



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

A pessoa com dor crónica

- Um modelo de acompanhamento de enfermagem -

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor
em Enfermagem

Por

ANA LEONOR ALVES RIBEIRO

setembro de 2013



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

A pessoa com dor crónica

- Um modelo de acompanhamento de enfermagem -

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor
em Enfermagem

Por

ANA LEONOR ALVES RIBEIRO

Sob a orientação do Professor Doutor Paulino Sousa

setembro de 2013

AGRADECIMENTOS

A redação deste documento traduz um percurso que não seria possível sem a colaboração de muitas pessoas a quem quero manifestar a minha gratidão:

Ao Professor Doutor Paulino Sousa meu orientador, pela confiança, por nos ter acompanhado neste percurso, pelos ensinamentos e pelas oportunidades de desenvolvimento que nos proporcionou, pela compreensão nos momentos difíceis, pelo incentivo e pela amizade.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto pelas facilidades, apoio e incentivo.

Às instituições que abriram as suas portas a esta investigação, facilitando o processo de conhecimento mais aprofundado desta realidade no acompanhamento das pessoas com dor crónica.

Às pessoas com dor crónica que lidam no seu dia-a-dia com este problema, que partilharam as suas vivências e a forma como tentaram ultrapassar esses períodos dolorosos.

Aos profissionais de saúde e em especial aos que aceitaram o desafio de colaborar neste trabalho.

Aos enfermeiros que constituíram o nosso grupo de discussão, que com os seus conhecimentos enriqueceram e direcionaram-nos no sentido da proposta de um modelo de intervenção junto das pessoas com dor crónica.

Aos amigos, companheiros de percurso, em especial à Alexandrina, à Alice, à Fernanda, à Célia, à Natália e ao Paulo, pela proximidade, pela oportunidade em partilhar discussões, pelas leituras de revisão, pela amizade sempre presente, pelo apoio, pelo incentivo e entreaajuda.

Aos colegas e amigos da ESEP, ao Filipe, ao Abel, ao Paulo e ao Carlos sempre presentes.

À minha família, pela compreensão, pelo apoio sempre percebido em todos os momentos...

A quem me tem ajudado todos os dias a encontrar sentido na vida...

Em especial à Ana Sofia.

A todos, muito obrigada...

SIGLAS

ACES	- Agrupamento de Centros de Saúde
ACP	- Análise das Componentes Principais
ACSS	- Autoridade Central do Sistema de Saúde
AETMIS	- Agence d’Evaluation des Technologies et des Modes d’Intervention en Santé
APED	- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
AVD	- Atividades de Vida Diária
BPI	- Brief Pain Inventory
CDC	- Consulta de Dor Crónica
CHPorto	- Centro Hospitalar do Porto
CIPE®	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMD	- Centro Multidisciplinar de Dor
CNCDor	- Comissão Nacional de Controlo da Dor
CNP	- Classificação Nacional das Profissões
CS	- Centro de Saúde
CSP	- Cuidados de Saúde Primários
DGS	- Direção Geral de Saúde
ECCI	- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECCPDC	- Equipa de Cuidados Continuados à Pessoa com Dor Crónica
ECSCP	- Equipa de Cuidados na Comunidade de Suporte em Cuidados Paliativos
EF	- Escala facial
EN	- Escala Numérica
EQ	- Escala Qualitativa
ESEP	- Escola Superior de Enfermagem do Porto
EVA	- Escala Visual Analógica
FR (%)	- Frequência relativa em percentagem
IASP	- International Association for the Study of Pain
ICD	- International Classification of Diseases
ICN	- International Council of Nurses
ICNP®	- International Classification for Nursing Practice

IPO	- Instituto Português de Oncologia
JCAHO	- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	- Joint Commission International
JCR	- Joint Commission Resources
MFPC	- Membro da família prestador de cuidados
nº	- Número
OBSERVDOR	- Centro Nacional de Observação em Dor
OE	- Ordem dos Enfermeiros
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNCdor	- Programa Nacional de Controlo da Dor
PNLCDor	- Plano Nacional de Luta Contra a Dor
PNS	- Plano Nacional de Saúde
QdV	- Qualidade de vida
RNCCI	- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RTP	- Regime terapêutico prescrito
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SOS	- sempre que necessário
SPSS®	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TENS	- Neuroestimulação Elétrica Transcutânea
UCC	- Unidade de Cuidados na Comunidade
UDC	- Unidade de Dor Crónica
ULS	- Unidade Local de Saúde
ULSM	- Unidade Local de Saúde de Matosinhos
UMD	- Unidade Multidisciplinar de Dor
USF	- Unidade de Saúde Familiar
UTD	- Unidade Terapêutica de Dor

RESUMO

A dor crónica reflete-se na vida das pessoas e altera os padrões de vida diária e a perceção do estado de saúde. A disposição para gerir novas situações, desafios e a aquisição ou desenvolvimento de estratégias para reencontrar o equilíbrio constituem elementos fundamentais para o controlo da dor. Esta realidade constituiu o fulcro para o desenvolvimento desta investigação conduzida a partir da questão: Qual o modelo de cuidados de enfermagem que melhor resposta poderá dar às necessidades da pessoa com dor crónica, promovendo a articulação e a continuidade dos cuidados?

A investigação tomou por objeto de estudo a dor crónica, tendo por finalidade a definição de um modelo de intervenção de enfermagem, sustentado no processo de transição, que se integre na organização de cuidados para acompanhamento da pessoa com dor crónica. Adotando um paradigma construtivista, foi desenhada uma abordagem fundada em duas fases distintas: a primeira fase teve como objetivo caracterizar o processo de viver com dor crónica e o modelo de cuidados em uso nas organizações no acompanhamento das pessoas com dor crónica; a segunda fase visou o desenvolvimento de um modelo de acompanhamento de enfermagem à pessoa com dor crónica, que assegure uma resposta às necessidades da pessoa/família, promovendo a articulação e a continuidade de cuidados entre os diferentes contextos de cuidados de saúde, com vista à melhoria do nível de satisfação da pessoa com o controlo da dor e melhoria da qualidade de vida da pessoa com dor crónica.

A recolha de dados decorreu entre agosto de 2008 e maio de 2013. Participaram no estudo pessoas com dor crónica utilizadoras de cuidados de saúde de uma unidade local de saúde e profissionais da saúde da região norte do país, uns como informantes-chave sobre a organização dos cuidados às pessoas com dor crónica, outros como participantes num grupo de discussão organizado com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento dos princípios orientadores de um modelo de acompanhamento de enfermagem das pessoas com dor crónica. Na primeira fase do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: o Questionário sociodemográfico e clínico; o BPI(pt); a EAEDC(pt); o CAD-R(pt) e o SF36v2(pt) na abordagem das pessoas com dor crónica. Recorremos também à entrevista semiestruturada na abordagem às pessoas com dor crónica e aos informantes-chave. Na segunda fase foi utilizada a estratégia de grupo de discussão, formado por peritos na área do acompanhamento das pessoas com dor crónica, no sentido de gerar informação útil para a conceção do modelo.

Dos resultados destaca-se a identificação de grupos de pessoas que vivem com dor crónica com maior vulnerabilidade, associada à perceção da severidade e interferência

da dor no seu quotidiano, nomeadamente: as mulheres, os mais idosos e as pessoas com baixa escolaridade. O viver com dor crónica é influenciado pelas crenças, significados e atitudes face à dor. Também variáveis contextuais como o estatuto socioeconómico, o suporte familiar, os recursos da comunidade, interferem na vivência desta transição. Apesar dos esforços enveredados, a dor é um fenómeno subdiagnosticado na conceção dos cuidados de enfermagem e condicionado pela existência de uma informação insuficiente sobre a dor, e, ainda, por uma deficiente organização dos cuidados.

A proposta do modelo de cuidados de enfermagem no acompanhamento da pessoa com dor crónica assenta em três elementos estruturantes: as políticas de saúde, a organização de cuidados de enfermagem e o processo de cuidados.

Os pressupostos subjacentes à política de saúde encontram-se adequados, suportam o desenvolvimento do modelo proposto, orientados pelo PNS, assim como pelo PNC Dor. Contudo, a operacionalização destas orientações no contexto da prática clínica nem sempre responde às necessidades efetivas da pessoa com dor crónica.

O modelo proposto pressupõe a centralidade no cliente e família. O recurso a uma equipa multiprofissional para fazer face à dor crónica é muitas vezes imprescindível. A definição de circuitos e fluxos de referênciação, incluindo o processo de sinalização para equipas especializadas no controlo da dor como uma estratégia relevante para a organização dos cuidados, enfatizando o recurso aos cuidados de saúde primários.

O processo de conceção de cuidados de enfermagem deverá ter em atenção que as transições estão associadas a mudanças que ocorrem ou podem ocorrer na pessoa, resultantes deste processo de viver com dor: mudanças na condição de saúde e na forma como estas se instalam e geram transformações na própria pessoa e nas circunstâncias que a rodeiam. Por isso, é necessário que o modelo de cuidados de enfermagem no acompanhamento da pessoa com dor crónica esteja orientado para dar resposta aos aspetos vivenciados na transição, garantindo por essa via a continuidade e avaliação dos cuidados.

Palavras-chave: Dor crónica; Modelo; Enfermagem; Transição

ABSTRACT

Chronic pain is reflected in people's lives and changes the patterns of daily life and perception of health status. Willingness to handle new situations, challenges and the acquisition or development of strategies to find balance, are the key to pain control. This reality was the fulcrum for the development of this investigation, carried out under the question: Which nursing care model effectively responds to the people with chronic pain needs, promoting the coordination and continuity of care?

The research aims to define a nursing intervention model, sustained in the transition theory, which can be integrated in the care organization. Adopting a constructivist paradigm, an approach was designed based on two phases: the first phase aimed to characterize the process of living with chronic pain and the model of care used in organizations in the accompaniment of persons with chronic pain; the second phase aimed the development of a nursing model of accompaniment of people with chronic pain, which ensures the needs of the person / family, promoting coordination and continuity of care between different health care settings and improvement on the satisfaction and quality of life of the person with chronic pain.

The data collection took place between August 2008 and May 2013. Both people with chronic pain, users of health care, and health professionals of a Local Health Unit from the northern region of the country participated in the Study. The first ones were the key informants about the organization of care for people with chronic pain, while the others were participants in a focus group, organized with the goal of contributing to the development of the guiding principles of a nursing model accompaniment of people with chronic pain. In the first phase of the study we used the following instruments: the sociodemographic and clinical questionnaire; BPI (pt), the EAEDC (pt), the CAD-R (pt) and SF36v2 (pt). The semi-structured interview approach was used to interview people with chronic pain and key informants. In the second phase we used the strategy focus group, constituted with experts in the area of accompaniment of persons with chronic pain, in order to generate useful information for the model design.

The results highlight the identification of groups of people living with chronic pain with increased vulnerability, associated with the perception of severity and pain interference in daily life, namely: women, the elderly and people with low education. Living with chronic pain is influenced by beliefs, meanings and attitudes towards pain. Also contextual variables such as socioeconomic status, family support, community resources, interfere with the experience of this transition. Despite efforts, pain is a

phenomenon underdiagnosed in the design of nursing and conditioned by the existence of imperfect information about pain, and also by a poor organization of care.

The proposed nursing care model of accompaniment of people with chronic pain is based on three structural elements: health policy, the nursing care organization and the care process. The assumptions underlying the health policy are appropriate, support the development of the proposed model, guided by the Health National Plan, as well as by Pain Control National Plan. However, the adequacy of these guidelines in the context of clinical practice does not always respond to the actual needs of the person with chronic pain. The proposed model assumes the centrality on the client and family. The use of a multidisciplinary team to cope with chronic pain is often essential. The definition of circuits and flows, including the signalling process for teams specializing in pain management as a strategy relevant to the organization of care, emphasizing the use of primary care.

The process of nursing care should be aware that the transitions are associated with changes that occur, or may occur, in the person, resulting from the process of living with pain: changes in health condition and how they settle and generate transformations on the person and the circumstances surrounding it. Therefore, it is necessary that the model of nursing care in the accompaniment of people with chronic pain is oriented to address the aspects experienced in the transition, ensuring in this way the continuity of care and evaluation.

Key words: Chronic pain; Model; Nursing; Transition

RESUMEN

El dolor crónico se refleja en la vida de las personas, cambia los padrones de la vida diaria y la percepción del estado de salud. La disposición para manejar situaciones nuevas, desafíos y la adquisición o desarrollo de estrategias para reencontrar el equilibrio, son elementos clave para el control del dolor. Esta realidad fue el punto de apoyo para el desarrollo de esta investigación llevada a cabo a partir de la pregunta: ¿Qué modelo de cuidados de enfermería puede dar una mejor respuesta a las necesidades de las personas con dolor crónico, promoviendo la coordinación y continuidad de los cuidados?

La investigación tuvo como objeto de estudio el dolor crónico, direccionada a la definición de un modelo de intervención de enfermería, sustentada en el proceso de transición, que se integre en la organización de la atención para el seguimiento de personas con dolor crónico. Con la adopción de un paradigma constructivista, se diseñó un enfoque basado en dos fases: la primera fase tuvo como objetivo caracterizar el proceso de vivir con el dolor crónico y el modelo de atención utilizada por las organizaciones en el seguimiento de personas con dolor crónico; la segunda fase fue destinada al desarrollo de un modelo de atención de enfermería de la persona con dolor crónico que garantice una respuesta a las necesidades de la persona/familia, promoviendo la articulación y continuidad de la atención entre las diferentes áreas de atención de salud, con el objetivo de mejorar el nivel de satisfacción de las personas con el control del dolor, y la mejora de la calidad de vida de las personas con dolor crónico.

La colecta de datos se llevó a cabo entre agosto de 2008 y mayo de 2013. Participaran en la investigación los usuarios de una unidad local de salud con dolor crónico y profesionales de salud de la región norte del país. Algunos en cuanto informantes-clave sobre la organización de la atención a personas con dolor crónico, y otros como participantes en un grupo de discusión organizado con el objetivo de contribuir al desarrollo de los principios orientadores de un modelo de atención de enfermería de personas con dolor crónico. En la primera fase del estudio fueron utilizados los siguientes instrumentos: el Cuestionario Sociodemográfico y Clínico; BPI (pt); el EAEDC (pt); el CAD-R (pt) y el SF36v2 (pt) en el abordaje de las personas con dolor crónico. También recorremos a la técnica de la entrevista semi-estructurada para entrevistar las personas con dolor crónico y los informantes-clave. En la segunda fase se utilizó la estrategia del

grupo de discusión, formado por expertos en el ámbito del cuidado de personas con dolor crónico, con el fin de generar información útil para el diseño del modelo.

Los resultados destacan la identificación de los grupos de personas que viven con dolor crónico con mayor vulnerabilidad, asociada a la percepción de la gravedad y la interferencia del dolor en la vida diaria, a saber: las mujeres, los más ancianos y las personas con baja escolaridad. Vivir con dolor crónico se ve influido por las creencias, significados y actitudes hacia el dolor. También las variables contextuales como el nivel socioeconómico, el apoyo familiar y los recursos de la comunidad, interfieren con la experiencia de esta transición. Además de los esfuerzos ya implementados, el dolor es un fenómeno poco diagnosticado en los cuidados de enfermería, condicionado por la existencia de información imperfecta sobre el dolor y, también, por una deficitaria organización de los cuidados.

El modelo propuesto de los cuidados de enfermería de personas con dolor crónico es basado en tres elementos estructurales: las políticas de salud, la organización de los cuidados de enfermería y el proceso de cuidados.

Los principios que sustentan la política de salud son apropiados, apoyan el desarrollo del modelo propuesto, son orientados por el Plano Nacional de Salud (PNS), así como por el Plano nacional del Control de la Dolor (PNCDo). Sin embargo, la objetividad de estas directrices en el contexto de la práctica clínica no siempre responde a las necesidades reales de la persona con dolor crónico.

El modelo propuesto asume la centralidad en el cliente y su familia. El recurso a un equipo multidisciplinario para lidiar con el dolor crónico es, muchas veces, esencial. La definición de los circuitos y flujos de los usuarios por las unidades de salud, incluyendo el proceso de señalización para equipos especializados en el tratamiento del dolor constituye una estrategia relevante para la organización de los cuidados, haciendo mayor utilización de la atención primaria de salud.

El proceso de concepción de los cuidados de enfermería debe ser consciente de que las transiciones se asocian con los cambios que se produzcan, o puedan producirse, en la persona, como resultado de este proceso de vivir con el dolor: cambios en el estado de salud y la forma en que se establecen y generan transformaciones en la persona, y en las circunstancias que lo rodean. Por lo tanto, es necesario que el modelo de cuidados de enfermería en la persona con dolor crónico esté orientado a responder a los aspectos experimentados en la transición, asegurando de esta manera la continuidad y la evaluación de los mismos.

