúde					
3. Comunicação inadequada entre os profissionais de saúde					
4. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo da dependência					
5. Relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo dos efeitos secundários					
6. Relutância dos médicos em prescrever opióides					
7. Relutância dos enfermeiros em administrar opióides					
8. Avaliação inadequada da dor por parte dos profissionais de saúde					
9. Conhecimentos insuficientes sobre dor, por parte dos profissionais de saúde					
10. Inexistência, no serviço, de instrumentos para avaliar a dor em doentes com diminuição cognitiva					
11. Disponibilidade de analgesia adequada					
12. Outra _____					

GRUPO IV - PRÁTICAS

A seguir, encontra uma série de afirmações. Em cada uma delas, assinale, com uma cruz, a frequência com que as realiza				
	Muito frequentemente	Frequentemente	Raramente	Nunca
1. Pergunto aos doentes quais as características da dor (intensidade, local, irradiação, posição de alívio e agravamento,...)	X			
2. Utilizo a escala analgésica da OMS para o tratamento da dor	X			
3. Utilizo medidores de dor (escalas)	X			
4. Mudo o emplastro de buprenorfina de 3/3 dias				X
5. Num doente oncológico com dor severa com metamizol e morfina prescritos, administro, primeiro, morfina	X			
6. Num doente com dor aguda pós-operatória severa, com metamizol e petidina prescritos, administro, primeiro, petidina	X			

GRUPO V – AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

De acordo com a sua prática diária, assinale a resposta que considera correta:

1. Na sua prática diária, como classifica o tratamento da dor, no seu serviço?

- Muito bom
 Bom
 Indiferente
 Mau
 Muito mau
 Não sei

2. No seu serviço, qual é a percentagem de doentes que reportam a sua dor?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

3. Qual das seguintes escalas utiliza para avaliar a dor? (pode assinalar mais do que uma)

- Escala Visual Analógica (VAS)
 Escala numérica
 Escala verbal
 Escala de faces
 Escalas comportamentais
 Nenhuma

4. Na dor crónica, qual a via preferencial para administração de opióides?

- Oral **X**
- Intramuscular
- Endovenosa
- Sublingual
- Transdérmica

5. Na dor aguda, qual a via preferencial para administração de opióides?

- Oral
- Intramuscular
- Endovenosa **X**
- Sublingual
- Transdérmica

6. Respeito o pico de efeito da morfina oral de:

- 5 minutos
- 20 a 30 minutos **X**
- 1 a 2 horas
- 4 horas

7. Uma dor “7” significa:

- Dor ligeira
- Dor moderada
- Dor severa **X**

8. Quais as dificuldades que sente na avaliação e controlo da dor aguda e crónica dos doentes?

CASOS CLÍNICOS

Nos casos clínicos que se seguem, pede-se que responda de acordo com a sua prática clínica, mesmo que, em termos teóricos achasse que a resposta deveria ser outra.

9. Um homem de 65 anos, com diagnóstico de carcinoma colo-retal, está internado por dor severa. Está medicado com buprenorfina, 52,5 mic/h 2 x por semana via transdérmica, morfina, 10 mg, via oral de hora a hora em sos, paracetamol, 1 g de 8/8h ev sos e metamizol de 12/12 h ev sos. O doente chegou à enfermaria há 1 h e, por dor, administrou-lhe 10 mg de morfina nessa altura. Veio avaliar os sinais vitais e o doente refere-lhe uma dor “8”, mas parece-lhe calmo. O que faria?

- Administrava o paracetamol ev
- Administrava a morfina oral **X**
- Administrava metamizol ev
- Não administrava nenhum e reavaliava dentro de 10 minutos

10. No pós-operatório de uma ressecção anterior do reto, num doente do sexo masculino, de 55 anos, sem patologia associada e sem cateter epidural, está prescrito tramadol, 100mg de 8/8h, ev. Em sos, estão prescritos: paracetamol 1 g ev, diclofenac, 50 mg ev e petidina, 20 mg ev. O doente fez tramadol há 1 hora e refere uma dor “7”. Que fármaco sos lhe administraria em primeiro lugar?

- Paracetamol
- Diclofenac
- Petidina **X**
- Nenhum: aguardava que o tramadol fizesse efeito

2º QUESTIONÁRIO AOS MÉDICOS DE CIRURGIA GERAL

Caros colegas, tendo preenchido, há cerca de um mês, um questionário similar a este, agradecia o seu novo preenchimento, tendo por base os conhecimentos obtidos na formação que vos dirige e a prática deste último mês. Relembro que me encontro a elaborar um estudo conducente à realização da dissertação de Mestrado em Ciências da Dor, a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e que tem por base o presente questionário e o emparelhamento com o anterior. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão assegurados. A participação dos colegas é fundamental para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço desde já a vossa colaboração.

GRUPO I – DADOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

1. Idade: _____ anos
2. Género: Masculino Feminino
4. Ano de início da formação específica/internato complementar: _____
5. Serviço a que pertence _____ Ano de início de funções no serviço _____
6. Desde a formação facultada há cerca de um mês, no âmbito deste estudo, fez outra formação em dor?
 - Sim - Que tipo de formação? _____ nº de formações _____ Total de horas de formação _____
 - Não

GRUPO II - ATITUDES

Assinale, com uma cruz, a sua opinião para cada uma das afirmações que se seguem					
	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso					
2. A dose de opióides para a dor irruptiva deve ser 10% da dose total diária e administrada cada 1 a 2 h					
3. Quando os opióides são administrados de forma contínua, a depressão respiratória é rara					
4. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos					
5. O doente deve sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico					
6. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas porque não há dose máxima					
7. Prescrever, apenas, analgésicos em SOS ajuda a adaptar o tratamento a cada doente					
8. Na dor aguda, é mais vantajoso prescrever petidina porque tem menos efeitos adversos					
9. A dor oncológica severa requer morfina EV, mesmo que o doente consiga engolir					
10. A avaliação da dor pelo médico ou enfermeiro é tão válida como o reportado pelo doente					
11. A petidina não deve ser utilizada na dor crónica, por causar complicações do SNC quando utilizada repetidamente					
12. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa					
13. O aumento de pedidos de analgesia por parte do doente indica aumento da tolerância aos analgésicos					
14. Para a dor aguda severa são necessários opióides EV					
15. Na dor crónica, a associação de antidepressivos com opióides pode melhorar a analgesia					
16. A dor não controlada pode ser considerada negligência					
17. As queixas de dor são tão importantes como as queixas de náuseas					
18. No tratamento da dor crónica é importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva					
19. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos de acordo com a idade e a patologia do doente					
20. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes					
21. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor					
22. A utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente					
23. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor					

	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
24. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente					
25. O doente não reportar dor, não significa ausência de dor					
26. O melhor avaliador da intensidade da dor é o próprio doente					
27. A maioria dos doentes com dor está submedicado					

GRUPO III - PRÁTICAS

A seguir, encontra uma série de afirmações. Em cada uma delas, assinale a frequência com que as realiza, desde a formação deste estudo				
	Muito frequentemente	Frequentemente	Raramente	Nunca
1. Pergunto aos doentes quais as características da dor (intensidade, local, irradiação, posição de alívio e agravamento,...)				
2. Utilizo a escada analgésica da OMS para o tratamento da dor				
3. Utilizo instrumentos para avaliar a dor (escalas)				
4. Quando um doente oncológico, medicado com um opióide forte, chega à urgência com dor descontrolada, uso tramadol e chamo o especialista da dor				
5. Prescrevo morfina no tratamento da dor aguda				

GRUPO IV – AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

De acordo com a sua prática clínica, desde a formação associada a este estudo, assinale a resposta que considera mais adequada:

- Passou a utilizar (ou a utilizar com mais frequência) escalas de dor?
 - Sim
 - Não
- Se respondeu sim, quais?
 - Escala Visual Analógica (VAS)
 - Escala numérica
 - Escala verbal
 - Escala de faces
 - Escalas comportamentais
- Se continua a não prescrever morfina para o tratamento da dor aguda, fá-lo porquê? (se prescreve, não preencha esta questão)
 - Provoca depressão respiratória
 - Mascara o quadro clínico
 - Provoca obstipação
 - A maioria dos doentes não tem dor intensa no pós-operatório
 - Não domino as doses
- Quanto aumentaria a dose de opióides, se a dor não estivesse controlada?
 - Menos de 25%
 - 25 a 50%
 - 50 a 75%
 - Mais de 75%
- Na dor crónica, qual a via preferencial para administração de opióides?
 - Oral
 - Intramuscular
 - Endovenosa
 - Sublingual
 - Transdérmica
- Na dor aguda, qual a via preferencial para administração de opióides?
 - Oral
 - Intramuscular
 - Endovenosa
 - Sublingual
 - Transdérmica
- No pós-operatório, a analgesia deve ser administrada:
 - Num esquema fixo
 - Só quando o doente pede medicação
 - Quando o enfermeiro achar que o doente tem desconforto
 - Num esquema fixo e outro sos
- O pico de efeito da morfina oral é:
 - 5 minutos
 - 20 a 30 minutos
 - 1 a 2 horas
 - 4 horas
- Uma dor "7" significa:
 - Dor ligeira
 - Dor moderada
 - Dor severa
- 30 mg de morfina oral é equivalente a:
 - 10 mg de morfina EV
 - 15 mg de morfina EV
 - 30 mg de morfina EV
 - 40 mg de morfina EV
- O emplastro de buprenorfina deve ser mudado:
 - de 3/3 dias
 - de 3,5/3,5 dias
 - de 4/4 dias
 - dia sim, dia não

12. A formação realizada pela investigadora ajudou a sua prática clínica?

- Sim
- Não Porquê? _____

CASOS CLÍNICOS

Nos casos clínicos que se seguem, solicita-se que responda de acordo com a sua prática clínica, mesmo que, em termos teóricos considerasse que a resposta deveria ser outra.