Palabras-clave: Dolor crónico; Modelo; Enfermería; Transición

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa das Unidades de dor em Portugal	47
Figura 2. Estrutura orgânica dos agrupamentos de Centros de Saúde (MCSP - Ministério da Saúde, 2007.	54
Figura 3. Tipos e subtipos de dor apresentados na CIPE® (16).....	58
Figura 4. Desenho do estudo - Fase I.....	67
Figura 5. Correlação entre Severidade e Interferência da dor e autoeficácia face à dor crónica.....	94
Figura 6. Correlação entre as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pela pessoa e a autoeficácia face à dor crónica.....	97
Figura 7. Modelo fatorial SF36 com duas componentes	99
Figura 8. Natureza da transição da pessoa que vive com dor crónica.....	114
Figura 9. Condições pessoais que influenciam a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica.....	121
Figura 10. Terapêuticas de enfermagem implementadas à pessoa com dor crónica	131
Figura 11. Padrões de resposta na transição vivenciada pela pessoa com dor crónica	134
Figura 12. Correlação entre as estratégias de <i>coping</i> , autoeficácia face à dor crónica e qualidade de vida.....	165
Figura 13. Transição vivenciada pela pessoa com dor crónica	171
Figura 14. Modelo de acompanhamento de enfermagem à pessoa com dor crónica	187
Figura 15. Esquema da referenciação das pessoas com dor crónica.....	193
Figura 16. Exemplos de atividades de diagnóstico na área da dor.....	197
Figura 17. Estrutura categorial representativa de diagnósticos de enfermagem centrados na pessoa com dor (adaptado de Heimar e colaboradores (164)).	198

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Definições dos tipos de Dor (16)	58
Quadro 2 - Esquema síntese da metodologia do estudo - Fase I	68
Quadro 3. Distribuição da amostra de acordo com o sexo, estado civil, escolaridade, com quem vive, religião	70
Quadro 4. Distribuição da amostra de acordo com a profissão.....	71
Quadro 5. Distribuição da amostra de acordo com o regime terapêutico prescrito	72
Quadro 6. Distribuição da amostra de acordo com as doenças /situações clínicas	73
Quadro 7. Distribuição da amostra de acordo com o seguimento na consulta da dor, tipo de dor e localização da dor	74
Quadro 8. Distribuição da amostra de acordo com a duração da dor, intensidade e satisfação com o controlo da dor	75
Quadro 9. Inventario resumido da dor - BPI(pt) - análise descritiva para cada item	79
Quadro 10. Análise das diferenças entre Severidade e Interferência da dor em função do sexo	80
Quadro 11. Correlação entre Severidade da dor e a interferência da dor com a intensidade da dor e variáveis clínicas	81
Quadro 12. Subescalas de primeira e de segunda ordem do CAD-R	82
Quadro 13. Distribuição dos itens pelas subescalas do CAD-R.....	84
Quadro 14. Fidelidade do Questionário de <i>Coping</i> face à Dor Crónica.....	85
Quadro 15. Distribuição da média e desvio-padrão das dimensões da escala <i>Coping</i> face à dor crónica - CAD-R (pt)	86
Quadro 16. Correlações entre as estratégias de <i>coping</i> face à dor crónica com idade e com quem vive	88
Quadro 17. Estratégias de <i>coping</i> da pessoa face à dor em função dos graus de ensino	89
Quadro 18. Distribuição dos itens pelas subescalas da EADC e valores de <i>Alpha de Cronbach</i>	92

Quadro 19. Distribuição da média e desvio-padrão das dimensões da Escala de Autoeficácia face à dor crónica - EAEDC (pt)	95
Quadro 20. Autoeficácia face à dor crónica em função da idade e com quem vive	95
Quadro 21. Autoeficácia face à dor crónica em função das variáveis clínicas	96
Quadro 22. Domínios do Questionário de Estado de Saúde SF-36 e seu conteúdo .	99
Quadro 23. Distribuição da média e desvio-padrão nos domínios e subdomínios do SF36	100
Quadro 24. Análise das diferenças entre as dimensões da Qualidade de vida em função do sexo.....	101
Quadro 25. Qualidade de vida em função da idade e com quem vive	102
Quadro 26. Análise das diferenças entre as dimensões da Qualidade de vida em função do estado civil	103
Quadro 27. Correlação entre as dimensões da Qualidade de vida em função das variáveis clínicas.....	104
Quadro 28. Severidade e interferência da dor e estratégias de <i>coping</i> utilizadas	105
Quadro 29. Severidade e interferência da dor e autoeficácia face à dor crónica	106
Quadro 30. Severidade e interferência da dor e qualidade de vida.....	107
Quadro 31 - Dimensões e categorias.....	113
Quadro 32 - Organização dos cuidados: categorias e subcategorias	140
Quadro 33 - Esquema síntese da metodologia do estudo - Fase II.....	179

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	23
1.1. FINALIDADE	30
1.1.1. Perguntas de investigação	30
1.2. VISÃO GERAL DA TESE	31
2. DOR CRÓNICA	33
2.1. CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DA DOR	34
2.2. ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS	36
2.3. O IMPACTO DA DOR CRÓNICA	37
2.4. A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA COM DOR CRÓNICA	41
2.5. A DOR COMO FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM	57
3. A PESSOA COM DOR CRÓNICA	65
3.1. VIVER COM DOR CRÓNICA	69
3.1.1. A severidade e interferência da dor na vida das pessoas	76
3.1.2. Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pela pessoa com dor crónica	81
3.1.3. A autoeficácia para lidar com a dor crónica	90
3.1.4. A perceção da qualidade de vida	98
3.2. A TRANSIÇÃO VIVENCIADA PELA PESSOA COM DOR CRÓNICA	108
3.2.1. Natureza da transição vivenciada pela pessoa com dor crónica	113
3.2.2. Condições que influenciam a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica	120
3.2.3. Terapêuticas de enfermagem	130
3.2.4. Padrões de resposta da transição vivenciada pela pessoa com dor crónica	133
3.3. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA COM DOR CRÓNICA	138
3.3.1. Os contextos dos cuidados	140
3.3.1.1. Acesso aos cuidados	140
3.3.1.2. Tipo de serviços existentes	142
3.3.1.3. Estrutura física e recursos disponíveis	145
3.3.2. O processo de cuidados	147
3.3.2.1. Filosofia de cuidados	148
3.3.2.2. Conceção de cuidados	151
3.3.2.3. Intervenções de enfermagem	153
3.3.3. A continuidade dos cuidados	157
3.3.3.1. Coordenação dos cuidados	157

3.3.3.2.	Fluxo de informação _____	159
3.3.3.3.	Monitorização da qualidade dos cuidados _____	162
3.4.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MODELO DE CUIDADOS EM USO NO ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM DOR CRÓNICA _____	163
3.4.1.	Das características da dor e do modo como a pessoa vivencia a sua dor ____	164
3.4.2.	Dos aspetos da organização dos cuidados direcionados para a pessoa com dor crónica _____	175
3.4.3.	Dos aspetos relacionados com a conceção dos cuidados _____	176
4.	A PESSOA COM DOR CRÓNICA - UM MODELO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM _____	179
4.1.	ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PARA A DEFINIÇÃO DO MODELO _____	179
4.2.	MODELO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOR CRÓNICA ____	184
5.	CONCLUSÕES _____	201
6.	BIBLIOGRAFIA _____	207
7.	ANEXOS _____	225
	Anexo 1. Pedido de autorização ao conselho de administração/comissão de ética da ULS_	227
	Anexo 2. Consentimento informado solicitado aos participantes no estudo _____	229
	Anexo 3. Consentimento para a utilização dos instrumentos de recolha de dados _____	231
	Anexo 4. Questionário sociodemográfico e clínico _____	237
	Anexo 5. Inventário resumido da dor - BPI(pt) _____	238
	Anexo 6. Questionário de <i>coping</i> face à dor crónica - CAD-R(pt) _____	240
	Anexo 7. Escala de autoeficácia face à dor crónica - EAEDC(pt) _____	241
	Anexo 8. Questionário de qualidade de vida - SF36 v2(pt) _____	243
	Anexo 9. Inventário resumido da dor - BPI(pt) - análise da consistência interna _____	247
	Anexo 10. Correlação entre severidade e interferência da dor com a idade e com quem vive _____	248
	Anexo 11. Severidade e interferência da dor em função do estado civil _____	248
	Anexo 12. Severidade e interferência da dor em função dos graus de ensino _____	249
	Anexo 13. Severidade da dor e a interferência da dor em função da profissão _____	249
	Anexo 14. Análise dos componentes principais do questionário de <i>Coping</i> face à dor crónica _____	250
	Anexo 15. Correlação entre as subescalas do CAD-R(pt) _____	251
	Anexo 16. Estratégias de <i>coping</i> da pessoa em função do sexo _____	251
	Anexo 17. Estratégias de <i>coping</i> da pessoa em função do estado civil _____	252
	Anexo 18. Estratégias de <i>coping</i> da pessoa em função da profissão _____	253
	Anexo 19. Correlação entre as estratégias de <i>coping</i> face à dor crónica com as variáveis clínicas _____	254

Anexo 20. Análise dos componentes principais da EAEDC(pt), valores próprios e específicos (eigenvalue), variância e consistência interna de cada fator _____	255
Anexo 21. Correlação entre as subescalas da EAEDC(pt) _____	256
Anexo 22. Correlação entre as subescalas da EADC(pt) e o BPI(pt) _____	256
Anexo 23. Autoeficácia face à dor crónica em função do sexo _____	257
Anexo 24. Análise das diferenças entre autoeficácia face à dor crónica em função do estado civil _____	257
Anexo 25. Autoeficácia face à dor crónica em função dos graus de ensino _____	258
Anexo 26. Autoeficácia face à dor crónica em função da profissão _____	258
Anexo 27. Correlação entre as subescalas do CAD-R(pt) e as subescalas da EAEDC(pt) _____	259
Anexo 28. Análise das diferenças entre as dimensões da qualidade de vida em função dos graus de ensino _____	259
Anexo 29. Análise das diferenças entre as dimensões da qualidade de vida em função da profissão _____	260
Anexo 30. Guião da entrevista a efetuar às pessoas com dor crónica _____	261
Anexo 31. Carta dirigida aos profissionais de saúde - “informantes-chave” _____	262
Anexo 32. Pedido/Autorização para recolha de informação junto dos profissionais de saúde _____	264
Anexo 33. Carta convite aos participantes no grupo de discussão _____	267
Anexo 34. Tópicos para grupo de discussão _____	268
Anexo 35. Análise de dados qualitativos - Grupo de discussão _____	269

1. INTRODUÇÃO

Neste ponto introdutório procuramos problematizar os aspetos relacionados com a vivência da dor crónica procurando caracterizar este processo enquanto transição, bem como as estratégias desenvolvidas para o controlo da dor.

De facto, cada vez mais, têm sido enveredados esforços no sentido de desenvolver conhecimento em torno das necessidades em cuidados das pessoas com dor crónica.

Diversos estudos têm sido desenvolvidos com o propósito de dar a conhecer a prevalência da dor crónica, situação que tem por base, entre outras causas, o envelhecimento da população e o aparecimento de doenças crónicas potencialmente causadoras de dor crónica (1). Outros estudos têm explorado o modo como as pessoas se adaptam a novas condições de saúde, em particular como lidam com a dor crónica, acrescentando conhecimento sobre o modo como as pessoas incorporam o viver com a dor na sua vida - transição; como decorre esse processo e que estratégias são usadas para lidar com a dor crónica - *coping*; evidenciam fatores que interferem neste processo; e, outros relatam aspetos relacionados com indicadores de processo e de resultado que ilustram o impacto da dor crónica na qualidade de vida (2; 3; 4; 5; 6; 7).

A dor crónica varia no tipo, na intensidade, na frequência e no seu prognóstico, pelo que as pessoas com dor crónica podem ser encontradas em todos os níveis do sistema de saúde e são tratados por diferentes profissionais de saúde (8). Por isso, importa também analisar o que tem sido estudado em torno das orientações e políticas de saúde, quer na área dos cuidados quer na formação dos profissionais; como estão organizados os cuidados de saúde e o acompanhamento proporcionado à pessoa com dor crónica, nomeadamente na área de enfermagem.

Assistir o indivíduo a lidar com as transições que afetam a sua saúde emerge como um desafio para os enfermeiros antes, durante e após a mudança (9). De facto, os enfermeiros usam uma parte substancial do seu tempo a prestar cuidados a indivíduos em transição (10). Por isso, a missão dos enfermeiros tem como desígnio facilitar as

transições que a pessoa vivencia, promovendo os processos de adaptação e prevenindo resultados indesejáveis. Paiva e Silva (11) acrescenta ainda que a Enfermagem toma como objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação.

Aprender a viver com dor crónica pode ser considerada uma transição do tipo saúde-doença (2; 3; 7). A transição pode ser entendida como uma passagem, durante a qual cada pessoa redefine o sentido de si mesma e desenvolve, de novo, a confiança para tomar decisões acerca da sua vida (3).

Efetivamente, cada indivíduo, que vive com dor crónica, necessita de ajustar a sua vida à “nova” condição. Precisa aprender a lidar com a dor e a adequar o seu modo de viver. Frequentemente corresponde a uma situação que se caracteriza pela incerteza, já que, a estrutura da vida diária é interrompida, e a pessoa tem de se reajustar, dando um novo sentido, uma nova ordem produzida pela presença de dor crónica (2; 7). Viver com uma doença crónica, pode implicar uma rutura entre a pessoa do presente, a pessoa do passado, e afetar as imagens de si projetadas para o futuro. Segundo Toombs e colaboradores (12) viver com uma doença crónica significa viver “um certo tipo de vida” - não a vida que se projetou mas a vida que é possível, isto é, viver com as limitações impostas pela situação crónica. O mesmo acontece nas situações de dor crónica.

De facto, os avanços da tecnologia e dos cuidados de saúde, entre outros fatores, aumentaram a esperança de vida e a sobrevivência de pessoas com doenças crónicas, conduzindo um exponencial aumento na incidência e na prevalência de situações desencadeadoras de dor (13; 14).

A dor crónica reflete-se na vida das pessoas e pode desencadear diferentes consequências em distintas pessoas. Efetivamente, os efeitos da dor na vida da pessoa, podem ser entendidos, por muitos, como “um luto antecipado”. Esta perceção é, frequentemente, justificada pela incapacidade de controlar a dor e de gerir a sua influência na vida quotidiana. A dificuldade, ou, por vezes, a impossibilidade de manter as atividades de vida diária é uma constante. Atividades como vestir-se, apertar os botões, dormir um sono repousante, conseguir alimentar-se, tomar banho, tornam-se obstáculos a ultrapassar. As interações com os outros condicionam comportamentos ambivalentes: entre o isolamento e a necessidade dos outros para ajudar nas atividades de vida diária. A pessoa com dor afasta-se do contacto com os outros, porque conviver pode representar um consumo excessivo de energia mas, a ajuda dos outros é essencial para responder a algumas necessidades. Por isso, se compreende que as pessoas com dor

crónica possam níveis altos de ansiedade e medo, depressão, isolamento social. A procura de um significado para a dor pode levar a que a pessoa se interrogue “por quê eu?”, “o que terei feito para merecer tanto sofrimento?”. As respostas a estas questões determinam, muitas vezes, uma reavaliação das suas próprias crenças religiosas e/ou espirituais (15).

A disposição para gerir novas situações e desafios (16) e a aquisição ou desenvolvimento de estratégias para reencontrar o equilíbrio constituem elementos fundamentais para o controlo da dor. Tais elementos são dinâmicos e mutáveis, na procura constante de controlo - vencer, tolerar ou reduzir o stress (o estímulo desencadeador do desequilíbrio), tendo em vista minimizar os efeitos adversos. O esforço que cada indivíduo faz para se adaptar à nova circunstância é designado de *coping* (17).

Viver com dor altera os padrões de vida diária e a perceção do estado de saúde (18; 7). De acordo com a matriz conceptual e o mandato social dos enfermeiros, a Saúde é entendida como um estado subjetivo que se reflete pela representação mental sobre o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual (19). Ou seja, a dor é um fator que provoca uma alteração no estado de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende a ideia de que a qualidade de vida corresponde à perceção do indivíduo sobre a sua vida, o contexto cultural, os sistemas de valores, os objetivos, as expectativas, os padrões e as preocupações (20). A qualidade de vida refere a capacidade do indivíduo para desempenhar o seu papel social e doméstico, para resolver os desafios da vida do dia-a-dia, sem stress ou incapacidade. A qualidade de vida é algo intrínseco, é uma construção subjetiva, só possível de ser avaliada pelo próprio. As implicações da dor crónica na qualidade de vida têm vindo a ser evidenciados por vários autores (21; 18; 22).

Procurar o controlo da dor é o denominador comum entre os profissionais e a pessoa com dor. De facto, a consecução deste objetivo depende de ambos, pois constituem faces da mesma moeda (15). Por um lado, as características de cada pessoa são determinantes para as disposições para cuidar do necessário para gerir as suas necessidades básicas e as atividades de vida (16). Por outro, a existência de intervenções que os profissionais, em particular os enfermeiros, possam oferecer, e ajustar, a cada pessoa com dor pode constituir mais uma oportunidade para promover a saúde e bem-estar (15).

Satisfazer as necessidades humanas básicas, auxiliar na consecução do nível máximo de independência na realização das atividades de vida diária e promover a adaptação funcional aos défices constituem propósitos centrais dos cuidados de enfermagem. No exercício profissional, o enfermeiro entende cada pessoa como um ser social e agente intencional, cujas ações têm por base os seus valores, as suas crenças e os seus desejos (19). Assim, a relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com o cliente dos seus cuidados terá por matriz estruturante o projeto de saúde da pessoa. Efetivamente, cada pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana, no seu projeto de vida. É esperado que os enfermeiros promovam os processos de adaptação da pessoa à condição de saúde, frequentemente através de processos de aprendizagem (19). Por isso, intervir face às necessidades em cuidados de enfermagem em pessoas com dor constitui um imperativo para os enfermeiros. Neste sentido, que dados valorizam os enfermeiros para avaliar o impacto da dor nas atividades de vida? Que intervenções implementam os enfermeiros? Qual a eficácia das intervenções desenvolvidas? Que estratégias são adotadas no acompanhamento da pessoa com dor crónica? Como se encontram organizados os cuidados? Será este um processo de cuidados sistematizado?

O controlo da dor crónica constitui um desafio para a pessoa que vivencia a situação e para os profissionais da saúde, em particular para os enfermeiros.

Atualmente, as decisões políticas têm considerado o controlo da dor como meta a atingir. Há mais de uma década, que o entendimento da dor como 5.º sinal vital, é disso exemplo. A Direção Geral da Saúde (DGS) (23) refere na circular normativa que a *“dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, (...) elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital”*.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCDor) teve como propósito definir um modelo organizativo a ser desenvolvido pelos serviços de saúde e as orientações técnicas que promovessem boas práticas profissionais na abordagem da dor. Foi definido como objetivo do PNLCDor *“o desenvolvimento até 2007, nos serviços oficiais de prestação de cuidados de saúde, da organização de Unidades de Dor que, com respeito pelas presentes orientações, proporcionem ao maior número possível de doentes do território nacional, alívio da dor aguda ou crónica de qualquer causa”* (24 p. 8). Mais ainda, apontava para: o benefício da continuidade de cuidados; para a necessidade de

estruturar as unidades de dor e a sua interligação com os restantes serviços; a interligação com os serviços de saúde existentes na comunidade; e, a necessidade de assegurar um sistema organizado de informação e documentação entre os profissionais dos diversos contextos. Apesar dos esforços enveredados para concretizar aquele plano, em 2004, o Plano Nacional de Saúde (PNS) refere: (1) a existência de uma informação deficiente sobre a dor, sendo subdiagnosticada e subtratada nos serviços de saúde; (2) a inexistência de informação sobre dor a nível comunitário em Portugal; e, ainda, (3) uma deficiente organização dos cuidados.

Em Maio de 2008 foi aprovado o Plano Nacional de Controlo da Dor (PNCdor) que resultou da necessidade de, dando sequência ao PNLCDor, definir novos objetivos e novas estratégias operacionais. Os objetivos *major* são obter o conhecimento epidemiológico da dor e a sua distribuição na população portuguesa, tendo em vista o reforço da capacidade organizativa dos serviços prestadores de cuidados de saúde e a melhoria dos modelos de boas práticas na abordagem da dor (25). O novo PNCdor tem sido desenvolvido através da implementação, a nível nacional, regional e local, de novas estratégias de intervenção, de formação, de colheita e análise de informação, tendo surgido como mais um argumento no sentido de se desenvolverem estudos que contribuam para aqueles desideratos.

Assim, justifica-se o desenvolvimento de estudos que procurem dar a conhecer os fatores onde se possa intervir, quer no âmbito da organização dos serviços quer no âmbito da documentação e continuidade dos cuidados proporcionados às pessoas com dor. Importa, então, conseguir responder a questões sobre: Como vivem as pessoas com dor crónica? Que interferência tem a dor crónica nas atividades de vida? Que estratégias as pessoas adotam quando confrontadas com a dor crónica? O que influencia este processo? Como se organizam os cuidados para fazer face a este problema?

Neste âmbito, a continuidade dos cuidados configura-se como uma variável relevante. De facto, para as pessoas significa receber os cuidados que necessitam, de uma forma coordenada, no local e momento em que necessitam efetivamente deles. A continuidade tem sido entendida como uma forma de assumir os cuidados a serem prestados de forma planeada e articulada entre os profissionais. Tal como é preconizado no novo PNCdor, o controlo da dor não pode ser visto de forma isolada, devendo existir uma interceção e complementaridade com outros programas nacionais, nomeadamente na área do cancro, das doenças reumáticas e dos cuidados paliativos, inseridos no PNS. A sua implementação pressupõe a participação e colaboração das várias entidades ligadas ao

setor da saúde, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados de Saúde Hospitalares, a RNCCI, Instituições do Ensino Superior, Ordens Profissionais e Sociedades Científicas, entre outras entidades (25).

Para a DGS (25), o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, devendo ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, tal como apresentado pela *International Association for the Study of Pain* (IASP). Assim, todo o contributo dado pela investigação acerca deste fenómeno será uma mais-valia.