13. Um homem de 65 anos, com diagnóstico de carcinoma colo-retal, chega à urgência com dor severa. Está medicado com buprenorfina, 35 mic/h 2 x por semana via transdérmica e fentanil, 100 mic em sos, via SL. Que faria?

- Chamava os colegas da especialidade de dor.
- Chamava os colegas da especialidade de dor e prescrevia 100 mg de tramadol EV, enquanto o doente esperava.
- Chamava os colegas da especialidade de dor e prescrevia morfina 2mg, via EV, de 20 em 20 minutos enquanto o doente esperava e até não ter dor.
- Chamava os colegas da especialidade de dor e prescrevia morfina 5mg, via oral, de hora a hora enquanto o doente esperava e até não ter dor.
- Aumentava a dose de buprenorfina para 52,5 mic/h e mantinha o fentanil do doente, de 30 em 30 min., até não ter dor.
- Chamava os colegas da especialidade de dor e prescrevia uma perfusão de 40 mg de morfina em 100 ml de soro fisiológico a 4 ml/h.

14. No pós-operatório de uma ressecção anterior do reto, num doente do sexo masculino, de 55 anos, sem patologia associada e sem cateter epidural, que esquema terapêutico da dor prescreveria? (pode assinalar mais do que 1 fármaco)

- Tramadol EV 8/8h
- Tramadol EV SOS
- Metamizol EV 12/12h
- Metamizol EV SOS
- Petidina em SOS
- Paracetamol retal 8/8h
- Morfina EV
- Outro _____

2º QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA GERAL

Caros Srs. Enfermeiros, tendo preenchido, há cerca de um mês, um questionário similar a este, agradeço o seu novo preenchimento, tendo por base os conhecimentos obtidos na formação que vos dirige e a prática deste último mês. Relembro que me encontro a elaborar um estudo conducente à realização da dissertação de Mestrado em Ciências da Dor, a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e que tem por base o presente questionário e o emparelhamento com o anterior. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão assegurados. A participação dos colegas é fundamental para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço desde já a vossa colaboração.

GRUPO I – DADOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

1. Idade: _____ anos
2. Género: Masculino Feminino
4. Data do término da formação académica: _____
5. Serviço a que pertence _____ Ano de início de funções no serviço _____
6. A formação facultada há cerca de um mês, no âmbito deste estudo, fez outra formação em dor?
 - Sim - Que tipo de formação? _____ nº de formações _____ Horas de formação _____
 - Não

GRUPO II – ATITUDES

Assinale com uma cruz, a sua opinião para cada uma das afirmações que se seguem					
	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
1. Os opióides são a primeira causa de confusão no idoso					
2. Quando os opióides são administrados regularmente, a depressão respiratória é rara					
3. A via intramuscular é uma excelente via de administração de analgésicos					
4. O doente deve sentir desconforto antes de se administrar a próxima dose de analgésico					
5. A dose adequada de morfina para um doente com dor é a que melhor controla os sintomas. Não há dose máxima					
6. A avaliação da dor pelo médico ou enfermeiro é tão válida como o reportado pelo doente					
7. Os doentes conseguem dormir apesar de terem dor severa					
8. Para a dor aguda severa são necessários opióides EV					
9. A dor não controlada pode ser considerada negligência					
10. As queixas de dor são tão importantes como as queixas de náuseas					
11. No tratamento da dor crónica é importante distinguir dor neuropática de dor nociceptiva					
12. Os sinais vitais são sempre indicadores valiosos da dor do doente					
13. Os instrumentos de avaliação de dor devem ser escolhidos de acordo com a idade e a patologia do doente					
14. Os analgésicos não se podem diminuir mesmo quando há associação com outros fármacos adjuvantes					
15. Quando reportam a sua dor com frequência, os doentes exageram a intensidade da dor					
16. A utilização de escalas de avaliação de dor favorece a comunicação com o doente					
17. Deve ser administrado um placebo ao doente com dor, para confirmar se ele tem, ou não, dor					
18. Quando um doente pede crescentes quantidades de analgésicos para controlar a dor, isso, normalmente, indica que está dependente					
19. O doente não reportar dor, não significa ausência de dor					
20. O melhor avaliador da intensidade da dor é o próprio doente					
21. A maioria dos doentes com dor está submedicado					

GRUPO III - PRÁTICAS

A seguir, encontra uma série de afirmações. Em cada uma delas, assinale, com uma cruz, a frequência com que as realiza				
	Muito frequentemente	Frequentemente	Raramente	Nunca
1. Pergunto aos doentes quais as características da dor (intensidade, local, irradiação, posição de alívio e agravamento,...)				
2. Utilizo a escala analgésica da OMS para o tratamento da dor				
3. Utilizo medidores de dor (escalas)				
4. Mudo o emplastro de buprenorfina de 3/3 dias				
5. Num doente oncológico com dor severa com metamizol e morfina prescritos, administro, primeiro, morfina				
6. Num doente com dor aguda pós-operatória severa, com metamizol e petidina prescritos, administro, primeiro, petidina				

GRUPO IV – AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

De acordo com a sua prática diária, a formação associada a este estudo, assinale a resposta que considera correta:

1 Passou a utilizar (ou a utilizar com mais frequência) escalas de dor?

- Sim
- Não

2. Se respondeu sim, quais?

- Escala Visual Analógica (VAS)
- Escala numérica
- Escala verbal
- Escala de faces
- Escalas comportamentais

3. Na dor crónica, qual a via preferencial para administração de opióides?

- Oral
- Intramuscular
- Endovenosa
- Sublingual
- Transdérmica

4. Na dor aguda, qual a via preferencial para administração de opióides?

- Oral
- Intramuscular
- Endovenosa
- Sublingual
- Transdérmica

5. Respeito o pico de efeito da morfina oral de:

- 5 minutos
- 20 a 30 minutos
- 1 a 2 horas
- 4 horas

6. Uma dor “7” significa:

- Dor ligeira
- Dor moderada
- Dor severa

7. A formação realizada pela investigadora ajudou a sua prática clínica?

- Sim
- Não Porquê? _____

CASOS CLÍNICOS

Nos casos clínicos que se seguem, pede-se que responda de acordo com a sua prática clínica, mesmo que, em termos teóricos achasse que a resposta deveria ser outra.8. Um homem de 65 anos, com diagnóstico de carcinoma colo-retal, está internado por dor severa. Está medicado com buprenorfina, 52,5 mcg/h 2 x por semana via transdérmica, morfina, 10 mg, via oral de hora a hora em sos, paracetamol, 1 g de 8/8h ev sos e metamizol de 12/12 h ev sos. O doente chegou à enfermaria há 1 h e, por dor, administrou-lhe 10 mg de morfina nessa altura. Veio avaliar os sinais vitais e o doente refere-lhe uma dor “8”, mas parece-lhe calmo. O que faria?

- Administrava o paracetamol ev
- Administrava a morfina oral
- Administrava metamizol ev
- Não administrava nenhum e reavaliava dentro de 10 minutos

9. No pós-operatório de uma ressecção anterior do reto, num doente do sexo masculino, de 55 anos, sem patologia associada e sem cateter epidural, está prescrito tramadol, 100mg de 8/8h, ev. Em sos, estão prescritos: paracetamol 1 g ev, diclofenac, 50 mg ev e petidina, 20 mg ev. O doente fez tramadol há 1 hora e refere uma dor “7”. Que fármaco sos lhe administraria em primeiro lugar?

- Paracetamol
- Diclofenac
- Petidina
- Nenhum: aguardava que o tramadol fizesse efeito