Esta investigação vai de encontro aos objetivos delineados no PNCDor (25), nomeadamente, porque visa um maior conhecimento das características da pessoa com dor crónica e o seu modo de viver este processo; e, melhorar o conhecimento sobre os processos organizativos em torno do acompanhamento destas pessoas, com vista ao desenvolvimento de modelos de boas práticas na abordagem da dor, em especial na área de enfermagem.

Da Ordem dos Enfermeiros (OE) tem emergido a preocupação na área da dor, traduzida na iniciativa do Conselho de Enfermagem e no investimento por parte dos enfermeiros do Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» que construíram um Guia de Boas Práticas nesta área (26) que congregou as opiniões de peritos, assinalando a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. No entanto, mais do que esta iniciativa, é necessário um conhecimento mais aprofundado da realidade dos cuidados.

Também a importância da sistematização do processo de cuidados, é atestado pelo envolvimento ativo do *International Council of Nurses* (ICN), na consolidação dos catálogos de cuidados em várias áreas de especialidade, onde se engloba também a preocupação da dor como foco de atenção dos enfermeiros. Estes catálogos visam tornar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) uma ferramenta de informação útil para a prática da Enfermagem no momento da prestação de cuidados (27). Na atualidade a área da dor crónica carece de sistematização, nomeadamente quanto aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem associadas às situações de dor crónica.

Por último, importa considerar que a investigação centrada em aspetos centrais da disciplina pode constituir um contributo interessante para o aprofundamento do conhecimento próprio da Enfermagem (10). A dor crónica pela sua frequência e por ser

um foco de atenção dos enfermeiros na sua prática clínica constitui uma situação que requer cuidados de enfermagem e que necessita de mais investigação.

De facto, vários fatores fizeram emergir novos problemas e mais complexos na nossa sociedade, implicando novos desafios aos sistemas de saúde, aos quais estes têm de dar respostas, nomeadamente:

- O aumento da esperança de vida e envelhecimento progressivo da população originou uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas potencialmente geradoras de dor crónica;
- O número crescente de famílias com fragilidades no sistema de suporte;
- A existência de pessoas cada vez mais instruídas que desejam participar ativamente no processo de controlo da dor, enquanto outras apresentam falta de conhecimento das estratégias mais adequadas para o controlo da dor;
- Para fazer face às necessidades do seu dia-a-dia, em matéria do controlo da dor, é importante a aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de habilidades por parte das pessoas com dor crónica e dos prestadores de cuidados, como condição necessária para decidirem e agirem de modo a alcançarem autoeficácia no controlo da dor crónica, com a consequente mestria, bem-estar e qualidade de vida;
- A importância da sistematização do processo de cuidados, para uma identificação do diagnóstico e consequente decisão sobre as intervenções apropriadas, para atingir um controlo da dor eficaz, desafia os enfermeiros a preencherem esta lacuna;
- O inadequado controlo da dor apresenta repercussões negativas na qualidade de vida da pessoa, com enfoque nas dimensões fisiológicas e psicológicas (28; 25);
- A elevada prevalência da dor crónica em Portugal, na sua maioria não controlada, situando-se os scores da sua intensidade ao nível da dor moderada a forte (1; 29; 30), embora exista uma rede de Unidades de Dor Crónica (UDC) que tem sido referenciada como insuficiente não dando cobertura eficaz às necessidades em cuidados desta população com dor crónica.

Em torno destas realidades emergiram diversas questões, com potencial para constituírem pontos de partida para investigação. Será que face às novas realidades emergentes a definição de um modelo de intervenção de enfermagem que integre um modelo de organização de cuidados para acompanhamento da pessoa com dor crónica seria um contributo útil para a sistematização do processo de cuidados? Que característica deve ter este modelo para promover a articulação, continuidade dos

cuidados e integração dos cuidados entre os diferentes contextos dos cuidados de saúde? Que característica deve ter este modelo para ser um contributo para a melhoria do nível de satisfação com o controlo da dor? É com base nestes pretextos e em torno destes contextos que desenvolvemos o estudo: *A pessoa com dor crónica - um modelo de acompanhamento de enfermagem.*

1.1. FINALIDADE

De acordo com a problemática apresentada, o estudo de investigação que realizamos pretende ser um contributo para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A finalidade deste estudo é definir um modelo de intervenção de enfermagem, sustentado no processo de transição, que se integre num modelo de organização de cuidados para acompanhamento da pessoa com dor crónica, num contexto estratégico que contribua para:

- a sistematização do processo de cuidados de Enfermagem;
- a articulação, continuidade dos cuidados e integração dos cuidados entre os diferentes contextos de cuidados de saúde;
- a melhoria do nível de satisfação da pessoa com o controlo da dor;
- a melhoria da qualidade de vida da pessoa com dor crónica.

1.1.1. Perguntas de investigação

Partindo da análise do *modelo exposto* em torno dos cuidados às pessoas com dor crónica, assim como da análise do *modelo em uso* nas instituições de saúde, procuramos responder às seguintes questões, que orientaram o investigador ao longo do estudo, servindo de guia orientador na procura de respostas:

- Como se caracteriza a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica?
 - Qual a natureza da transição da pessoa com dor crónica?
 - Que condições facilitadoras ou inibidoras influenciam a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica?
 - Quais os padrões de resposta da transição vivenciada pela pessoa com dor crónica?
- Qual o *modelo de cuidados em uso* e no acompanhamento à pessoa com dor crónica?

- Qual o modelo de cuidados de enfermagem que melhor resposta poderá dar às necessidades da pessoa com dor crónica, promovendo a articulação e a continuidade dos cuidados?

Adotando um paradigma de investigação construtivista, orientado para o desenho de um modelo de acompanhamento da pessoa com dor crónica, que se pretende útil para os diferentes contextos de ação, foi desenhada uma abordagem metodológica em duas fases distintas.

No sentido de potenciar as diferentes perspetivas de uma mesma realidade, num primeiro momento, fizemos recurso a dois estudos de natureza exploratória, um de natureza qualitativa e um de natureza quantitativa, para aceder à perspetiva das pessoas com dor crónica, relativamente à sua vivência da situação de dor crónica e forma de lidar com a mesma; e um estudo de natureza qualitativa, para aceder à perspetiva dos profissionais de saúde acerca da organização dos cuidados relativamente à dor crónica.

Num segundo momento recorreremos à utilização de um grupo de discussão formado por peritos no acompanhamento das pessoas com dor crónica, no sentido de gerar informação útil para a conceção de um modelo de acompanhamento de enfermagem das pessoas com dor crónica.

Optamos por apresentar em cada capítulo dos resultados, as estratégias e os procedimentos metodológicos adotados em cada momento.

1.2. VISÃO GERAL DA TESE

O relatório da tese que aqui apresentamos está organizado em cinco capítulos, procurando ser fiel ao faseamento do estudo realizado.

Assim, na introdução fazemos uma apresentação geral da problemática que sustenta o nosso estudo, em torno da vivência da dor crónica e a organização dos cuidados de saúde relativamente a esta área de atenção. Apresentamos ainda a justificação do estudo, a finalidade e as questões de investigação, assim como uma visão geral da tese.

No capítulo dois referem-se os conceitos centrais envolvidos e os resultados da revisão da literatura, nomeadamente sobre a caracterização da dor crónica, aspetos epidemiológicos e o impacto da dor crónica na vida das pessoas. Referimo-nos aos

aspectos centrais da organização dos cuidados à pessoa nesta área de cuidados e abordamos a dor enquanto foco da atenção dos enfermeiros.

No capítulo três apresentamos o resultado da primeira abordagem desta investigação, e que se centra, na caracterização dos aspetos sobre a dor crónica vivida pela pessoa. Na primeira fase do estudo, expõe-se o diagnóstico de situação efetuado acerca do processo de viver com dor crónica (apresentando a perspetiva dos clientes) e à caracterização do processo de viver com dor crónica, evidenciando a severidade e interferência da dor na vida diária, as estratégias utilizadas para lidar com a dor, assim como a perceção de autoeficácia face à dor crónica e da sua qualidade de vida. Apresentamos a perspetiva dos profissionais da saúde acerca do *modelo em uso* na organização dos cuidados à pessoa com dor crónica. No final deste capítulo, apresentamos uma síntese da análise e discussão do *modelo de cuidados em uso* no acompanhamento das pessoas com dor crónica, problematizando os aspetos centrais encontrados na organização dos cuidados em uso, identificando oportunidades de mudança, como ponto de partida para o capítulo seguinte.

No capítulo quatro expomos um *modelo de cuidados de enfermagem de acompanhamento à pessoa com dor crónica*, apresentando as estratégias desenvolvidas para a definição do modelo, seguindo-se a exposição dos aspetos estruturantes do modelo concebido nomeadamente as políticas de saúde subjacentes, a organização dos cuidados e o processo de cuidados centrado no cliente/família.

Por fim, apresentam-se as principais conclusões do estudo, as implicações para a prática, as limitações e as sugestões para futuras investigações no âmbito do acompanhamento por parte dos enfermeiros às pessoas que vivenciam processos de dor crónica.

2. DOR CRÓNICA

A dor é uma experiência universal de todo o ser humano, tendo cada um de nós sido confrontado com ela em algum momento da nossa vida. Apesar da inevitabilidade com o seu confronto, nem todas as pessoas suportam a dor e se referem a ela da mesma forma, abrangendo a universalidade da experiência dolorosa, múltiplas facetas da subjetividade humana (31).

De facto, a dor pode surgir de repente, desaparecer rapidamente, durar meses, anos ou tornar-se recorrente. A dor pode transtornar levemente a rotina diária ou inviabilizar completamente o modo de vida de uma pessoa. Pode ser ténue ou forte, tolerável ou intolerável. A dor é, fundamentalmente, um processo complexo e multidimensional, uma experiência que envolve fatores físicos, psicológicos, emocionais e sociais, entre outros (32; 33; 34).

Muitas têm sido as tentativas de definir a dor. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain - IASP*) define-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (35) .

McCaffery e Beebe (36), referiram-se à dor como – “(...) *tudo aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe*”. Esta definição continua a acolher uma grande aceitação por parte dos enfermeiros, e tem-se tornado uma referência nas definições de dor. Nesta definição está subjacente a subjetividade da dor. De facto, cada pessoa é única e experimenta a dor de forma diferente, gerando respostas também diferentes. A experiência da dor, a sua interpretação, a resposta ao nível de sofrimento provocado pela dor é fortemente afetada pelas atitudes da pessoa, pelas crenças e pela sua personalidade. Outros fatores que podem influenciar a dor e a sua expressão são a ansiedade, a depressão, a imprevisibilidade da dor, a solidão, a falta de controlo e o desejo de atenção.

2.1. CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DA DOR

A dor apresenta um conjunto de características definidoras com uma variabilidade individual enorme. De facto, a dor pode apresentar diversas etiologias, mecanismos, manifestações e desencadeia respostas diferentes de pessoa para pessoa (37; 38). As pessoas com dor podem apresentar experiências diferentes e relatos de dor também diversos. A variabilidade pode existir quanto à sensibilidade e tolerância à dor, na suscetibilidade à dor aguda e crónica e nas respostas aos tratamentos efetuados (39; 38).

A dor crónica tem de ser vista numa perspetiva multifatorial. Tal como nos referem Turk e Wilson (40), a teoria atual suporta o papel de fatores biológicos, psicológicos, neurofisiológicos, genéticos e ambientais na etiologia, exacerbação e manutenção da dor crónica. Variáveis culturais, biológicas, psicológicas e sociais moldam também a resposta da pessoa à dor (41; 42). Compreender e interpretar os sintomas (crenças e cognições) modula a experiência da dor, e pode ser associado com reações emocionais como ansiedade, stresse emocional ou depressão. O ambiente social da pessoa com dor (família, amigos, trabalho) pode também reforçar a expressão dos sintomas e suas consequências (41). Face ao exposto, é fácil entender a necessidade de uma avaliação abrangente de forma a ir ao encontro dos aspetos que podem influenciar a vivência da dor crónica.

A caracterização da dor pode ser efetuada quanto a variados aspetos: duração, etiologia da dor, intensidade, impacto da dor nas atividades de vida, tipo de dor, fatores de alívio e agravamento, eficácia do tratamento ou das estratégias utilizadas, etc.

A dor pode ser caracterizada quanto à sua duração: aguda ou crónica. A dor aguda é, segundo a definição da IASP, a dor de início recente e de provável duração limitada havendo, normalmente, uma relação temporal e/ou causal bem definida (43; 32). O tratamento para esta dor pode ser intenso e de curta duração, resultando numa resolução do sintoma relativamente rápida. A dor aguda é normalmente associada com a lesão dos tecidos e a inflamação e, frequentemente desaparece à medida que o processo de cicatrização avança (32).

Já a dor crónica é definida pela IASP como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a três meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem (44).

A categorização da dor não é consensual entre os diferentes autores, podendo a definição de dor crónica variar em termos da sua duração (3-6 meses), da intensidade e localização anatómica (14). Para efeitos deste estudo seguimos as orientações da IASP, considerando dor crónica a que existe há mais de três meses.

A dor crónica pode ser também classificada em vários tipos, por ex.: dor músculo-esquelética, dor neuropática, dor visceral, entre outros, incluindo muitos subtipos. Segundo a DGS (25) na origem da elevada prevalência da dor crónica em Portugal estão as doenças do foro osteoarticular e musculoesquelético, bem como as cefaleias e, em menor escala, a dor de origem neuropática. Esta descrição vai de encontro aos resultados encontrados no estudo de prevalência efetuado em Portugal por Azevedo e colaboradores (1) que refere a osteoartrite/osteoartrose, distúrbios da coluna e a osteoporose como as etiologias mais frequentemente relatadas e que representam mais de dois terços dos indivíduos com dor crónica.

Relativamente à dor oncológica, a DGS refere que esta tem uma importância particular, dado que o cancro representa a segunda causa de morte em Portugal e mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal apresentam dor moderada a intensa (45). Esta dor é, frequentemente causada pela progressão da doença, pela lesão primária ou metastática, pelas intervenções terapêuticas, como a radioterapia, ou por reações psicológicas. No entanto, de acordo com os resultados do estudo de Azevedo e colaboradores (1), a dor oncológica está presente em 3% dos indivíduos, embora os autores admitam a possibilidade de existir uma subestimação, pois muitos pacientes com cancro avançado podem não ter sido incluídos no quadro de amostragem pelas suas condições de saúde.

Relativamente à localização anatómica, a dor é referida mais frequentemente na região lombar e nos membros, em mais de dois terços das pessoas com dor (1).

A literatura tem referido um conjunto de fatores que podem influenciar a transição da dor de aguda para crónica, tais como: fatores psicológicos, fatores psicossociais, físicos, genéticos, medo, evitamento e *catastrofização* face à dor.

Gurcay e colaboradores (46) encontraram relação entre fatores psicológicos (stress, ansiedade e depressão) e o início da dor, bem como com a transição de dor aguda para dor crónica. O mesmo acontece com as situações de diagnóstico de depressão, *stress* pós-traumático e ansiedade generalizada (47).

Outros fatores considerados psicossociais podem influenciar a história natural da dor (48). A co-morbidade psicossocial no início da dor aguda aumenta o risco de cronicidade,

em particular, o sofrimento emocional, que aumenta o risco para a dor crónica e a disfunção (49).

Relativamente aos fatores físicos, é referido que a dor aguda após lesão dos tecidos é uma das razões mais comuns para as pessoas procurarem assistência médica (50). A lesão aguda de um nervo associada com a cirurgia, trauma ou infeção, pode desencadear uma dor crónica e, por isso é frequentemente mencionada como um fator de risco para a cronicidade da dor (51). A dor pré-existente, as cirurgias de repetição, a vulnerabilidade psicológica, a ansiedade ou depressão, são fatores que influenciam o desenvolvimento da dor crónica após a cirurgia. A dor moderada a grave no período pós-operatório é também é um fator de risco para a dor crónica (52).

Outros fatores, tais como os genéticos contribuem para o risco de dor crónica nas costas e síndromes de dor generalizada. A experiência da dor resulta de uma complexa interação entre várias variantes genéticas envolvidas em diferentes passos do processamento neuronal com contribuição adicional de outros fatores: estruturais, ambientais e psicossociais (53)

O medo, o evitamento (54) e as crenças catastróficas estão igualmente, ligadas à cronicidade da dor crónica (40). O medo relacionado com a dor evolui como resultado de crenças catastróficas e interpretações negativas acerca da dor e podem incluir o medo de movimento, atividade ou trabalho (40).

2.2. ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os avanços da tecnologia e dos cuidados de saúde, entre outros fatores, têm aumentado a esperança de vida e a sobrevivência de pessoas com doenças crónicas. Esta circunstância acarreta um exponencial aumento na incidência e na prevalência de situações desencadeadoras de dor (13; 14).

A nível internacional a prevalência da dor crónica na população adulta varia entre 11 a 55% (média de 35,5%), em estudos que utilizaram a definição de dor crónica da Associação Internacional para o Estudo da Dor (55). Em estudos que utilizaram os critérios do Colégio Americano de Reumatologia para determinar a prevalência de dor crónica generalizada, a variação foi menor (média ponderada de 11,8%). Estas variações podem ser explicadas pela falta de consenso sobre definições básicas e algumas

inconsistências na medição entre os estudos publicados (1; 56; 14). Na Europa¹, a prevalência média é de cerca de 20% (56).

Em Portugal, a prevalência da dor foi estudada pelo Observatório Nacional de Saúde em 2002, através de entrevista telefónica às famílias portuguesas. Dos resultados destaca-se que cerca de 74% dos entrevistados tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista telefónica. Este estudo, apesar das suas limitações, revelou ainda, que as lombalgias, as dores osteoarticulares e as cefaleias eram os tipos de dor mais referidos (13).

No estudo de prevalência da dor crónica em Portugal é referido que a dor crónica afeta cerca de 36,7% da população adulta portuguesa, ou seja, aproximadamente três milhões de indivíduos (1; 29)².

Relativamente à duração da dor, este estudo de prevalência revelou que os indivíduos com dor crónica inquiridos apresentavam dor crónica em média com 10 anos de duração, e 25% referiram mais de 20 anos de duração. A dor referida pelas pessoas com dor crónica era contínua em 53% dos casos, recorrente em 32%, e esporádica em 15%, apresentando intensidade leve em 32% dos sujeitos, moderada em 46% e grave em 22% (1).

Face a estes dados é possível entender as consequências da dor crónica no bem-estar, saúde, desempenho profissional e realização de atividades quotidianas das pessoas, e os custos significativos para o sistema de saúde e para a economia (1; 29). A dor crónica tem por isso, sido entendida como um problema de saúde *major*, quer a nível internacional quer nacional (29; 45; 56; 57).

2.3. O IMPACTO DA DOR CRÓNICA

A dor crónica não é um sintoma passivo. De acordo com Wall e Melzack (1982) citado por Almeida e Leite-Almeida (58), a dor crónica, aquela que permanece após realizar a

¹ Dados de estudo europeu recente, que não incluiu Portugal.

² Pain Proposal é um projeto Europeu independente, realizado com o patrocínio dos Laboratórios Pfizer, que tem como objetivo efetuar uma avaliação sobre a gestão da dor crónica por toda a Europa e para ajudar a elaborar recomendações acerca do melhor caminho a seguir.