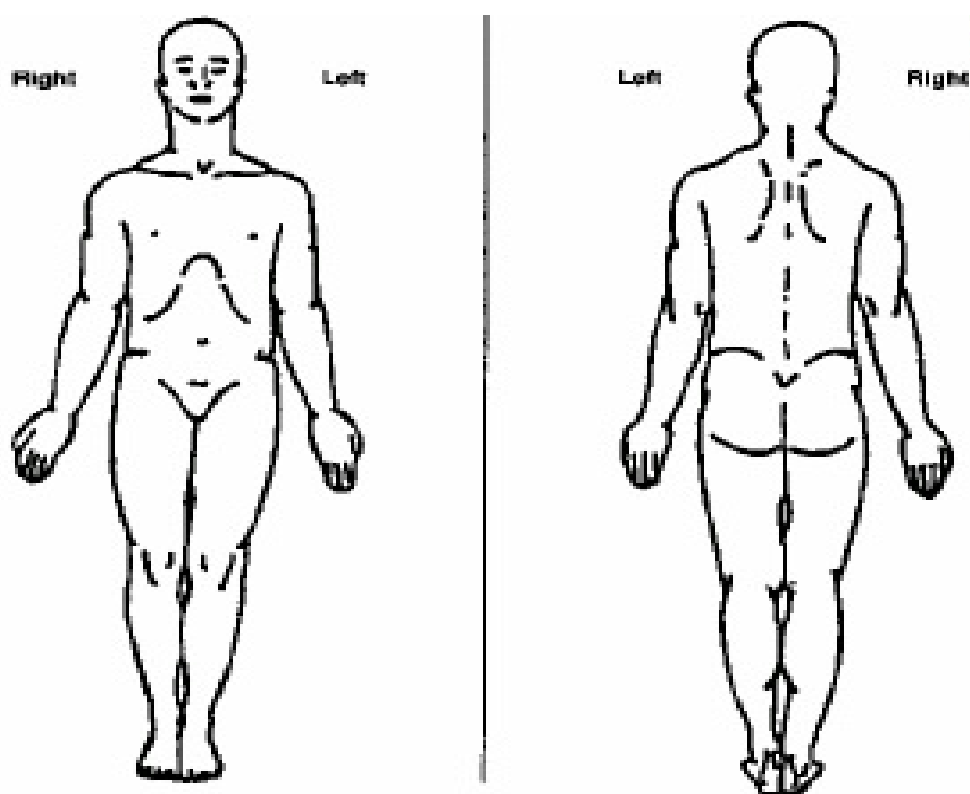
QUESTIONÁRIO AOS UTENTES

Grupo 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

1. Idade: _____anos
2. Género: Masculino Feminino
3. Estado civil: Casado Solteiro viúvo Divorciado
4. Habilitações académicas: 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo secundário superior nenhum
5. Motivo do internamento/vinda ao Hospital:
Cirurgia Doença não cirúrgica Outro _____
6. Diagnóstico _____
7. Há quanto tempo está internado? _____

GRUPO II – Brief Pain Inventory (Short Form) – Inventário resumido da dor

1. Durante as últimas 24 horas teve dor? Sim Não
2. Nas figuras marque, assinalando com um ponto, as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que mais lhe dói



3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo nas últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor a pior dor que pode imaginar

Grupo III – Satisfação do utente

1. Quando teve dor, como lhe avaliaram a dor:

Perguntando-me

Pedindo-me para escolher um número numa régua

Pedindo-me para escolher uma cara numa régua

2. Quando solicitou medicação para o alívio da dor, qual foi o maior tempo que teve que esperar para que lhe fosse dada?

10 ou menos minutos 11 a 20 minutos 21 – 30 Minutos 31-60 minutos Mais de

60 minutos Pediu mas nunca recebeu Nunca solicitou

3. Alguma vez a medicação que lhe foi dada não aliviou a dor e pediu mais ou outra medicação?

Sim Não

4. Se respondeu sim quanto tempo levou para que os profissionais alterassem a sua medicação para uma mais forte ou diferente e lho administraram?

< 1 hora 1-2 horas 3-4 horas 5-8 horas 9-24 horas >24 h

5. Se ainda tem dor, deseja uma dose mais forte de medicação para a dor?

Sim Não

6. Se respondeu não, refira porque? _____

7. Estava a fazer algum tratamento para a sua dor, em casa?

Sim Não

8.. Quais os tratamentos e/ou medicamentos que estava a ter ou a fazer para a sua dor?

9. Se estava a tomar medicação para a dor, em ambulatório, mantiveram os seus medicamentos da dor? Sim

Não

Se não, explicaram-lhe porquê? Sim Não

a. Se sim, qual o motivo? _____

10. Escolha a frase que indica o quanto satisfeito ou insatisfeito está com o resultado do tratamento da sua dor

Muito insatisfeito Insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

11. Se não está satisfeito com o tratamento da sua dor, por favor refira porquê.

12. Escolha a frase que indica o quanto satisfeito ou insatisfeito está com os profissionais que lhe trataram da dor

Muito insatisfeito Insatisfeito Satisfeito muito satisfeito

13. Se não está satisfeito com os profissionais, por favor refira porquê?

Grupo IV – Tratamento farmacológico da dor

1. Que medicação **fixa**, o doente está a fazer para a dor?

Fármacos do 1º escalão..... Pracetamol AINS

Fármacos do 2º escalão..... Tramadol Codeína

Fármacos do 3º escalãoPetidina Morfina Fentanil Buprenorfina Hidromorfona

Anticonvulsivantes.....Gabapentina Pregabalina Outro _____

Antidepressivos Tricíclicos SSRI Outro _____

Corticoides

Bloqueios: Epidural Braquial Femoral Outro _____

(Com que fármacos? Morfina Ropivacaína 0,1% Ropivacaína 0,2% Outro)

Nenhuma

2. Que medicação **sos está prescrita** para a dor?

Fármacos do 1º escalão Pracetamol AINS

Fármacos do 2º escalão..... Tramadol Codeína

Fármacos do 3º escalãoPetidina Morfina Fentanil Buprenorfina Hidromorfona

Anticonvulsivantes.....Gabapentina Pregabalina Outro _____

Antidepressivos Tricíclicos SSRI Outro _____

Corticoides

Bloqueios: Epidural Braquial Femoral Outro _____

(Com que fármacos? Morfina Ropivacaína 0,1% Ropivacaína 0,2% Outro)