Para apoiar o projeto "Pain Proposal" foram conduzidos dois estudos, de forma individual, pela InSites Consulting, uma consultora internacional independente, entre Julho e Setembro de 2010. No total, foram concretizados cerca de 3519 questionários online, tendo sido inquiridos 2019 doentes com dor crónica e 1500 profissionais de saúde em cuidados primários, em 15 países da Europa: Áustria, Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Holanda, Noruega, Portugal, Suécia, Suíça, Espanha e Reino Unido.

sua função de proteção do organismo, não deve ser considerada uma simples ferida ou doença. É uma síndrome - um problema que, por si só, necessita de atenção e tratamento específico (59). A existência de uma dor crónica é um processo debilitante e pode causar uma série de efeitos negativos na pessoa, na família e na sociedade, apresentando igualmente um considerável impacto socioeconómico.

A dor que persiste no tempo, tornando-se crónica, origina uma infinidade de consequências sobre o indivíduo e nas suas atividades diárias, o que leva a considerar a dor crónica como uma doença. Este impacto negativo está expresso nas estatísticas que demonstram a magnitude do problema, incluindo os custos económicos para a sociedade e identificando a redução significativa na qualidade de vida dos milhões de portadores de dor crónica e suas famílias (60).

A dor tem importante impacto no desempenho das atividades de vida diária e no desempenho funcional (61). Sem um tratamento adequado, as pessoas que sofrem de dor crónica são muitas vezes incapazes de trabalhar ou até mesmo realizar as tarefas mais simples, levando conseqüentemente a um aumento do absentismo do trabalho, perda de emprego ou ainda reforma antecipada, assim como problemas financeiros.

As pessoas com dor crónica apresentam frequentemente alterações psicossociais, dificuldades físicas, tais como mobilidade reduzida, má nutrição, perda de peso, perda de força, diminuição da atividade, distúrbios do sono, falta de concentração, isolamento social, compromisso nas relações com os outros, problemas conjugais, ansiedade, medo e depressão (60; 61).

Algumas destas alterações apresentadas podem ser causadas pela situação de dor, mas também podem constituir-se como fatores que aumentam a dor. McCarberg e Billington (62) estudaram alguns desses aspetos. As alterações do padrão do sono tais como: dificuldade em iniciar o sono, manter-se a dormir e a privação do sono, podem ser potenciadores do fenómeno dor. Segundo estes autores, o efetivo controlo da dor crónica, requer uma avaliação abrangente e se necessário, um tratamento das comorbilidades associadas a esta condição, no sentido de proporcionar uma melhoria no funcionamento e qualidade de vida.

O estudo de Azevedo e colaboradores (1) veio mostrar as consequências da dor crónica na população portuguesa. Em Portugal, uma percentagem significativa das pessoas referiu que a dor interferia nas suas atividades diárias, tanto na vida familiar, como nas atividades profissionais, destacando-se, interferência moderada a grave nas: atividades laborais 47%; nas atividades domésticas 46%; no sono e descanso 37%; nas atividades de

lazer 36%; nas atividades sociais 30%; no comportamento sexual 30%; nas atividades vitais 24%; nos cuidados pessoais 20% e, 13% das pessoas com dor crónica inquiridas relataram depressão. Os principais fatores associados à disfunção foram o sexo, a intensidade da dor e a depressão ou sintomas depressivos.

Devido à presença persistente da dor, 33% dos indivíduos afirmaram-se incapazes de viver a sua vida em pleno (59), afetando a sua qualidade de vida.

Vários fatores podem condicionar o impacto da dor crónica na qualidade de vida da pessoa. Embora existam cada vez mais fármacos e tecnologias disponíveis para o tratamento da dor crónica, muitas pessoas, incluindo os mais idosos, continuam a experimentar dor crónica. Este tipo de dor tratada de forma inadequada pode afetar seriamente a qualidade de vida.

Conhecer o impacto da dor crónica nos aspetos psicológicos, nas atividades de vida e na qualidade de vida (atitudes e comportamentos) baseadas na sua perceção de saúde foi o objetivo do estudo conduzido por Dias (63) numa população de idosos com dor crónica a frequentar a Consulta da Dor de um hospital do distrito do Porto. De facto, dos resultados, a dor emergiu como sintoma principal da doença, parecendo condicionar as várias dimensões da vida, em especial o desempenho físico, a saúde mental e o funcionamento social das pessoas. Verificou-se pois, um impacto, de carácter negativo, da dor crónica na vida desta população de idosos.

Ainda que as consultas de dor crónica sejam consideradas com um recurso diferenciado para o acompanhamento das pessoas com dor crónica, os estudos têm mostrado *scores* de qualidade de vida inferiores desta população que frequenta estas consultas, em comparação com outros contextos, tal como é apresentado nos estudos de Kerr e colaboradores (18) e Lamé e colaboradores (21).

Fatores como o tipo de dor, a intensidade da dor e a presença de dor em múltiplos locais podem interferir também na qualidade de vida e na reação da pessoa à dor. O estudo de Lamé e colaboradores (21) acrescenta que, aqueles que apresentam dor lombar crónica e dor em múltiplas localizações experimentam um nível de qualidade de vida mais baixa. Ainda a *catastrofização* face à dor mostrou uma forte associação com a qualidade de vida e com a intensidade da dor.

Widar, Ahlstrom e Ek (22) estudaram a Qualidade de Vida (QdV) relacionada com a saúde em pessoas com dor crónica após Acidente Vascular Cerebral (AVC). Nesta população, os resultados revelaram que o funcionamento físico e cognitivo, a segurança económica e as boas relações, o suporte e a capacidade de estar com a família e amigos são fatores

importantes no que concerne à percepção sobre a qualidade de vida. Assim, torna-se necessário uma consciencialização da cronicidade da situação, compreensão da mesma e dos aspetos relacionados com a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica, nomeadamente nesta população, no sentido de apoiar a manutenção e melhoria da qualidade de vida das pessoas com dor crónica. No caso das pessoas com dor crónica após AVC, tal como nos refere Widar, Ahlstrom e Ek (22), este aspeto é, também importante, após a fase aguda e de reabilitação, devendo englobar questões relacionadas com a QdV dos familiares, especialmente quando se trata de pessoas idosas, dependentes e com dor crónica.

De facto, o impacto da dor crónica pode ir além do indivíduo e ter repercussões no seu meio envolvente, nomeadamente nas pessoas mais próximas e significativas. O impacto da dor no contexto familiar pode ser diverso e o cuidar da pessoa com dor encarado como uma experiência complexa (64). Abordada como experiência, ora gratificante (novos valores, fortalecimento de relações) ora desgastante (perdas - alteração de papéis, e a nível laboral, solidão), a autora encontrou cuidadores distintos - uns que se referem às alterações do quotidiano, e outros às alterações do próprio “eu”. Entre outros aspetos, quanto mais tempo de cuidador, mais dificuldades eram apresentadas e a percepção da dor mais negativa. Neste estudo, a existência de diferenças entre os sexos é relevante: o homem sofre “sobrecarga emocional”, (apresentando necessidades psico-emocionais realçadas), tem mais dificuldades face à doença/dor, tem sentimentos mais positivos e recorre aos recursos externos. As mulheres verbalizam sentimentos mais negativos, utilizam mais os recursos internos e têm mais dificuldade em lidar com o doente com dor oncológica. Estes resultados fazem refletir sobre a importância de avaliar os cuidadores de pessoas com dor crónica identificando as necessidades em cuidados para um desenvolvimento de ações capazes de contribuir para a melhoria das práticas e de controlo da dor (64).

Em síntese, a avaliação de outros constructos como atividades de vida diária, humor e qualidade de vida, informam sobre o impacto da dor na vida do indivíduo (61), no entanto, outros aspetos a realçar são os relacionados com o ambiente familiar, trabalho, lazer e sociedade.

Tal como nos refere Ospina e Harstall (14) a dor crónica intensa e limitante pode estar presente em cerca de 11% dos adultos, aumentando com a idade. Nos diferentes estudos já expostos, a dor é apresentada como causa de disfunção e de uma ampla utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com dor crónica (65; 56) assim como internamentos

mais prolongados (66; 8)³. Apesar da sua prevalência, diversos estudos têm demonstrado um controlo da dor crónica insuficiente (32; 56). Este controlo inadequado da dor apresenta um impacto socioeconómico enorme, acarretando custos relacionados com a ausência ao trabalho e com a incapacidade que esta provoca (67; 68).

2.4. A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA COM DOR CRÓNICA

O aumento significativo do número de pessoas com dor crónica tem desencadeado diversas respostas por parte das instituições de saúde, quer a nível internacional quer nacional, nomeadamente no que se refere à organização dos serviços de saúde para um efetivo acompanhamento destas pessoas.

A nível internacional têm sido apresentados relatórios sobre a organização dos serviços de saúde face ao controlo da dor crónica que têm evidenciado como se processa o acompanhamento destas pessoas, como os serviços de saúde estão organizados, como são prestados e avaliados os cuidados e quais os resultados obtidos (69; 8). Os autores têm procurado evidências sobre os aspetos organizacionais do controlo da dor crónica, o impacto da dor no estado de saúde da pessoa e sobre a satisfação com os serviços, ou fatores relacionados com os cuidados. Dos resultados emergiu um conjunto de aspetos que são considerados úteis na reorganização das estruturas e dos processos de acompanhamento das pessoas com dor crónica.

A formação dos profissionais de saúde é um dos aspetos centrais para um atendimento de qualidade. De facto, o conhecimento é a base para a decisão mais precisa sobre o diagnóstico e tratamento da dor crónica. No entanto, apesar de a dor ser um dos fenómenos que mais determina a utilização dos serviços de saúde, é escasso o tempo disponibilizado pelos profissionais de saúde em programas de formação e treino na área da dor (66; 8).

A existência de *guidelines* sobre a dor crónica, tendo como alvo os profissionais da saúde (ex. médicos, enfermeiros), os tipos de serviços (ex. unidades de internamento, clínicas de dor), os tipos de dor (ex. dor lombar), e determinadas intervenções, é algo relevante e cada vez mais uma realidade. No entanto, desconhece-se se estes *guidelines* são, ou

³ Os investigadores da Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS, Québec Health Services and Technology Assessment Agency) trabalharam em paralelo com o comité consultivo, constituído por representantes do governo, universidades, clínicas de dor, e a Société Québécoise de la douleur (Québec Pain Society), que prepararam um documento acerca da necessidade de mudança na organização dos serviços de saúde para os doentes com dor crónica.

não, implementados e se o seu uso faz alguma diferença nos resultados, facto que raramente aparece estudado de forma sistemática (66; 8).

Os sistemas de saúde estão geralmente estruturados de acordo com uma hierarquia de níveis de prestação de cuidados, ordenados por um aumento de especialização de recursos humanos, de instalações e de equipamentos (66; 8). Da equipa multidisciplinar fazem parte um conjunto de profissionais que tratam das pessoas com dor crónica, médicos: anestesistas, reumatologistas, ortopedistas, fisiatras, neurocirurgiões e neurologistas, entre outros; enfermeiros e outros profissionais. No entanto, uma hierarquia dos serviços não implica, que o percurso seja unidirecional; de facto, as pessoas com dor crónica podem precisar de se mover de um nível dos serviços para um outro nível e voltar de novo, ao longo do tempo. Um modelo hierárquico dos serviços está conceptualmente ligado ao processo de hierarquia de cuidados⁴ no qual as pessoas com dor recebem progressivamente cuidados mais complexos, especializados e, frequentemente, intervenções mais dispendiosas, de acordo com as necessidades. Por isso, existe necessidade do uso de *guidelines* baseados na evidência para avaliação e tratamento em cada patamar dos cuidados, e uma coordenação entre diferentes níveis dos serviços.

Outro aspeto importante para o controlo da dor é a existência de cuidados interdisciplinares e a gestão de casos (8). De facto, os objetivos major do gestor de caso são a melhoria do *status* de saúde e o bem-estar das pessoas utilizando ferramentas, recursos e a evidência disponível, influenciando as políticas de saúde e minimizando os custos em saúde (70). Este profissional intercede de acordo com o interesse da pessoa junto da equipa multiprofissional mantendo a coesão e congruência entre diferentes pareceres e recomendações, ajuda a pessoa a compreender o seu estado de saúde atual, incluindo o que pode fazer para controlar a sua condição e a importância das medidas terapêuticas aconselhadas no seu contexto, capacitando-a para a obtenção dos objetivos de forma mais eficaz e eficiente (71).

O futuro do controlo da dor crónica passa por uma avaliação e tratamento abrangente, através de uma abordagem integrada do trabalho de equipa. Uma abordagem que ofereça cuidados de várias disciplinas é considerada uma referência para as pessoas com dor crónica (8; 66). A necessidade de, frequentemente, requerer serviços interdisciplinares enfatiza a necessidade de uma contínua comunicação e coordenação

⁴ *Stepped care* - foi traduzido como “hierarquia de cuidados”- cuidados progressivos

entre os diferentes níveis de cuidados. Estes cuidados interdisciplinares defendidos pela AETMIS, distinguem-se do tratamento multidisciplinar, não somente porque os profissionais da saúde têm diferentes conhecimentos mas pelo trabalho em colaboração, encontrando-se para discutir os casos, utilizando um dossier único e sobretudo, adotando uma abordagem uniforme junto do cliente.

A avaliação dos resultados e a qualidade dos cuidados é outro aspeto importante. Turk (72) propôs domínios que deveriam ser considerados como pontos-chave para determinar a eficácia do tratamento da dor. A avaliação da dor (ex. intensidade de dor, alívio da dor), o funcionamento emocional (ex. depressão, ansiedade), a dor relacionada com o funcionamento físico, o retorno ao trabalho, a qualidade de vida e a satisfação do paciente com o controlo da dor, deveriam ser aspetos considerados e avaliados de forma sistemática. Atualmente, o controlo adequado da dor tem sido um objetivo prioritário para uma gestão da qualidade dos sistemas de saúde, devido à alta incidência e prevalência deste problema de saúde e as suas repercussões na utilização dos recursos e na qualidade de vida das pessoas. Assim, têm surgido por parte das organizações nesta área um interesse crescente na monitorização dos resultados obtidos (73).

A dor crónica é considerada por alguns autores como uma doença (60; 74). Assim, tal como nas situações de doença crónica, as pessoas que vivem com dor crónica necessitam constituir-se como elementos-chave nos sistemas de saúde, assumindo a responsabilidade para aspetos relacionados com o tratamento que estão sob o seu controlo, a adesão à medicação e alterações nos estilos de vida. Necessitam, por isso, de aprender estratégias para lidar com as mudanças impostas pelo problema de saúde, muitas vezes incurável. Neste sentido, as várias campanhas de informação públicas desenvolvidas internacionalmente (nomeadamente em França, Austrália e Reino Unido) têm sido direcionadas para vários tipos de dor crónica, populações e serviços de dor crónica. Um dos grandes objetivos das estratégias para controlo da dor é incluir clientes e respetivas famílias como participantes ativos no seu processo de aprendizagem sobre como lidar com a dor.

Em Portugal, nos últimos anos têm sido vários os documentos emanados por entidades na área da saúde, que têm dado a conhecer elementos centrais para a organização dos cuidados em torno da dor crónica. Destes, destacamos aqueles que consideramos os mais importantes nesta área:

- o Plano Nacional de Luta contra a Dor (24) e, mais recentemente o Programa Nacional de Controlo da Dor - 2008, DGS - Circular N.º:11/DSCS/DPCD, DATA:18/06/08 (25);

- o Relatório do Diretor Geral e Alto-Comissário da Saúde (75), Ganhos em Saúde em Portugal: ponto da situação;
- a Circular Normativa nº 09/DGCG. 2003-06-14 - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor (76);
- o Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas 2004-2010 (77);
- o Decreto - Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho sobre a RNCCI;
- o Guia Orientador de boa prática, sobre a dor (26);
- o Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas⁵ (78);
- as Circulares Normativas: nº 14/2010, de 2010-12-14 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças (79); e a nº 15/2010, de 2010-12-14 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa (43);
- o Relatório do Centro Nacional de Observação em Dor - Inquérito sobre as condições hospitalares existentes para o tratamento da dor crónica, dor aguda pós-operatória e dor do parto. Relatório Final - 2010 (80);
- e o relatório *Pain Proposal* - A Dor Crónica em Portugal (29).

O reconhecimento da importância do controlo da dor e a necessidade de uma atuação planeada e organizada levou a DGS a criar, em 1999, um Grupo de Trabalho para a Dor, com a estreita colaboração da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)⁶, que viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCDor), aprovado por despacho ministerial de 26 de Março de 2001 (24). A implementação deste PNLCDor, inovador a nível nacional e internacional, promoveu uma atuação planeada e organizada, expôs o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e um conjunto de orientações técnicas para a promoção de boas práticas profissionais na abordagem da dor (24). O principal objetivo deste documento foi a criação de Unidades de Dor (aguda e crónica), incluindo diretrizes sobre a organização dessas unidades e sobre o tratamento do doente com dor crónica, dor aguda pós-operatória e dor associada ao parto.

De facto, a dor constitui um dos principais motivos de procura dos Cuidados de Saúde Primários (25). A complexidade do diagnóstico, a necessidade de realização de exames complementares ou de técnicas terapêuticas diferenciadas e/ou a dificuldade de controlo da dor, são fatores que podem conduzir à necessidade de referência para uma estrutura de saúde mais diferenciada, constituída por profissionais de saúde

⁵ O Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas tem uma periodicidade trienal e tem como grande objetivo tornar mais visível o panorama assistencial da dor crónica no nosso país e de facilitar o contacto entre elas.

⁶ A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), tem como objetivos promover o estudo, o ensino e a divulgação dos mecanismos fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela International Association for the Study of Pain, (IASP), e pela Organização Mundial de Saúde.

especializados na área da dor, como são as UDC (25). Foi neste contexto que surgiram as unidades de dor nos cuidados de saúde hospitalares. Estas possuem graus de diferenciação e especialização distintos, conforme a equipa que a constitui e a estrutura hospitalar em que estão inseridas. Tal como nos é referido pela DGS, as Unidades de Dor mais diferenciadas devem constituir o topo de um sistema de referência, baseado na complexidade crescente da situação clínica e/ou estratégia terapêutica (25).

Outro desenvolvimento importante no âmbito da dor foi a implementação da circular normativa - *Registo sistemático da dor como 5º sinal vital* (76), que surgiu no sentido de alertar os profissionais de saúde para a importância da avaliação e do seu registo. A partir da data de implementação desta circular normativa, é considerada norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: (1) o registo sistemático da intensidade da dor; (2) a utilização para mensuração da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: a “*Escala Visual Analógica*” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), a “*Escala Numérica*”, a “*Escala Qualitativa*” ou a “*Escala de Faces*”; e, (3) a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor. Esta é uma medida que está a ser aplicada na maioria dos hospitais portugueses (29; 23).

Pese embora, o acompanhamento das pessoas com dor crónica não possa ser somente atribuído às UDC, em 2004 era relatado a nível nacional ainda uma deficiente organização dos cuidados relativamente à dor. O PNS (2004-2010) refere-se à existência de unidades de tratamento de dor de diferentes níveis, com uma distribuição geográfica irregular, deixando a descoberto o interior do país, e que as existentes resultavam, mais frequentemente, devido ao empenho de alguns profissionais mais vocacionados e treinados para o tratamento da dor do que de um esforço institucional para a sua criação (77).

Tal como é referenciado num inquérito realizado pela Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, “em 2003, existiam 53 hospitais do Serviço Nacional de Saúde que possuíam estruturas dedicadas especificamente à dor crónica” (25 p. 8). Apesar de representar um aumento de 40% relativamente a 1999, antes da implementação do PNLCDor, a maioria das estruturas ainda não possuía o grau de diferenciação e de especialização recomendados.

Já em 2008, o PNCdor (25) referia as normas de organização e classificação das Unidades de Dor Crónica (UDC). Desta classificação constam a Consulta de Dor Crónica (CDC)⁷, a Unidade Terapêutica de Dor (UTD)⁸, a Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD)⁹ e Centro Multidisciplinar de Dor (CMD)¹⁰.

Estas Unidades existem distribuídas por todo o país, sendo visível a sua distribuição no mapa das Unidades de dor de Portugal, exposto no Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas¹¹ (Figura 1) (78).

⁷ **Consulta de Dor Crónica (CDC):** “*toda a forma organizada de diagnóstico e tratamento de dor crónica que não possua as características próprias de uma UDC. Poderá funcionar com um número reduzido de médicos, não ter outros profissionais de saúde adstritos à CDC, nem possuir instalações próprias. Deve realizar atividade regular (no mínimo semanal) e proceder ao registo dos doentes. Deve estabelecer protocolo de colaboração com uma UDC para referência dos doentes*” (25 p. 14).

⁸ **As Unidades Terapêuticas de Dor (UTD):** “*Unidades destinadas ao diagnóstico e tratamento de dor crónica e a executar alguns tratamentos e referenciar os doentes para especialidades complementares quando necessário, preferencialmente ao abrigo de protocolos estabelecidos com outros serviços hospitalares*” (25 p. 14).

⁹ **As Unidades Multidisciplinar de Dor (UMD):** “*Unidades destinadas ao diagnóstico e tratamento de dor crónica, dotada de uma equipa multidisciplinar*” (25 p. 14).

¹⁰ **O Centro Multidisciplinar de Dor (CMD):** “*possui as mesmas características das UMD mas deverá ter pelo menos dois médicos com competência em Medicina da Dor e deverá estar integrada num Hospital Universitário ou num Hospital com Ensino Universitário. Deve realizar investigação clínica e/ou básica através de projetos de investigação dotados de financiamento próprio e publicar regularmente os resultados dessa investigação. Deverá ainda promover regularmente a formação pós-graduada de profissionais de saúde e participar no ensino pré-graduado, sempre que para tal seja solicitada*” (25 p. 14).

¹¹ **O Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas** tem surgido com uma periodicidade trienal, com o objetivo de tornar mais visível o panorama assistencial na área da dor crónica em Portugal e de facilitar o contacto entre elas.

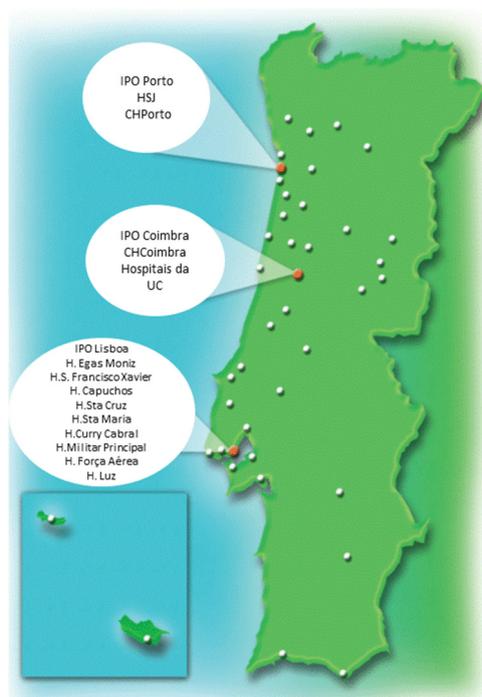


Figura 1. Mapa das Unidades de dor em Portugal

O PNCDor lançado em 2008 (25), veio substituir o anterior PNLCDor (24), cujos objetivos visam reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa, melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor, racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor. Para o efeito, o novo PNCDor estabelece diversas estratégias de intervenção, formação, colheita e análise de informação. Entre estas últimas, inclui-se a realização de inquéritos para a avaliação das estruturas hospitalares existentes para o tratamento da dor. Estes inquéritos vieram a realizar-se pelo Centro Nacional de Observação em Dor (OBSERVDOR), a pedido da Comissão Nacional de Controlo da Dor (CNCDor) e ao abrigo de um protocolo com a DGS e a Autoridade Central do Sistema de Saúde (ACSS) às instituições hospitalares, públicas e privadas, entre julho de 2009 e maio de 2010. Este inquérito deu a conhecer o tipo de serviços disponíveis, os recursos humanos e os materiais e das condições gerais de atendimento no âmbito do tratamento da dor crónica, da dor aguda pós-operatória e da analgesia de parto (80)¹². Do relatório sobressaíram alguns elementos importantes relacionados com o funcionamento dos serviços de saúde na área da dor, tais como: o acesso dos utentes

¹² Os questionários sobre Tratamento da Dor Crónica foram enviados a 175 hospitais e centros hospitalares, dos quais 105 pertencem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e 70 ao sector privado. Obtiveram-se 120 respostas (taxa global de resposta - 69%), das quais 92 de unidades hospitalares do SNS (taxa de resposta do SNS - 88%) e 28 do sector privado (taxa de resposta do sector privado - 40%). Saliente-se que 28 das unidades hospitalares que responderam ao inquérito (20 do SNS e 8 do sector privado) entenderam que o questionário não se lhes aplicava.

aos cuidados, a referenciação dos doentes, o acesso à medicação, a atividade organizada na área da dor, entre outros.

Os portugueses com dor crónica consideram difícil o acesso aos serviços de saúde e o processo de diagnóstico e de referenciação é demorado. Consideram ainda que a sua dor não está a ser bem tratada/controlada, apontando falta de eficácia dos medicamentos que lhes são prescritos e a falta de atenção, importância e até preparação dos médicos em relação à sua dor (29).

Dada a prevalência da dor crónica, o tratamento é efetuado predominantemente ao nível dos cuidados de saúde primários. Frequentemente as pessoas com dor recorrem em primeiro lugar ao médico de família ou ao médico de clínica geral que decide da necessidade de referenciar para os cuidados secundários (29). A falta de sensibilização, as competências específicas e/ou formação do médico do primeiro contacto, bem como os aspetos da organização e de coordenação dos serviços emergem como algumas das causas para um processo de diagnóstico e de referenciação lento. As pessoas com dor crónica podem ser encaminhadas sucessivamente para diferentes especialistas até obterem o diagnóstico e tratamento adequados, com repercussões na saúde e qualidade de vida, assim como na saturação dos recursos existentes (29). Da população com dor crónica, *"apenas 22% são seguidos por um especialista e 1% em Unidades de Dor Crónica" (UDC) (29 p. 7).*

Ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS), existem protocolos de referenciação dos doentes para as CDC/UDC (do SNS) em 63,5% das CDC/UDC com outras instituições de saúde (ex.: cuidados primários); 28,8% dispõem de normas de referenciação para outras CDC/UDC mais diferenciadas; e em 65,4% dispõem de normas de articulação com outras especialidades clínicas (80). De facto, embora existam estes protocolos de referenciação nem sempre o percurso do cliente de cuidados se faz de forma célere, tal como a sua situação de dor exige.

Embora haja muitos medicamentos na área da dor e a participação dos opióides fortes tenha sido aumentada (30) têm sido identificados alguns problemas no acesso à medicação prescrita para o tratamento da dor. A utilização dos opióides fortes é disso um exemplo. Subsistem *"barreiras à prescrição que se prendem com o tipo de receituário e com as medidas de suposta segurança que rodeiam a sua prescrição, que se tornam estigmatizantes e dificultam a adesão terapêutica"* por parte da pessoa com dor (29 p. 7). De facto, esta realidade constitui uma das barreiras para o controlo da dor. Nesta área, são frequentemente mencionadas como barreiras:

- as relacionadas com os profissionais da saúde (conhecimento insuficiente sobre o diagnóstico e tratamento da dor, frequentemente associado a insuficiente abordagem da área da dor nos cursos de base; medo relacionado com as possibilidades de overdose e adição);
- as relacionadas com as organizações de saúde (tempo insuficiente para uma abordagem adequada junto das pessoas com dor em termos de avaliação, diagnóstico, tratamento e vigilância dos efeitos secundários); e,
- as relacionadas com a pessoa com dor/família (alguns relutantes em exprimir a sua dor em virtude das crenças culturais e sociais; a recusa à medicação oferecida pelos profissionais; mitos acerca de vários tipos de medicamentos receando os efeitos secundários ou a adição à medicação; e o facto de que diferentes pessoas reagirem de forma diferente aos tratamentos disponíveis para a dor) (32).

A atividade organizada no tratamento da dor crónica é uma realidade em 72% das Unidades ou Centros Hospitalares do SNS que participaram no inquérito do OBSERVDOR, sendo que, em 36,5% existem UMD, em 26,9% existem UTD e em 36,5% existem CDC (80). A atividade organizada para o tratamento da dor crónica varia consoante os diferentes tipos de hospitais do SNS (se são hospitais universitários, polivalentes, médico-cirúrgicos, locais ou especializados), variando quanto à quantidade e quanto à qualidade das unidades de dor existentes, assim como o modo de funcionamento das mesmas (frequência das consultas), o nº de horas de funcionamento semanal, a existência de consultas de grupo nesta área e os recursos humanos. Ao nível destas unidades de cuidados, o tratamento da dor crónica é efetuado em equipa multidisciplinar.

Os recursos humanos existentes nas Consulta/Unidade/Centro de dor são variáveis, coordenados por um médico, cuja especialidade é, na sua maioria (96,2%) Anestesiologia. Estes médicos possuem, na sua maioria, Competência em Medicina da Dor¹³. Não obstante existirem enfermeiros em todas as CDC/UDC (exceção de um caso, segundo o relatório OBSERVDOR), não há registo do tipo de formação destes profissionais nestes contextos, nem das competências necessárias para a sua alocação a este tipo de CDC/UDC. De facto, nestas unidades, onde frequentemente os profissionais lidam com situações de difícil controlo, com tratamentos específicos, e em que a relação

¹³ A Ordem dos Médicos criou em 2006 a *Competência em Medicina da Dor*, como forma de reconhecer a diferenciação dos médicos que possuem formação específica nesta área do conhecimento médico. O currículo formativo inclui um componente teórico e um componente prático, bem como a necessidade de participar em trabalhos de investigação básica ou clínica na área da dor (29).

estabelecida com o cliente de cuidados requer competências diversas e específicas, a formação destes enfermeiros é uma necessidade sentida pelos próprios.

Os médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos são os profissionais que mais frequentemente integram as equipas das Consultas/Unidades dedicadas ao tratamento da dor crónica. A sua grande maioria (80,4%) trabalha em regime de acumulação com outros serviços. O número de profissionais envolvidos nas CDC/UDC do SNS ascende aos 468 profissionais (80).

Da constituição das Consultas/Unidades de Dor Crónica no SNS, são realçados alguns aspetos: constituição das equipas (todas apresentam na constituição da equipa - médicos, entre 1 a 8); a existência de enfermeiros nas consultas (uma consulta em que não existe nenhum enfermeiro, mas existem outras em que existe entre 1 a 5 enfermeiros); a existência de psicólogos nestas unidades (existem 3 consultas em que não existem psicólogos, no entanto existe na maior parte delas entre 1 a 2 psicólogos); a acumulação de funções nas CDC/UDC com outros serviços da instituição (existe um grande nº de profissionais que trabalham em acumulação) (80 p. 14).

Os recursos humanos existentes são referidos frequentemente como insuficientes face às necessidades dos clientes. As dificuldades prendem-se frequentemente com: o número de elementos na unidade, o que dificulta o seguimento da pessoa de forma adequada (exemplo: uma avaliação mais aprofundada na severidade e interferência da dor na vida da pessoa e o registo desta avaliação); com a descontinuidade no serviço (frequentemente estes elementos dão apoio a outras consultas); limitando a disponibilização de algumas outras técnicas ou terapias não farmacológicas que poderiam complementar o tratamento adequado para cada situação.

As instalações onde as CDC/UDC desenvolvem as atividades são, muitas vezes em espaços próprios da CDC/UDC, outras vezes, em espaços partilhados com outros serviços ou consultas. Todas as CDC/UDC apresentam pelo menos uma sala de consulta (podendo variar entre 1-3 salas); no entanto, nem sempre existem outras instalações, como por ex.: salas de hospital de dia, salas de tratamentos, gabinete do coordenador, gabinetes para colaboradores, espaço de secretariado, sala de espera, outros espaços (80 p. 15). As CDC/UDC têm, na sua maioria, a possibilidade de encaminhar para serviços de internamento, sempre que necessário, as pessoas que necessitem desta opção.

Dos recursos apresentados, a disponibilização de uma linha telefónica aberta para utilizadores é uma possibilidade na maioria das CDC/UDC do SNS (80,8%). De facto, esta

consulta telefónica serve, frequentemente, para a identificação das preocupações da pessoa e fornecimento de apoio, informações e orientação em resposta a essas preocupações por telefone. A disponibilidade em número de horas por dia é variável consoante a consulta, entre 6h/dia até 24h/dia; no entanto, a maior parte está disponível entre 6 a 11 horas (55,8%). O atendimento telefónico nestas unidades funciona entre 1 a 7 dias da semana, estando 65,4% das CDC/UDC disponíveis 5 dias por semana. No atendimento telefónico e resolução de problemas através da linha telefónica são os enfermeiros, que apresentam um período de atendimento maior, seguidos pelos médicos e os psicólogos que atendem às vezes (80). Esta consulta por telefone permite intervir à distância, em áreas tão diversificadas como monitorização do doente em casa, vigilância de efeitos adversos dos medicamentos, ajustes terapêuticos, informação dos profissionais e da pessoa/família.

A ligação entre estas unidades mais especializadas no seguimento das pessoas com dor crónica e o contexto domiciliário é uma possibilidade em algumas regiões. Os dados evidenciam que relativamente ao acompanhamento domiciliário por equipas das CDC/UDC, 15,4% possuem um programa de apoio domiciliário. Destas, 62,5% apresentam visitas de equipa multidisciplinar (constituídas por médico, enfermeiro e num caso também por psicólogo), e 37,5% apresentam este apoio em articulação com equipa independente de Cuidados Domiciliários. Algumas CDC/UDC desempenham atividades em regime de Hospital de Dia, como é o caso de 61,5% das pertencentes ao SNS. De facto, a necessidade emergente de um cuidado mais próximo do contexto domiciliário constitui-se como um desafio para as equipas de cuidados na comunidade, em interligação com estas unidades.

Para uma continuidade dos cuidados é fundamental o registo clínico dos dados importantes relativos à condição de saúde das pessoas com dor crónica. É referido que nestas unidades são efetuados registos clínicos (registos adaptados às especificidades do tratamento e seguimento de doentes com dor crónica) em 92,3% dos casos e existem protocolos clínicos de atuação terapêutica em 55,8% das CDC/UDC do SNS.

As CDC/UDC apresentam frequentemente uma vertente multidisciplinar. Assim, das modalidades terapêuticas disponíveis, registam-se os tratamentos invasivos e não invasivos. Estas unidades especializadas possuem um leque de modalidades invasivas das quais se destacam a Medicação endovenosa/subcutânea/Epidural e os Bloqueios analgésicos periféricos. Com menos frequência aparece a Toxina Botulínica, a Ozonoterapia, a Radiofrequência, a Neuroestimulação e as Bombas programáveis. Das

modalidades não invasivas constam a utilização da Neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS), a Fisioterapia, o Apoio psicoterapêutico, e a Terapia de grupo (80).

Pese embora, o início do funcionamento das CDC/UDC tenha sido efetuado com o atendimento na sua grande parte a doentes oncológicos, hoje a realidade é diferente. Durante o ano de 2008, 40,4% das CDC/UDC pertencentes ao SNS apresentava uma percentagem entre 25-49% dos seus doentes com patologia oncológica; 17,3% das consultas entre 75-100% de doentes oncológicos; 13,5% das consultas entre 50-74% de doentes oncológicos; e 13,5% das consultas entre 0-24% de doentes oncológicos, sendo os restantes doentes não oncológicos.

O atendimento efetuado nas CDC/UDC não se refere somente a Consultas com a presença do doente, mas também a Consultas telefónicas, ou ainda a outras consultas realizadas sem presença do doente, a Consultas de grupo, ao Atendimento em regime de hospital de dia e ainda Visitas domiciliárias (80).

Um dos aspetos que pode ter impacto na prestação de cuidados de saúde é a formação obtida por parte dos profissionais. Segundo o relatório *Pain Proposal “a formação dos médicos e dos outros profissionais de saúde na área da dor crónica é muito limitada ao nível pré-graduado e essa lacuna só é colmatada posteriormente se o profissional estiver especialmente motivado para procurar formação complementar na área”* (29 p. 7). De facto, dada a multiplicidade de fatores que podem interferir na evolução da dor, assim como as diferentes respostas humanas à dor, a formação é essencial. No relatório OBSERVDOR (80) é relatada a existência de programas de formação multidisciplinar sobre dor crónica para os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados nas CDC/UDC em 46,2% das Consultas/Unidades, com uma frequência mensal (16,7%), com uma frequência trimestral (4,2%); semestral (20,8%).

Além da atividade assistencial, 71,2% das CDC/UDC desenvolvem atividades formativas: em 94,6% pós-graduada (para alunos dos cursos de medicina, enfermagem, psicologia e outros); e em 56,8% pré-graduada (80). Dada a natureza específica das atividades nestas CDC/UDC, em 25% das CDC/UDC existem protocolos com Universidades no âmbito da formação/ensino (23,1% no âmbito da formação pré-graduada, 21,2% na formação pós-graduada, 25,0% nas atividades de investigação, 7,7% nas atividades de promoção da qualidade e 5,8% têm outros protocolos).

Das CDC/UDC, 51,9% desenvolvem ou participam em atividades de investigação, 85,2% em investigação *Clínica*, 3,7% *Básica/Laboratorial* e 11,1% em *outro tipo de investigação*.

A avaliação da qualidade das CDC/UDC, é importante, no entanto, somente 15,4% das CDC/UDC apresentavam programas de avaliação da qualidade, de forma semestral (37,5%), e as restantes (62,5%) apresentavam outra periodicidade. Na sua maioria realizavam auditorias internas (62,5%) e, nas restantes CDC/UDC, auditorias externas (37,5%).

Os documentos produzidos nesta área e consultados referem-se essencialmente aos serviços dos cuidados de saúde diferenciados. Todavia, se 22% dos doentes com dor crónica são seguidos por um especialista e 1% são seguidos em CDC/UDC (30), a maioria das pessoas com dor crónica é seguida pelo seu médico de família (29). Este facto levou-nos a refletir sobre qual o acompanhamento das pessoas com dor crónica no contexto da comunidade, ao nível dos centros de saúde e no domicílio.

Das reformas efetuadas ao nível do sistema de saúde português, destacamos o desenvolvimento mais recente da RNCCI e a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que poderá traduzir, de alguma forma, um acompanhamento com maior proximidade junto das pessoas com necessidades em cuidados, nomeadamente nas situações de dor crónica.

A RNCCI é constituída por diferentes tipologias de cuidados em conformidade com as diferentes necessidades das populações e das localidades. Nesta Rede destacam-se as Unidades de internamento de Convalescença (internamento de curta duração); as Unidades de internamento de Média-duração e reabilitação (internamento ativo ou de reabilitação para a vida ativa); Unidades de internamento de Longa-duração e permanente (internamento com atividades de vida diária); e as Unidades de internamento de Cuidados Paliativos (para apoio durante o estado terminal da vida humana). A RNCCI prevê ainda o apoio domiciliário a pessoas em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde e apoio social, pelas equipas dos Centros de Saúde (CS) em articulação com as instituições da Rede Solidária (81).