Nenhuma

3. Que medicação **sos, o doente fez nas últimas 24 horas**, para a dor?

Fármacos do 1º escalão..... Pracetamol AINS

Fármacos do 2º escalão..... Tramadol Codeína

Fármacos do 3º escalãoPetidina Morfina Fentanil Buprenorfina Hidromorfona

Anticonvulsivantes.....Gabapentina Pregabalina Outro _____

Antidepressivos Tricíclicos SSRI Outro _____

Corticoides

Bloqueios: Epidural Braquial Femoral Outro _____

(Com que fármacos? Morfina Ropivacaína 0,1% Ropivacaína 0,2% Outro)

Nenhuma

QUESTIONÁRIO AOS UTENTES NÃO COMUNICANTES

Grupo I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

1. Idade: _____ anos 2. Género: Masculino Feminino
3. Estado civil: Casado Solteiro viúvo Divorciado
4. Habilitações académicas: 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo secundário superior
5. Motivo do internamento/vinda ao Hospital: Cirurgia Doença não cirúrgica Outro Qual? _____
6. Diagnóstico _____
7. Há quanto tempo está internado? _____

Grupo II – Escala DOLOPLUS 2

ESCALA DOLOPLUS		DATAS			
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO:..... NOME PRÓPRIO:					
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
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 PSICO-SOCIAL					
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			
Faculdade de Medicina de Lisboa - Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos – Fevereiro 2006 – Hironádia Guarda					

Grupo III – Tratamento farmacológico da dor

4. Que medicação **fixa**, o doente está a fazer para a dor?

- Fármacos do 1º escalão Pracetamol AINS
 Fármacos do 2º escalão Tramadol Codeína
 Fármacos do 3º escalão Petidina Morfina Fentanil
 Anticonvulsivantes Gabapentina Pregabalina Outro _____
 Antidepressivos Tricíclicos SSRI Outro _____
 Corticoides
 Bloqueios Epidural Braquial Femoral Outro _____
 (Com que fármacos? Morfina Ropivacaína 0,1% Ropivacaína 0,2% Outro)
 Nenhuma

5. Que medicação **sos está prescrita** para a dor?

- Fármacos do 1º escalão Pracetamol AINS
 Fármacos do 2º escalão Tramadol Codeína
 Fármacos do 3º escalão Petidina Morfina Fentanil
 Anticonvulsivantes Gabapentina Pregabalina Outro _____
 Antidepressivos Tricíclicos SSRI Outro _____
 Corticoides
 Bloqueios Epidural Braquial Femoral Outro _____
 (Com que fármacos? Morfina Ropivacaína 0,1% Ropivacaína 0,2% Outro)
 Nenhuma

6. Que medicação **sos, o doente fez nas últimas 24 horas**, para a dor?

- Fármacos do 1º escalão Pracetamol AINS
 Fármacos do 2º escalão Tramadol Codeína
 Fármacos do 3º escalão Petidina Morfina Fentanil
 Anticonvulsivantes Gabapentina Pregabalina Outro _____
 Antidepressivos Tricíclicos SSRI Outro _____
 Corticoides
 Bloqueios Epidural Braquial Femoral Outro _____
 Nenhuma

Anexo - Orientações para preenchimento da escala DOLOPLUS II

LÉXICO

Queixas somáticas

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

Posições antálgicas

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

Proteção 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.

CONSELHOS DE UTILIZAÇÃO

1. 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.

2. COTAR EM EQUIPA PLURISCIPLINAR

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”.

3. 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 psico-social. Do mesmo modo, em caso de coma, a cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos.

4. OS COMPORTAMENTOS PASSIVOS

São menos perceptíveis mas tão presentes e importantes como os comportamentos activos; por exemplo, as perturbações do comportamento podem-se exprimir de um modo hiperactivo, tal como a agressividade pouco habitual, mas também como modo de afastamento.

5. A COTAÇÃO DE UM ITEM ISOLADO

Não tem significado; é a pontuação global que se tem que considerar. Se ela se concentra nos últimos itens, a existência de dor é pouco provável.

6. ESTABELEECER 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

Exmo Sr
Presidente da Comissão de Ética
do CHLP

Assunto: Informação da Diretora do Serviço de Anestesiologia sobre o estudo “barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”

Maria do Carmo Rocha, Diretora do Serviço de Anestesiologia deste Centro Hospitalar, informo que tenho conhecimento e autorizo a realização do estudo “barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”, da Dr^a Eunice Gomes da Silva, orientado pelo Sr. Prof. António Barbosa e pela Sr^a Prof^a Maria dos Anjos Dixe.