No domínio da RNCCI, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, e é assegurada por equipas domiciliárias, designadamente as equipas de saúde familiar das Unidades de Saúde familiar (USF), de cuidados continuados integrados (ECCI) e as equipas de cuidados na comunidade de suporte em cuidados paliativos (ECSCP). Assim, cada CS deverá incorporar na sua nova estrutura organizacional uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), onde se integrarão as ECCI e ECSCP, cujo âmbito de ação será a intervenção a grupos e comunidade de forma integrada e articulada (82; 81).

Relativamente ao controlo da dor nestes contextos, este é encarado como uma prioridade ao nível dos cuidados continuados integrados, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados prestados nas unidades de internamento e ECCI que integram a RNCCI (83). No entanto, nesta área, faltam-nos dados específicos sobre o acompanhamento das pessoas com dor crónica neste contexto de cuidados.

Na reforma dos Cuidados de Saúde Primários é de salientar o redesenho organizacional de toda a administração regional e local e a criação das unidades de saúde familiares (USF)¹⁴ como principal interface entre o cidadão e o seu sistema de saúde.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) constituídos por várias unidades funcionais agrupam um ou mais CS, e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais: Unidade de saúde pública; Unidade de recursos assistenciais partilhados; Unidade de saúde familiar; Unidade de cuidados de saúde personalizados; e a Unidade de cuidados na comunidade (Figura 2).

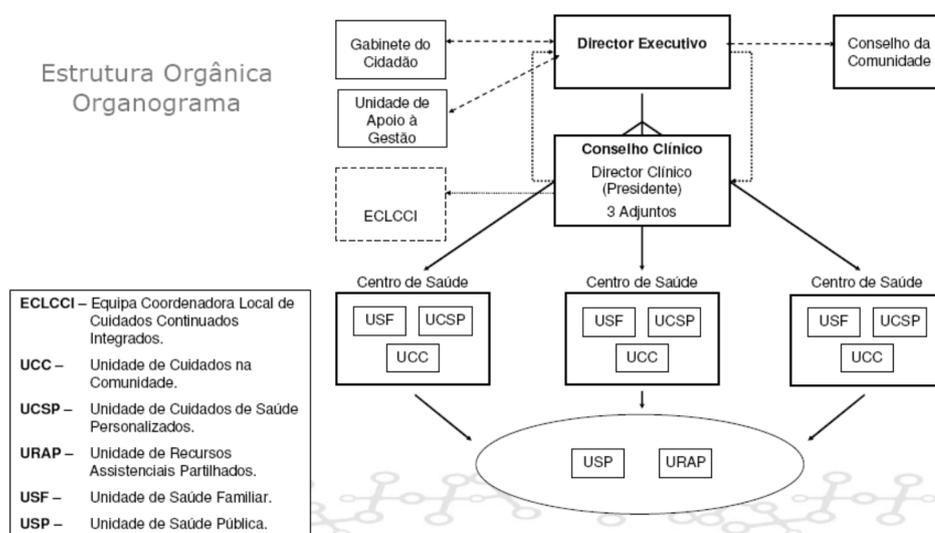


Figura 2. Estrutura orgânica dos agrupamentos de Centros de Saúde (MCSP - Ministério da Saúde, 2007).

Esta aproximação dos cuidados ao cidadão vem vislumbrar um acompanhamento mais direto e personalizado. Mas, de que forma está operacionalizado o acompanhamento da pessoa com dor crónica neste contexto?

¹⁴ As **Unidades de Saúde Familiares (USF)** são pequenas unidades operativas dos CS com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos nessa unidade, um conjunto de cuidados de saúde.

A referência ao controlo da dor a nível dos CSP está expressa no documento sobre Indicadores de desempenho nas UCC (84). Nestas UCC emergem indicadores relativos aos *Ganhos expressos no controlo da intensidade da Dor*, cujo objetivo é avaliar a eficácia dos cuidados da equipa (médico, enfermeiro, psicólogo) da UCC no controlo da dor, no sentido de promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida da pessoa. Este é um indicador que exprime a eficácia dos cuidados médicos, de enfermagem e de outros profissionais no controlo da dor.

Dada a importância e os objetivos dos Cuidados Paliativos, outro indicador importante, é a *Percentagem de pessoas com necessidade em cuidados paliativos, admitidas no programa ECCI*. Este indicador tem como objetivo avaliar a cobertura da população com necessidades de cuidados paliativos, que beneficiaram de apoio da equipa de ECCI no domicílio. É um indicador que exprime a proporção de pessoas em cuidados paliativos, que beneficiaram de apoio da equipa da ECCI no domicílio, no período em análise. Este aspeto parece-nos importante, pois os cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e ao tratamento dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais (85 p. 9). A dor é um dos problemas mais comuns em cuidados paliativos. Um dos objetivos major dos cuidados paliativos é o controlo da dor e de outros sintomas, por isso, os cuidados paliativos são também frequentemente denominados como: cuidados intensivos de conforto.

O documento *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos* da RNCCI- 2011 - 2013 (86) refere-se à necessidade de interligação dos vários Programas do Plano Nacional de Saúde (PNS). De facto, o Programa Nacional do Controlo de Dor (PNCDor) (25 p. 7), refere que “...a dor oncológica frequentemente encarada como uma das principais causas de dor crónica, representa uma pequena percentagem de doentes que padecem de dor crónica, no entanto, tem uma importância especial pela patologia referida ser a segunda causa de morte em Portugal e por existir dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal ”.

Perspetivamos que a generalização da avaliação e do registo da intensidade da dor poderá ter um impacto muito significativo no tratamento da dor em qualquer das unidades prestadoras de cuidados de saúde e proporcionar um avanço qualitativo na humanização dos cuidados por elas prestados. O cumprimento das orientações da Circular Normativa de 14/6/03 da DGS na qual são obrigatórios o registo e a avaliação

regular da intensidade da dor em todas as tipologias da RNCCI, constitui uma boa prática clínica e é considerado um dos indicadores de qualidade da prestação de cuidados de saúde RNCCI.

A implementação do Programa Nacional de Controlo da Dor pressupõe a participação e colaboração das várias entidades ligadas ao sector da saúde, nomeadamente os CSP, os cuidados de saúde hospitalares, a RNCCI, interligando-se nas áreas que são tangenciais ao Plano Nacional de Cuidados Paliativos, como formação específica e ainda medidas de intervenção que visam o reforço da capacidade organizativa e o desenvolvimento de modelos de boas práticas na gestão da abordagem da dor (86).

Em jeito de síntese, os documentos nacionais consultados mencionam orientações genéricas acerca da organização dos serviços/cuidados no acompanhamento das pessoas com dor crónica. Referem-se essencialmente ao funcionamento das CDC/UDC responsáveis por uma avaliação e controlo da dor mas a um nível mais diferenciado, local onde chegam os doentes referenciados por outros profissionais, essencialmente clínicos gerais ou médicos especialistas. Nos documentos consultados a referência ao acompanhamento das pessoas com dor crónica, ao nível da comunidade, centros de saúde e no domicílio é omissa.

Relativamente ao acompanhamento de enfermagem à pessoa com dor, somente o Guia Orientador de Boa Prática (26) se refere ao mesmo, pretendendo contribuir para a qualidade do desempenho profissional dos enfermeiros através de uma prática orientada e sistemática no acompanhamento das pessoas com dor. Este Guia *“toma como foco de atenção a dor, apresentando recomendações transversais para os cuidados à pessoa, cuidador principal e família, nas diversas fases do ciclo vital, qualquer que seja o ambiente em que estão inseridos”* (26 p. 9). Das recomendações para a prática profissional dos enfermeiros, são destacadas recomendações de três tipos: (1) para a prestação de cuidados, nomeadamente a avaliação da dor, o controlo da dor, o ensino à pessoa/cuidador principal/família e, documentação dos cuidados; (2) para a formação; (3) para as políticas organizacionais.

Do *Guia Orientador de Boa Prática* (26) constam, não o modelo em uso nas organizações de saúde, mas sim princípios centrais orientadores da prática de cuidados à pessoa com dor, cuidador principal e família, as recomendações para a prática profissional na área da prestação de cuidados, da formação e das políticas organizacionais, os quais partilhamos. Este guia surgiu da iniciativa da OE e com uma colaboração de peritos na área da dor. Com esta iniciativa a OE pretende promover a intervenção do enfermeiro no controlo da dor. Assim, constituiu o grupo de trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e

Controlo da Dor» que, entre outras iniciativas, realizou em Dezembro de 2006 um *workshop* nacional reunindo 45 enfermeiros de diferentes regiões do país, com experiência reconhecida na área da dor ao nível do ensino, da investigação e da prática. Da discussão realizada emergiu um conjunto de orientações que pretendem servir de guia para uma prática com mais rigor no controlo da dor.

2.5. A DOR COMO FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM

A dor que as pessoas sentem, constitui um aspeto de saúde com relevância para a prática dos enfermeiros. Os enfermeiros, de acordo com o seu mandato social, procuram atender a pessoa que vive com dor. Para tal, é essencial que os enfermeiros possuam os conhecimentos e as capacidades para proceder ao diagnóstico da dor que a pessoa percebe e decidir pelas intervenções mais apropriadas, em parceria com a pessoa e/ou família (15).

Para efetuar um diagnóstico tomando como foco de atenção a dor é necessário valorizar a dor e as suas características, ou seja atender às respostas físicas e emocionais da pessoa à sua dor. Para isso devemos conhecer o que é a dor e como ela se pode manifestar de um modo geral - padrão de respostas à dor. Embora a dor possa manifestar-se através de distintas respostas em diferentes pessoas, condicionadas pelas circunstâncias e história de vida, o enfermeiro precisa reconhecer o padrão de respostas à dor, isto é, as suas características definidoras (15). Tal como referimos anteriormente, a dor é um fenómeno multidimensional que sofre influência de um conjunto de fatores que podem controlá-la, ou, pelo contrário, agravar a dor.

O ICN (16) define dor como uma *“Sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento”*. Pela definição apresentada podemos verificar algumas das características definidoras da dor, constituem aspetos relacionados não só com a componente física, mas também de outras dimensões que podem estar afetadas e que devem ser alvo de atenção. As manifestações também podem variar conforme o tipo de dor. Assim, consoante a origem, as manifestações, a duração, a intensidade, a frequência e os fatores relacionados - a dor assume diferentes designações e implica, frequentemente, distintas intervenções. Daí a importância do diagnóstico diferencial (15).

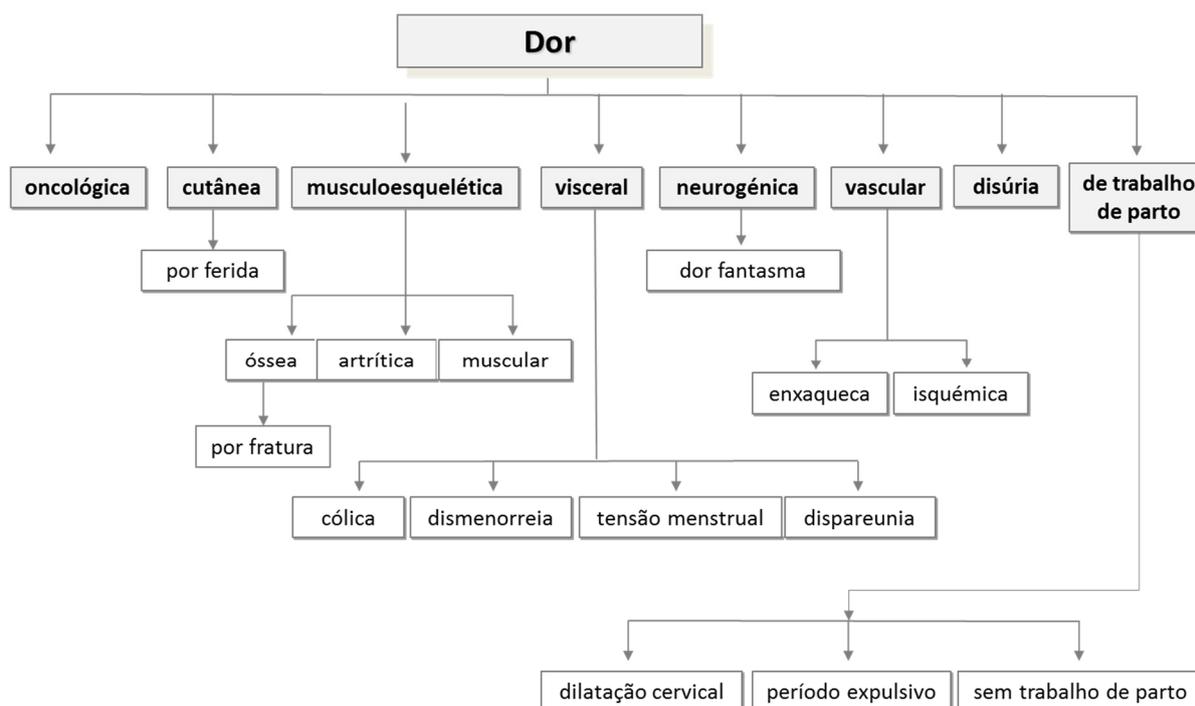


Figura 3. Tipos e subtipos de dor apresentados na CIPE® (16)

O recurso à CIPE® para distinguir os vários tipos de dor é uma opção. A CIPE® apresenta vários tipos de dor: dor oncológica, dor cutânea, dor musculoesquelética, dor visceral, dor neurogénica, dor vascular, dor de trabalho de parto e disúria. Na estrutura de organização dos tipos de dor apresentados na CIPE® distinguem-se alguns subtipos. Por exemplo, relativamente à dor vascular é possível distinguir: a enxaqueca e a dor isquémica; a dor fantasma é um tipo de dor neurogénica/ neuropática; a dor artrítica, a dor óssea e a dor muscular são subtipos de dor musculoesquelética (Figura 3).

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

Quadro 1. Definições dos tipos de Dor (16)

Tipo de dor	Definição
Dor oncológica	Dor: Sensações concomitantes de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo; consequência do tratamento do cancro, como a quimioterapia, ou condições relacionadas com o cancro, como dor por ferida; a dor oncológica é habitualmente referida como uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável, com crises de dor intensa acompanhada de dificuldade no sono, de irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo.
Dor cutânea	Dor: Desconforto ligeiro a intenso, resultante de lesão ou doença da pele.
Dor musculoesquelética	Dor: Sensação de dor com origem nos músculos, articulações ósseas ou dentes; esta sensação é habitualmente referida como profunda, maciça e surda, ativada pelos movimentos de partes do corpo ou de todo o corpo, mas presente também nos períodos de repouso.

Dor visceral	Dor: Sensação de dor com origem nos revestimentos dos órgãos como o pericárdio, o periósteo, ou a mucosa intestinal; a dor visceral pode ser mais ou menos limitada, parecendo muitas vezes originária de uma zona maior do que a realmente afetada; esta sensação é habitualmente referida como perfurante, surda e profunda, incômoda, como uma cólica intensa associada a sensações de enjoo ou asfixia.
Dor neurogénica	Dor: Sensações de dor com origem em lesões que afetam os nervos periféricos; sensação habitualmente referida como uma dor tipo picada ou formigueiro, acompanhada por perturbações das sensações; a dor neurogénica com origem em lesões dos nervos principais surge associada a intervenções cirúrgicas ou a lesão cerebral; a dor neurogénica é habitualmente referida como penetrante, perfurante, cortante, tipo queimadura, atroz ou torturante.
Dor vascular	Dor: Sensação de dor com origem no sistema vascular em consequência de dilatação ou insuficiência vascular, possivelmente referida como uma dor latejante ou de esmagamento.
Dor de trabalho de parto	Dor: Sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto.
Disúria	Dor: Dor uretral ou na bexiga com sensação de ardência ao urinar.

Cada definição exposta apresenta um conjunto de características que permitem a distinção entre os diversos tipos de dor. A título de exemplo, a **dor oncológica** está associada à disseminação invasiva de células cancerosas no corpo, mas pode também constituir uma consequência do tratamento do cancro ou de condições relacionadas com o cancro, e, sendo este um processo patológico difuso, a sua origem e localização é muitas vezes difícil de concretizar. Por seu turno a **dor musculoesquelética** pode ter origem nos músculos, articulações ósseas ou dentes. Este tipo de dor pode apresentar características mais específicas quando se trata de uma **dor muscular**, ou seja, quando a sensação de dor tem origem em tensões e esforços musculares associados ao exercício, infeções e doenças musculoesqueléticas. Esta dor é frequentemente referida como uma câibra ou uma dor compressiva e latejante, muitas vezes acompanhada de dor irradiada. No entanto, quando a dor tem origem no periósteo do osso, é denominada **dor óssea**. Quando a dor tem origem nas articulações ósseas em resultado de uma situação inflamatória, a dor pode ser denominada **dor artrítica**, por vezes manifestada como desconforto ligeiro a intenso resultante das articulações tumefactas (16). A **dor neurogénica**¹⁵ pode ser provocada por quaisquer lesões nas raízes e nervos periféricos, na medula espinal, no tronco cerebral e no encéfalo. É complexa e heterogénea, com sinais e sintomas que podem flutuar em intensidade com o tempo. As suas características principais são a presença de dor espontânea ou dor provocada por estímulos não-nocivos nos locais afetados, combinação paradoxal de perda sensitiva e hiperalgesia na área dolorosa, dor paroxística e aumento gradual da dor com a estimulação repetitiva. Esta dor pode acontecer em diferentes situações patológicas, quer de origem traumática,

¹⁵ Dor neurogénica tradução da CIPE®, mas mais frequentemente denominada como neuropática no âmbito de outras classificações.

cirúrgica, entre outras situações. Quando resulta da amputação de um membro, ela pode ser considerada como *dor fantasma*.

As definições encontradas na CIPE® relativas aos diferentes tipos de dor facilitam num primeiro momento o processo de diagnóstico de enfermagem, nomeadamente na sistematização dos dados relevantes para o diagnóstico da situação. No entanto, além da localização, da origem e das manifestações expressas na definição, é necessário que o profissional valorize outros aspetos relevantes, tais como a qualidade da dor, a intensidade, os fatores desencadeantes da dor, os fatores de alívio e agravamento da dor, assim como outros aspetos relacionados com a dor (87; 43; 88; 89; 90; 76; 31). Estes dados, particularmente a intensidade, a qualidade e a localização, devem ser sistematicamente avaliados (91; 15) de forma a traduzir a magnitude do problema, os resultados das intervenções e a evolução da condição clínica da pessoa (88; 92).

Dada a complexidade da dor, o seu caráter subjetivo e a perceção única da pessoa, a avaliação da dor é um processo considerado difícil (36), em virtude dos múltiplos fatores de ordem pessoal, emocional, profissionais, culturais, expectativas face à dor e ao tratamento e perceção de controlo, que a influenciam (32; 90). A dor é muito mais do que a resposta à simples pergunta – quanto dói? (93). Por isso, faz sentido a expressão apresentada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), em 1993, ***assess the person, not just the pain***, quando falamos da avaliação da dor.

Pese embora a queixa seja “*o modo mais comum de manifestar a dor*”, a forma de expressão de dor é vasta, “*indo desde o mutismo contido, até às manifestações mais demonstrativas, consoante os indivíduos*” (31 p. 27). Existem dificuldades encontradas na prática clínica para uma mensuração objetiva (31). No entanto, *a qualidade de avaliação da dor depende da riqueza das informações obtidas junto do doente*” (31 p. 161), pelo que devem ser incorporadas nesta avaliação as formas de comunicação verbal e não-verbal da pessoa (93).

As estratégias utilizadas pelos profissionais para avaliar a dor, podem ir desde a observação do comportamento da pessoa, a entrevista, o autorrelato, até à utilização de instrumentos de medida, como sejam as escalas de avaliação (91; 94; 88; 31).

Existe uma variedade de **instrumentos de avaliação** (escalas, questionários, inventários, entre outros) que permitem uma avaliação consistente da dor e a sua utilização sistemática tem sido considerada uma mais-valia (43; 88; 76). As escalas unidimensionais exploram apenas um elemento, como a intensidade, sendo exemplo destas, a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala das Faces (EF) e a Escala Qualitativa

(EQ) (43; 88; 76). Estas escalas têm sido introduzidas na avaliação da dor na prática clínica, principalmente a partir do momento em que a dor foi considerada como 5º sinal vital pela DGS, momento a partir do qual, a avaliação e registo sistemático da intensidade da dor são considerados *norma de boa prática* (76). Contudo, a utilização destas escalas implica que a pessoa possua capacidade de compreensão, abstração e verbalização (94; 88; 95). O uso destes instrumentos, embora úteis, particularmente em situações de dor aguda, podem tornar-se demasiado redutores em alguns tipos de dor, nomeadamente nas situações de dor complexa ou persistente (90).

Outros instrumentos avaliam múltiplas dimensões, e por isso são denominados de multidimensionais (o *Brief Pain Inventory*, o Questionário de dor de McGill¹⁶, os Diários de dor, etc.). As escalas comportamentais (Doloplus¹⁷ - utilizada em idosos; EDIN, NIPS, CRIES, PIPP, NFCS, DAN, OPS - utilizada nas crianças¹⁸) avaliam o comportamento da pessoa em situação de dor (43; 88; 96; 97). Assim, os instrumentos a utilizar em cada situação devem ser selecionados, tendo em conta a sua adequabilidade para com as características da população estudada, a faixa etária da pessoa com dor, a sua capacidade de verbalizar /expressar a dor, a sua condição de saúde e de compreensão, entre outros aspetos relevantes (tipo de dor, duração da dor) (26; 95; 90).

De forma a sistematizar os aspetos considerados mais importantes na avaliação da dor na prática dos enfermeiros, a OE recomenda a elaboração de uma história clínica detalhada que ajuda na compreensão da dor, apresentando no manual de boas práticas um algoritmo de avaliação (88).

A recolha dos aspetos apresentados representa um passo importante para a identificação do diagnóstico de dor e a seleção de intervenções apropriadas à real situação da pessoa e às características específicas da sua dor. A decisão pelas intervenções depende do rigor imposto no processo diagnóstico, pois diferentes diagnósticos implicam distintas intervenções (15). O planeamento de intervenções de enfermagem - entendida como

¹⁶ No original McGill Pain Questionnaire (MPQ) - A adaptação portuguesa do Questionário de Melzack para a Dor foi apresentado na Revista Dor - APED, p.23-26.

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

¹⁷ Escala **DOLOPLUS** - traduzida e validada para a língua portuguesa por Hirondina Guarda (Fevereiro de 2006), no âmbito da tese de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa.

¹⁸ **EDIN** - Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né; **NIPS** - Neonatal Infant Pain Scale; **CRIES** - Crying Requires Oxygen for saturation Increase Vital Signs Expression and Sleeplessness; **PIPP** - Premature Infant Pain Profile; **NFCS** - Neonatal Facial Coding System; **DAN** - Échelle Douleur Aigue du Nouveau-Né; **OPS** - Objective Pain Scale.

ação implementada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, no sentido de produzir um resultado (16) é fundamental.

De facto, os enfermeiros são responsáveis pela prescrição e implementação das intervenções que resultam dos diagnósticos de enfermagem identificados e pela implementação das que resultam de prescrição de outros profissionais (98).

No âmbito da intervenção dos enfermeiros face às pessoas com dor existem, entre outros, dois objetivos primordiais: o controlo da dor e o capacitar o cliente (*pessoa com dor/cuidador principal/família*) de competências para gerir a dor de forma eficaz (26).

Assim, o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, ou seja, sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (26). O ensino à pessoa / cuidador principal e/ou família pressupõe o envolvimento da pessoa no controlo da dor e respeita o princípio ético da autonomia da pessoa (26).

No âmbito do **controlo da dor**, a OE (26) enumera um conjunto de intervenções realçando o papel colaborativo que o enfermeiro tem no seio da equipa de cuidados - intervenções de enfermagem interdependentes (*Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção; Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas; Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica, são alguns dos exemplos*).

No entanto, outras intervenções enunciadas dizem respeito a intervenções que podem ir de encontro ao diagnóstico de enfermagem efetuado pelo enfermeiro. A título de exemplo, face a um diagnóstico de dor, o enfermeiro pode selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. Como exemplos de intervenções não farmacológicas, são enumeradas **intervenções cognitivo-comportamentais** (ex.: *Terapia Cognitiva / Comportamental; Reestruturação cognitiva; Treino de habilidades de coping; Relaxamento com imaginação; Distração*); **intervenções físicas** (*Aplicação de calor e frio; Exercício; Imobilização; massagem; Estimulação elétrica transcutânea - TENS*); e, **intervenções de suporte emocional** (ex.: *Toque terapêutico; Conforto*) (26).

De facto, o tratamento no âmbito da dor requer uma abordagem abrangente, que pode ir para além do tratamento farmacológico. Os tratamentos não farmacológicos têm sido recomendados como adjuvantes para aqueles que vivem com dor crónica. Neste sentido,

Castillo-Bueno e colaboradores (99) realizaram uma revisão sistemática para verificar *qual a melhor evidência disponível sobre a eficácia das intervenções de enfermagem para pacientes adultos com dor crónica* (100; 99). A revisão da literatura incluiu oito ensaios clínicos onde as intervenções foram realizadas por enfermeiros e destinadas a adultos não hospitalizados, com diagnóstico de dor crónica não oncológica, com mais de 6 meses de evolução. Foram identificados diferentes intervenções na revisão, que incluíram a *estimulação sensorial, musicoterapia, programas cognitivo-comportamentais, programas psico-educativos, programas de exercícios físicos, terapia de campo magnético e imaginação guiada*. Os resultados evidenciaram que:

- A *intervenção Snoezelen*, uma intervenção de estimulação sensorial para relaxamento e distração, apresentou redução da dor crónica em adultos com valores estatisticamente significativos;
- A *musicoterapia* foi apresentada como uma intervenção eficaz para a redução da dor crónica em pacientes idosos com osteoartrite. Outro estudo avaliou a *musicoterapia* para a dor articular e reforçou a música enquanto intervenção barata e segura com resultados na redução da dor e depressão;
- Um *programa cognitivo-comportamental* em unidade de dor multidisciplinar resultou numa redução estatisticamente significativa na intensidade da dor, qualidade de vida e qualidade do sono em relação ao grupo de tratamento clínico geral e um grupo controle de lista de espera;
- Um *programa psico-educativo*, o *Programa de Auto-Gestão (Self-management) de dor crónica*, resultou em reduções na dor e melhorias na autoeficácia;
- A *terapia do campo magnético* foi avaliada em pessoas que sofreram dores de cabeça crónicas primárias, tendo sido evidenciadas reduções na dor durante o estudo;
- A *imaginação guiada* foi avaliada para o alívio da cefaleia tensional crónica em comparação com um grupo controle, sendo identificadas melhorias na frequência de dor de cabeça (100; 99).

Assim, as conclusões da revisão evidenciaram que as intervenções de enfermagem podem ser intervenções simples e eficazes no controlo da dor crónica, podendo ser consideradas para além dos tratamentos farmacológicos. Dos tratamentos disponíveis e com evidências positivas no controlo da dor destaca-se a *musicoterapia*, a *terapia cognitivo-comportamental*, a *terapia do campo magnético*, a *imaginação guiada*, a *educação* e a *estimulação sensorial* (100; 99).

Outra área importante é a **capacitação das pessoas para o autocontrolo da dor**. Esta pode ser efetuada através do ensino à pessoa com dor, ou o ensino dirigido ao cuidador e/ou família (25). Para esta capacitação podem ser recomendadas estratégias dirigidas às necessidades formativas do indivíduo/família, no âmbito do: *ensinar acerca da dor e das medidas de controlo; ensinar sobre crenças relacionadas com a dor e o tratamento da dor; instruir e treinar para o autocontrolo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas; ensinar acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica; ensinar sobre os mitos que dificultam o controlo da dor; instruir sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica; e ainda, fornecer informação escrita que reforce o ensino* (32; 88).

De facto, a literatura na área da dor e na enfermagem é rica na descrição do conjunto das intervenções possíveis para o controlo da dor e para a capacitação dos indivíduos para melhor lidarem com a dor. Urge uma avaliação eficaz e sistemática, que sustente uma intervenção dirigida às reais necessidades das pessoas com dor, e ainda mais urgente, nas situações de dor crónica.

Após a implementação das intervenções impõe-se a sua avaliação. A implementação das intervenções envolve a avaliação da sua eficácia, isto é, comparar o impacto da intervenção no diagnóstico de enfermagem inicial (15). O resultado de enfermagem compreende o diagnóstico de enfermagem após a intervenção do enfermeiro (16).

Frequentemente as atividades de avaliação sobrepõem-se às atividades de diagnóstico. Ribeiro e Cardoso (15) referem-se a duas atividades de diagnóstico/avaliação *major* quando se toma por foco de atenção a pessoa com dor: **avaliar a dor** e **monitorizar a dor**. **Avaliar a dor** envolve o *processo contínuo de medir o progresso ou extensão* (16 p. 134) da dor e do seu efeito na pessoa. **Monitorizar a dor** envolve *escrutinar a dor em ocasiões repetidas ou regulares* (16 p. 135) Esta intervenção traduz a intenção do enfermeiro de expressar numericamente o nível ou intensidade da dor, e, neste sentido, o enfermeiro poderá recorrer a escalas que ajudam a uniformizar e a sistematizar a atribuição do valor para os diferentes enfermeiros, usando critérios semelhantes (15).

Urge igualmente, um compromisso multidisciplinar na abordagem da dor, no âmbito da avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, contando para tal com a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família, enquanto parceiros de cuidados, sendo de reconhecida a necessidade de formação a todos os intervenientes para o desenvolvimento de boas práticas (101; 102; 26).

3. A PESSOA COM DOR CRÓNICA

Os resultados de estudos recentes em Portugal sobre a prevalência da dor colocaram a descoberto o elevado número de pessoas com dor crónica. As situações clínicas geradoras de dor crónica são múltiplas, destacando-se as doenças osteoarticulares, a osteoporose, entre outras.

O processo de passar a viver com dor crónica é um processo progressivo, o que torna fundamental que para além do objetivo de controlar a dor, se inicie o mais cedo possível, o desenvolvimento de estratégias para diminuir o impacto da dor na vida das pessoas. Estas estratégias de aprendizagem têm como objetivo que a pessoa possa atingir um nível de mestria para lidar com a situação e capacidade de lidar com a dor para uma vida com mais qualidade.

Como referimos anteriormente, embora as políticas de saúde emergentes apresentadas no PNS, nos Planos Nacionais, tais como o PNCDor (25) e outros, indiquem a necessidade de melhorar a intervenção na área da dor, precisamos de resposta a algumas questões sobre: Como vivem as pessoas com dor crónica? Quais as respostas oferecidas pelas instituições de saúde para um efetivo acompanhamento destas pessoas? Que intervenções têm oferecido os profissionais de saúde nesta área? Como é que os enfermeiros se constituem enquanto recurso profissional no acompanhamento das pessoas com dor crónica?

Assim, tendo em vista um melhor conhecimento do atual contexto de acompanhamento de enfermagem das pessoas com dor crónica, desenvolvemos um percurso de investigação dirigido a estas pessoas e a profissionais de saúde envolvidos na assistência à pessoa com dor crónica, que permitissem responder às questões colocadas. Este percurso implicou a tomada de opções metodológicas que conduzissem ao aprofundar

do conhecimento sobre a forma como as pessoas vivem a sua situação de dor crónica e o *modelo em uso* das organizações no acompanhamento das pessoas com dor crónica.

O estudo adotou um paradigma de **natureza construtivista**, já que se assumiu, à partida, que existem múltiplas interpretações da realidade e que esta resulta das construções dos indivíduos no seu contexto (103). Esta ideia é consubstanciada por Sousa (104), quando afirma que embora alvo de múltiplas abordagens, o construtivismo tem sido sempre entendido como um meio de conhecer a realidade a partir do ponto de vista daqueles que o vivenciam.

A opção por este paradigma construtivista teve também um cariz de desenvolvimento, implicando a participação de vários profissionais de saúde no desenvolvimento/ na construção coletiva de um modelo de acompanhamento de enfermagem das pessoas com dor crónica. Concordamos com a perspetiva de Basto (15 p. 108), ao referir que “*os resultados de uma investigação serão diferentes, dependendo da forma de olhar a realidade*” (105). De facto, “*uma determinada investigação, normalmente, ilumina apenas uma das faces do fenómeno, ficando outras por revelar*” (105 p. 109), pelo que podemos vislumbrar o potencial que a triangulação de abordagens de investigação pode ter para o conhecimento mais diversificado de um mesmo fenómeno (105).

No sentido de potenciar as diferentes perspetivas de uma mesma realidade, enveredamos por um estudo de natureza mista (com uma abordagem qualitativa e quantitativa), que permitiu a triangulação de dados.

Assumimos como finalidade do estudo a definição de um modelo de intervenção de enfermagem, sustentado no processo de transição, que se integre num modelo de organização de cuidados para acompanhamento da pessoa com dor crónica, que contribua para a sistematização do processo de cuidados de Enfermagem; a articulação, a continuidade dos cuidados e a integração dos cuidados entre os diferentes contextos de cuidados de saúde; a melhoria do nível de satisfação do utente com o controlo da dor; e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com dor crónica.

Na procura da consecução da finalidade apresentada, organizou-se o estudo em duas fases principais. Na Fase I, caracterizamos o processo de viver com dor crónica e conhecer o *modelo de cuidados em uso* no acompanhamento à pessoa com dor crónica. No sentido de caracterizar o processo de viver com dor crónica, procedemos à caracterização da dor crónica das pessoas que recorreram à UDC da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) tendo por base:

- a severidade e interferência da dor crónica na vida diária, as estratégias utilizadas e a perceção de autoeficácia para lidar com a dor crónica, bem como sobre a perceção da qualidade de vida (MOMENTO I).

De forma a complementar esta abordagem, recorreremos a entrevistas semiestruturadas, dirigidas a pessoas com dor crónica, para conhecer como vivem este processo de transição. As duas abordagens mostraram-se complementares e tornaram-se fundamentais para o desenvolvimento da segunda fase do estudo (Figura 4).

Ainda nesta Fase I do presente estudo, procuramos caracterizar o *modelo de cuidados em uso* no acompanhamento da pessoa com dor crónica, tendo para isso recorrido a entrevistas semiestruturadas dirigidas a profissionais de saúde, que nas suas instituições procuram responder às solicitações de cuidados nesta área.

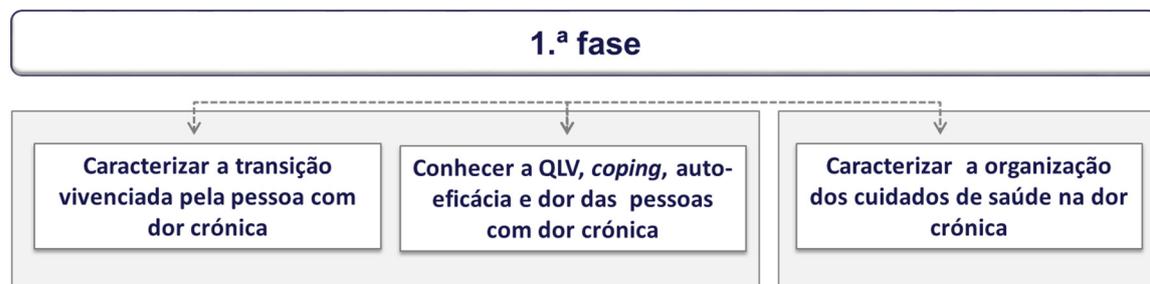


Figura 4. Desenho do estudo - Fase I

No quadro 2 apresentamos um esquema síntese dos principais elementos metodológicos do percurso de investigação efetuado. No referido quadro, descrevemos, em função dos propósitos orientadores da fase I, os objetivos de cada etapa, a técnica de recolha de dados, os participantes no estudo e os procedimentos de análise de dados.

Quadro 2 - Esquema síntese da metodologia do estudo - Fase I

FASE I - CARACTERIZAR O PROCESSO DE VIVER COM DOR CRÓNICA E O MODELO DE CUIDADOS EM USO NO ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DOR CRÓNICA					
		Objetivos	Técnica de recolha de dados	Amostra/participantes	Análise dos dados
MOMENTO I DIRIGIDA A PESSOAS COM DOR CRÓNICA	VIVER COM DOR CRÓNICA	Caracterizar as pessoas com dor crónica quanto: à severidade e interferência da dor; às estratégias de <i>coping</i> utilizadas; à autoeficácia para lidar com a dor crónica; à perceção da qualidade de vida.	Aplicação de questionários: • Questionário sociodemográfico; • Questionário de <i>coping</i> face à dor crónica: CAD-R(pt); • Escala de autoeficácia face à dor crónica: EAEDC(pt); • Questionário de Qualidade de Vida SF36v2(pt)	117 pessoas com dor crónica (UDC - ULSM)	Tratamento estatístico SPSS® 19.0
		Caracterizar a transição da pessoa com dor crónica	Entrevista semiestruturadas face-a-face	63 pessoas com dor crónica (UDC - ULSM)	Análise de conteúdo Recurso: NVivo 7
MOMENTO II DIRIGIDA A PROFISSIONAIS DE SAÚDE	ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE NA DOR CRÓNICA	Caracterizar a organização dos cuidados de saúde na dor crónica (modelo em uso)	Entrevista semiestruturadas face-a-face e por escrito	17 Profissionais de saúde "informantes-chave"	Análise de conteúdo Recurso: NVivo 7

A amostragem foi considerada não probabilística já que foram selecionados os participantes por métodos não randómicos (103). A amostra estabelecida é considerada também como amostra de conveniência e temporal sequencial. Tal como nos referem Polit e Beck (103 p. 346) a amostra sequencial ou amostragem em sequência “*envolve a seleção de todas as pessoas de uma população acessível que atende aos critérios de elegibilidade ao longo de um intervalo de tempo específico ou até atingir um tamanho da amostra especificado*”.