Atentamente,



(Dr^a Maria do Carmo Rocha)

Leiria, 28/2/2013

Autorização do Diretor do Serviço de Cirurgia 1 do Centro Hospitalar de Leiria Pombal

Exmo Sr
Presidente da Comissão de Ética
do CHLP

Assunto: Informação do Diretor do Serviço de Cirurgia I sobre o estudo “**barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde**”, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”

Victor Faria, Diretor do Serviço de Cirurgia I deste Centro Hospitalar, informo que tenho conhecimento e autorizo a realização do estudo “barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”, no Serviço de Cirurgia I, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”, da Dr.^a Eunice Gomes da Silva, orientada pelo Sr. Prof. Doutor António Barbosa, da Faculdade de Medicina de Lisboa e pela Sr.^a Prof.^a Maria dos Anjos Dixe, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Atentamente,


(Dr. Victor Faria)

Leiria, 24 de Abril de 2013

Autorização do Diretor do Serviço de Cirurgia 2 do Centro Hospitalar de Leiria Pombal

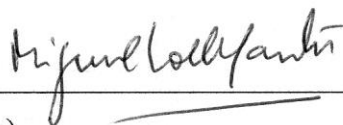
Exmo Sr
Presidente da Comissão de Ética
do CHLP

Assunto: Informação do Diretor do Serviço de Cirurgia I sobre o estudo “**barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde**”, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”

Miguel Coelho, Diretor do Serviço de Cirurgia II deste Centro Hospitalar, informo que tenho conhecimento e autorizo a realização do estudo “barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”, no Serviço de Cirurgia II, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”, da Dr^a Eunice Gomes da Silva, orientada pelo Sr. Prof. António Barbosa, da Faculdade de Medicina de Lisboa e pela Sr.^a Prof^a Maria dos Anjos Dixe, da Escola Superior de Saúde de Leiria

Atentamente,

Leiria, 28 fevereiro 2013



(Dr. Miguel Coelho)

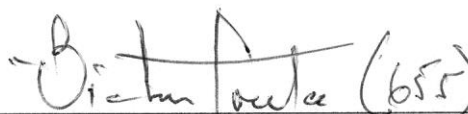
Autorização do Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia 1 do Centro Hospitalar de Leiria Pombal

Exmo Sr
Presidente da Comissão de Ética
do CHLP

Assunto: Informação do Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia I sobre o estudo “barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”

Victor Mouta, Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia I deste Centro Hospitalar, informo que tenho conhecimento e autorizo a realização do estudo “barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”, da Dr.^a Eunice Gomes da Silva, orientado pelo Sr. Prof. Doutor António Barbosa da Faculdade de Medicina de Lisboa e pela Sr.^a Prof^a Maria dos Anjos Dixe, da Escola Superior de Saúde de Leiria

Atentamente,



(Enf.º Victor Mouta)

2013.02.28

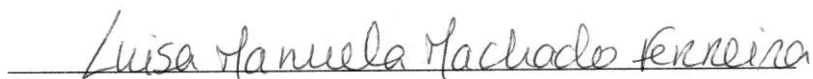
Autorização da Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia 1 do Centro Hospitalar de Leiria Pombal

Exmo Sr
Presidente da Comissão de Ética
do CHLP

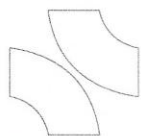
Assunto: Informação da Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia II sobre o estudo “barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”

Luísa Manuela Machado Ferreira, Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia II deste Centro Hospitalar, informo que tenho conhecimento e autorizo a realização do estudo “barreiras, práticas e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”, no âmbito do mestrado de “Ciências da dor”, da Dr.^a Eunice Gomes da Silva, orientado pelo Sr. Prof. Doutor António Barbosa da Faculdade de Medicina de Lisboa e pela Sr.^a Prof^ª Maria dos Anjos Dixe, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Atentamente,


(Enf.^a Luísa Ferreira)

28/2 / 2013

Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Leiria Pombal

CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA
POMBAL

Comissão de Ética
Ref. CE N.º 15/13

Exma. Senhora
Dr.ª Eunice Silva
Serviço de Anestesiologia
Centro Hospitalar Leiria - Pombal, E.P.E.

Leiria, 24 de abril de 2013

Assunto: Estudo “atitudes práticas, barreiras e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor – eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”

A Comissão de Ética vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião efetuada em 2013.04.23, enviado ao Diretor Clínico, sobre o assunto mencionado em epígrafe:

- Foi rececionado nesta Comissão, um pedido de autorização, enviado pela Dr.ª Eunice José da Graça Dias Gomes da Silva, Anestesiologista, a exercer funções no Serviço de Anestesiologia do nosso Hospital, para desenvolver um estudo, no âmbito do seu mestrado de “Ciências da Dor”, intitulado “atitudes práticas, barreiras e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor – eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”. Após análise do estudo, ficou decidido dar parecer favorável a realização do mesmo.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento.

Com os melhores cumprimentos,

Carlos Veríssimo Poças Santos
Presidente

Rua das Olhalvas
Pousos 2410 – 197 Leiria
Tel. 244817089
Email. sec.comtecnicas@chlp.min-saude.pt

Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

Membros

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre Enfª. Isabel Côte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)

Prof. Doutor João Lavinha (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Dra. Eunice Gomes da Silva

Serviço de Anestesiologia

Centro Hospitalar Leiria Pombal

Av. Heróis do Ultramar – Apartado 40,

3100-462 Pombal.

Lisboa, 3 de Junho de 2013

Assunto: Projecto de Investigação “Atitudes, Práticas, barreiras e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor – eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde”

Relator – Profª. Doutora Maria Luísa Figueira

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião em 24 de Abril de 2013, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE ÉTICA CHLN/FML

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 2

Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Leiria Pombal

AO DS, Anabela,
CGI, GGII e
2. Centro de
Parcerias.
13.03.22

Licínio de Carvalho
Vogal Executivo

DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº 15 2013.05.09

Retificacão
do despacho
Exmo Sr
do V. E. de
13.05.07.
do CHLP
13.05.09

Presidente do Conselho de Administração
do CHLP

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver um estudo, no âmbito do mestrado de "Ciências da dor", intitulado: "atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde"

Licínio de Carvalho
Vogal Executivo
13.05.09
Ant. Inq. do
A.C.A.
Vogal
13.05.07

Eunice José da Graça Dias Gomes da Silva, anestesiológica a exercer funções no Serviço de Anestesiologia do CHLP gostaria de desenvolver um estudo, no âmbito do mestrado de "Ciências da dor", intitulado: "atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor - eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais de saúde", cuja principal finalidade é avaliar a atual situação dos profissionais de saúde dos serviços de Cirurgia Geral (I e II - Unidade Hospital de Santo André), em relação às atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos sobre a dor. Ao mesmo tempo, avaliar a prevalência de dor dos doentes internados nesses Serviços. Posteriormente, trabalhar com esses profissionais, fazendo formação na área da dor e instituindo orientações clínicas. Após um período de cerca de 3 meses, aplicar os mesmos questionários aos profissionais e aos doentes, avaliando a eficácia da intervenção.

Licínio de Carvalho
Vogal Executivo

Foram escolhidos os serviços de Cirurgia Geral, por terem sido os Serviços a apresentar maior prevalência de dor no estudo "prevalência de dor nos doentes internados no CHLP" e apresentado nas IIas Jornadas da Unidor do CHLP, em Outubro de 2012.

Para validar as escalas a utilizar nos inquéritos, na primeira fase, seriam, também, aplicados os questionários, apenas com os 3 primeiros grupos, aos profissionais (médicos e enfermeiros) dos serviços de medicina 1 e 2, especialidades médicas e especialidades cirúrgicas e medicina e cirurgia do Hospital de Pombal.

Inferência feita por carterie a Dra. Eunice Silva de que estava autorizado o pedido do estudo e q
reia a reunião do CA p. 13.05.07
Unidade de Saúde é Dra. Eunice SR. R.
Original enviado ao SGAUT p. 13.05.10
Cópia: Dra. Eunice SR. R. + DS, CGI e DSCirII. 2013.05.13
Original por Dr. Aden.
07.3.2013
Recib. 2013.04.01 (1070) entregue Declaração D.S.C.I. 2013.04.24

CONSENTIMENTO INFORMADO**Formulário de Consentimento Informado de Participação no Estudo**

Investigadora: Dr.ª Eunice Silva - Anestesiologista do Serviço de Anestesiologia

Código de Identificação do Participante: _____

Certifico que concordo em participar voluntariamente na Investigação Científica no âmbito do trabalho de **Avaliação das Atitudes, Práticas, Barreiras e Conhecimentos sobre a Avaliação e Controlo da Dor**. Declaro que os procedimentos de investigação e do consentimento me foram explicados, respondendo a todas as minhas questões. Compreendo as vantagens que a participação neste estudo poderá repercutir no futuro. Considero ainda que o estudo não apresenta qualquer risco potencial. Compreendo que tenho direito de colocar, agora durante todo o processo de desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguram-me que os processos serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada a terceiros, incluindo a minha identidade, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir de participar neste estudo. Compreendo também que se o fizer, a qualidade dos cuidados dos quais benefício não será de modo algum afetada.

Pelo presente documento, eu _____ consinto participar neste estudo.

Assinatura _____

Ou Assinatura do representante legal _____

Assinatura do investigador _____ / ____ / _____

Contato do investigador: eunicejose@sapo.pt