O cumprimento dos princípios éticos foi uma preocupação ao longo do desenvolvimento do estudo, dadas as características dos participantes. Dado que, na primeira fase do estudo pretendíamos caracterizar o processo de viver com dor crónica, através dos

relatos das pessoas com dor (entrevista) e através do preenchimento de questionários por pessoas que vivenciavam dor crónica, foi solicitado ao Conselho de Administração da ULSM a respetiva apreciação da Comissão de Ética para a realização do estudo neste contexto. Após o parecer favorável desta Comissão (Anexo 1) e autorização do Conselho de Administração da ULSM deu-se início ao desenvolvimento do estudo, tendo sido respeitadas as normas éticas inerentes ao protocolo de Helsínquia para a realização de um trabalho de investigação. No desenvolvimento de qualquer estudo de investigação, nomeadamente os que envolvem o ser humano deve prevalecer o seu interesse e bem-estar sobre o interesse da sociedade ou da ciência (106). Em relação aos participantes, no presente caso, pessoas com dor crónica, os aspetos que asseguramos incluem a salvaguarda da sua vulnerabilidade, o consentimento informado, a confidencialidade da informação, o anonimato, os benefícios pela participação (Anexo 2). Foi igualmente solicitada autorização aos autores dos instrumentos utilizados na recolha de dados (Anexo 3).

3.1. VIVER COM DOR CRÓNICA

De acordo com o referenciado anteriormente no Quadro 2, interessava inicialmente caracterizar as pessoas com dor crónica quanto:

- à severidade e interferência da dor,
- às estratégias de *coping* utilizadas;
- à autoeficácia para lidar com a dor crónica;
- à perceção da qualidade de vida.

Para isso, foi estabelecida uma amostra não probabilística, sequencial, constituída por 117 pessoas com dor crónica seguidas na UDC da ULS do norte do país, com capacidade para comunicar verbalmente e que aceitaram participar no estudo.

Os dados para a caracterização da amostra foram obtidos através do preenchimento do questionário sociodemográfico e clínico construído para o efeito (Anexo 4). Foi recolhida informação relativa ao sexo, idade, anos de escolaridade, profissão, atividade/situação laboral, estado civil, religião/crença, pessoas que coabitam com o utente e localidade de residência. Outros dados clínicos foram avaliados: regime terapêutico prescrito e sua adesão, doenças/situações patológicas associadas, tipo de dor, intensidade da dor (avaliado numa escala numérica de 0-10 [0-sem dor; 10-máxima dor - insuportável]), à duração da dor (meses) e satisfação com o controlo da dor (avaliada numa escala numérica [de 0-10; 0-nada satisfeito; 10-completamente satisfeito]).

Os participantes apresentavam uma média de idade de 53 anos (coincidente com a mediana), idade mínima de 23 anos e máxima de 83 anos e um desvio padrão de 11,7. Eram maioritariamente do sexo feminino (75,2%), casados ou em união de facto (76,9%), católicos (89,7%) e com o ensino básico de escolaridade (71,8%), sendo que 51,3% apresentava até quatro anos de escolaridade (Quadro 3).

Os participantes residiam maioritariamente no concelho de Matosinhos (n=70; 59,8%), com o cônjuge (n=90; 76,9%), e com os filhos 59 (50,4%). Contudo, 11 (9,4%) dos participantes viviam sozinhos (Quadro 3).

Quadro 3. Distribuição da amostra de acordo com o sexo, estado civil, escolaridade, com quem vive, religião

Amostra (n=117)		
Sexo	n	%
Feminino	88	75,2
Masculino	29	24,8
Estado civil	n	%
Casado ou união de facto	90	76,9
Separado ou divorciado	13	11,1
Viúvo	8	6,8
Solteiro	6	5,1
Escolaridade - graus de ensino	n	%
Ensino básico (1º,2º,3ºciclos)	84	71,8
Ensino secundário	22	18,8
Ensino superior	8	6,8
Analfabeto	3	2,6
Com quem vive	n	%
Esposa (o)	90	76,9
Filha (o)	59	50,4
Pai/mãe	19	16,2
Sogra (o)	4	3,4
Sozinho	11	9,4
Outros	8	6,8
Com quem vive (nº de pessoas)	n	%
Sózinho	11	9,4
1 pessoa	46	39,3
2 pessoas	47	40,2
Mais de 3 pessoas	13	11,1
Religião/crença	n	%
Católica	105	89,7
Outras religiões/crenças	7	6,0
Ateu	3	2,6
Não respondeu	2	1,7

Pela grande diversidade de profissões na amostra em estudo foi usada a Classificação Nacional das Profissões, na apresentação dos resultados: 35 (29,9%) dos participantes pertenciam ao sector dos serviços e vendedores, 22 (18,8%) eram operários, artífices e

trabalhadores similares, enquanto 17 (14,5%) eram trabalhadores não qualificados (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição da amostra de acordo com a profissão

Profissão (Classificação Nacional das Profissões)	n	%
Pessoal dos Serviços e vendedores	35	29,9
Operários, artífices e trabalhadores similares	22	18,8
Trabalhadores não qualificados	17	14,5
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	14	12,0
Pessoal administrativo e similares	10	8,5
Especialistas das Profissões Intelectuais	6	5,1
Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	5	4,3
Quadros superiores	3	2,6
Não responderam	3	2,6
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2	1,7
Total	117	100

Relativamente à atividade laboral, 43 (36,8%) dos participantes estavam reformados. Dos 74 (63,3%) participantes que ainda mantinham a sua atividade profissional, 20 (27,0%) encontravam-se de atestado médico/baixa. Destes últimos, estavam em média há 12,7 meses de atestado médico/baixa. Podemos ainda realçar que 66,7% dos participantes não tinham nenhuma atividade laboral no momento do inquérito (reformados, atestado médico/baixa, desempregados com experiência laboral prévia e outras situações).

Quanto aos dados clínicos, valorizamos a situação de doença associada ao processo de dor crónica (para tal recorremos ao ICD 10) e o tipo de dor e a localização anatómica da dor (caraterizado pelo recurso à CIPE® versão 2).

Relativamente ao regime terapêutico prescrito, 115 (98,3%) participantes respondeu cumprir o mesmo. Depois de caracterizar os regimes terapêuticos destas pessoas, verificamos que apresentavam regimes terapêuticos complexos, já que faziam várias terapêuticas em simultâneo, em média 3 (DP=1,6; min=0 e Max=6), constituído essencialmente por medicamentos analgésicos (n=54, 46,2%), analgésicos opióides n=47 (40,2%), antiepiléticos e anticonvulsivantes n=31 (26,5%), relaxantes musculares n=29 (24,8%), fisioterapia n=26 (22,2%), anti-inflamatório n=26 (22,2%), antidepressivo n=26 (22,2%), ansiolíticos, sedativos e hipnóticos n=18 (15,4%) (Quadro 5). Estes regimes terapêuticos consistiam essencialmente em regimes terapêuticos farmacológicos, essencialmente dirigidos ao controlo da dor e à sintomatologia associada à dor crónica.

No entanto, outros regimes não farmacológicos encontravam-se associados, tais como regime dietético, exercício físico, terapias físicas, psicoterapia, apesar de nem sempre serem valorizados pela própria pessoa enquanto regime terapêutico.

Quadro 5. Distribuição da amostra de acordo com o regime terapêutico prescrito

Regime terapêutico prescrito	n	%
Analgésico	54	46,2
Opióide	47	40,2
Antiepiléticos e anticonvulsivantes	31	26,5
Relaxante muscular	29	24,8
Fisioterapia	26	22,2
Anti-inflamatório	26	22,2
Antidepressivo	26	22,2
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	18	15,4
Outros	15	12,8
Infiltração	15	12,8
Acupunctura	14	12,8
TENS	10	8,5
Magnésio	10	8,5

Neste estudo, as situações clínicas mais frequentemente associadas à dor foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo n=98 (83,8%) e as neoplasias n=28 (23,9%), sendo que alguns participantes apresentavam mais do que uma patologia causadora de dor. No entanto, aparecem relatadas perturbações mentais e de comportamento em 25 participantes (21,4 %) (como por ex. a depressão) (Quadro 7). Este facto não é um dado novo, já que frequentemente a depressão está associada a situações de dor crónica, tal como nos apresentam Pimenta e colaboradores (107). Os autores referem que os sintomas depressivos associam-se e agravam a experiência dolorosa, reforçando que as pessoas que apresentam os mais altos scores de depressão experienciaram dor de maior intensidade.

Quadro 6. Distribuição da amostra de acordo com as doenças /situações clínicas

Doenças / situações clínicas	n	%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	98	83,8
Tumores [Neoplasias]	28	23,9
Perturbações mentais e de comportamento	25	21,4
Doenças do aparelho circulatório	23	19,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	21	17,9
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde (cirurgia)	18	15,4
Doenças do aparelho respiratório	10	8,5
Afeções dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	9	7,7
Doenças do aparelho digestivo	8	6,8
Afeções episódicas e paroxísticas (enxaqueca; cefaleia)	4	3,4
Doenças do aparelho geniturinário	3	2,6
Lesões traumáticas	2	1,7
Doenças do sistema nervoso	2	1,7
Afeções episódicas e paroxísticas (sono)	2	1,7

Dos participantes do estudo, 83 (70,9%) já eram seguidos na consulta da Unidade de dor e 34 (29,1%) tiveram a sua 1.^a Consulta no dia em que procedemos à recolha dos dados. Quanto ao tipo de dor, os participantes apresentavam na sua maioria dor musculoesquelética¹⁹ (n=86; 73,5%), 46 (39,3%) apresentava dor neuropática, 18 (15,4%) dor oncológica e 45 (38,5%) mais do que um tipo de dor. A localização da dor mais frequentemente referida foi na região lombar n=52 (44,4%), seguida das articulações n=15 (12,8%). Existem neste grupo pessoas que referem dor em mais do que um local do corpo e dor generalizada (Quadro 7).

¹⁹ Foi considerada como dor musculoesquelética os diferentes subtipos: dor óssea, dor artrítica e dor muscular segundo o ICN na ICNP® (2013).

Quadro 7. Distribuição da amostra de acordo com o seguimento na consulta da dor, tipo de dor e localização da dor

Seguimento na consulta da Unidade de dor	n	%
Consulta de seguimento	83	70,9
1ª consulta	34	29,1
Tipo de dor	n	%
Músculoesquelética	86	73,5
Neuropática	46	39,3
Oncológica	18	15,4
Visceral	10	8,5
Enxaqueca	5	4,3
Cutânea	1	0,9
Vários tipos de dor	45	38,5
Localização da dor	n	%
Região Lombar	52	44,4
Articulações	15	12,8
Região Torácica	12	10,3
Região Abdominal	12	10,3
Membros Superiores	9	7,7
Cabeça	7	6,0
Região Cervical	4	3,4
Membros Inferiores	4	3,4
Anca	2	1,7
Corpo todo	2	1,7
Pé	1	0,9

Os participantes referiram a existência de dor em média há 7 anos, com um mínimo de 3 meses e o máximo de 38 anos, e um desvio-padrão de 8,3, sendo que pelo menos metade das pessoas, apresentava dor há 2 anos ou mais.

Quanto à **intensidade da dor** referiram, em média, dor de intensidade 5,6 (avaliada numa escala numérica de 0-10). Alguns dos participantes (n=5) referiram valores de 10 (máximo de dor possível), no entanto, também existiram pessoas que no momento da entrevista não apresentavam dor (n=3), avaliando-a com zero. De salientar que nesta amostra, 17,1% (n=20) apresentam dor leve (1-3), 44,4% (n=52) dor moderada (4-6), e 35% (n=41) dor intensa (7-10)²⁰. Relativamente ao nível de **satisfação com o controlo da dor**, os participantes referem estarem muito satisfeitos: um valor médio de 7,8 (avaliado

²⁰ A classificação da intensidade da dor como leve, moderada e intensa está de acordo com a classificação de Margo McCaffery (1993).

numa escala numérica de 0-10, em que 0 representa nada satisfeito e 10 - completamente satisfeito). De salientar que 72% dos participantes atribuem um nível de satisfação superior a 7 (Quadro 8).

Quadro 8. Distribuição da amostra de acordo com a duração da dor, intensidade e satisfação com o controlo da dor

	Média	DP	Amplitude
Tempo de dor (anos)	7	8,3	(Max. 38 anos)
Intensidade da dor (0-10) (n=116)	5,6	2,4	0-10
Satisfação com o controlo da dor (0-10) (n=82)	7,8	2,6	0-10

No sentido de avaliar a intensidade da dor (*Severidade*) e o impacto da dor crónica na vida das pessoas, quais as estratégias utilizadas pela pessoa para lidar com a dor crónica, a perceção da pessoa sobre a autoeficácia e a perceção da pessoa sobre a sua qualidade de vida, procedemos à aplicação de um conjunto de instrumentos:

- o Inventário Resumido de Dor - BPI - versão portuguesa do “*Brief Pain Inventory*” (Anexo 5);
- o questionário de *coping* face à dor crónica - CAD-R - versão portuguesa do “*Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Reducido*” (Anexo 6);
- a Escala de Auto-eficácia para a dor crónica - versão portuguesa do “*Chronic Pain Self-Efficacy Scale*” (Anexo 7);
- o Questionário de Qualidade de Vida - SF36 v2(pt) (Anexo 8).

Na aplicação dos instrumentos, o investigador esteve presente durante o preenchimento e, em alguns momentos, procedeu à colocação das questões e efetuou o seu preenchimento. A baixa literacia, dificuldade na escrita ou ainda situação de vulnerabilidade relacionada com a presença de dor, foram algumas das razões apontadas para esta opção. A aplicação dos instrumentos foi efetuada entre 2^a a 6^a das 9 h até às 18 h (durante o horário de funcionamento da UDC) e no momento antes ou após a consulta médica.

Os procedimentos de análise estatística usados no tratamento dos dados quantitativos obtidos com a aplicação dos diferentes instrumentos de avaliação foram realizados recorrendo ao programa estatístico IBM SPSS® 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para a análise dos dados recorreremos a procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial.

Para a estatística descritiva, fizemos recurso às frequências e respetivos valores percentuais, às médias, como medida de tendência central, e ao desvio padrão, como

medida de dispersão. Tendo em conta o tamanho da amostra ($n=117$), e o teorema do limite central, usaram-se técnicas de estatística paramétrica para o tratamento das variáveis em estudo (108). Segundo Polit e Hungler (109 p. 44) os testes paramétricos “são mais eficientes, oferecendo uma maior flexibilidade do que os não-paramétricos, tendo por tais motivos, a preferência quando as variáveis são mensuradas com, no mínimo, uma escala por intervalo”. No entanto, usamos os testes paramétricos e os seus equivalentes não paramétricos tal como sugerido por Fife-Schaw (110). Dado que as conclusões de ambos os conjuntos de testes foram os mesmos em todos os casos, optou-se por apresentar os resultados dos testes paramétricos, porque estes são mais robustos e permitem o uso de análises multivariadas, reduzindo o número de testes realizados e, portanto, a probabilidade de erro de tipo I (111).

Assim, para a análise inferencial, foram realizados o teste *t de Student*, quando pretendemos a comparação de médias entre dois grupos; o teste de *F da One Way ANOVA*, para comparação de médias e variabilidade inter-grupos e o teste *post-hoc de Scheffe*, para verificar se existem ou não diferenças significativas entre grupos para as variáveis em estudo (108).

Nas situações em que pretendemos compreender o grau de associação ou correlação entre duas variáveis efetuamos o coeficiente *r* da correlação de *Pearson*, que nos fornece medidas da força e sentido da correlação existente.

Na análise estatística, as decisões quanto ao significado das diferenças e das associações, terão como referência o nível de significância de 5%, ou seja, quando a probabilidade calculada das diferenças que não seja devido ao acaso, for igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$).

Nas decisões quanto à importância da relação entre as variáveis, pela interpretação do coeficiente de correlação, os autores consultados não são unânimes. Assim, seguimos no presente estudo as referências de Pestana e Gageiro (112) que referem que, por convenção, valores de *r* menores do que 0,20 indicam uma associação muito baixa, entre 0,20 e 0,39 baixa, entre 0,40 e 0,69 moderada, entre 0,70 e 0,89 alta e por fim acima de 0,90 uma associação muito alta.

3.1.1. A severidade e interferência da dor na vida das pessoas

No sentido de conhecermos a severidade da dor e a interferência que a dor tinha nas atividades diárias da pessoa com dor crónica, utilizamos o Inventário Resumido da dor - versão portuguesa do *Brief Pain Inventory: BPI* (pt) de Azevedo e colaboradores (30). Os

dois domínios avaliados pelo BPI - intensidade da dor (*Severidade*) e o impacto da dor no funcionamento (*Interferência*) têm sido recomendados, de forma consensual, como indicadores de resultados (*outcomes*) em todos os ensaios clínicos relativos à dor crónica (113; 65).

Este inventário surgiu da colaboração entre o grupo de investigação da OMS e o grupo de investigação da dor em doentes oncológicos Anderson, da Universidade do Texas (EUA), liderado por Charles Cleeland²¹. O questionário original apresenta 32 questões (1989) e o questionário reduzido apresenta apenas 15 (1991) (114).

O BPI é um questionário que avalia a dor numa escala numérica de 0-10 (0 = sem dor/nenhuma interferência; 10 = pior dor possível/ interferência completa), nas últimas 24 horas, na última semana e no momento atual (114; 115). Avalia a intensidade/severidade da dor através da média dos quatro itens de dor - *score da severidade da dor* (dimensão sensorial) e a interferência que a dor tem na vida da pessoa e aspetos psicossociais (dimensão reativa) (114). A pessoa identifica o nível de *interferência da dor* em sete contextos: (1) atividade, (2) disposição, (3) capacidade para andar a pé, (4) trabalho normal, (5) relações com as outras pessoas, (6) sono e (7) prazer de viver (115). A subescala *interferência da dor* do BPI é avaliada como o score médio dos sete itens que avaliam a interferência da dor nas atividades diárias (113).

O BPI engloba, ainda, questões abertas, quanto à localização da dor e qual o tratamento que a pessoa faz para o seu alívio. Por fim, coloca uma questão fechada sobre a eficácia do tratamento analgésico (numa escala de 0% a 100%) (113; 114).

As vantagens da utilização do BPI (116) relacionam-se com a facilidade e rapidez de aplicação (cerca de 5-10 minutos); a boa qualidade psicométrica (*Alpha de Cronbach* variou entre 0,77 e 0,91; evidência de dois fatores na sua estrutura - intensidade/severidade e interferência da dor); e, ainda, a grande aceitação e utilização, tanto na investigação como na clínica, a nível mundial, tornando-se dos instrumentos de referência na área (30; 117). A facilidade de aplicação do BPI contribuiu para que fosse traduzido, desde meados dos anos 90 até aos nossos dias, para 35 línguas e dialetos (118). De facto, tem sido usado em centenas de estudos, e é por isso, uma referência para a avaliação da dor e do seu impacto (113). A versão portuguesa utilizada neste estudo foi traduzida e validada pelo grupo de Azevedo e colaboradores da

²¹ Os autores do instrumento BPI são Charles S. Cleeland e K.M. Ryan.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2007) no contexto de um estudo efetuado nas unidades de dor crónica (30; 119).

De acordo com as indicações dos autores, a análise do BPI foi realizada por secções distintas, uma vez que apresenta dois domínios: **Severidade e Interferência da dor** (113). Com vista à confirmação da estrutura da escala, foi realizada a Análise de Componentes Principais (ACP). A ACP foi forçada a dois fatores no sentido de se aproximar da estrutura do Inventário original, da qual resultou numa solução fatorial que explica 59,47% da variância total.

Analisamos a fidelidade das duas subescalas do BPI através do *coeficiente alpha de Chronbach*. No presente estudo a subescala **Severidade** apresenta um *coeficiente alpha de Chronbach* de 0,85 e a subescala **Interferência** apresenta um *coeficiente alpha de Chronbach* de 0,83, enquanto no estudo de validação apresentada pelos autores da tradução e validação da versão portuguesa (30), os valores são de 0,99 e 0,84, respetivamente. Apresentamos no quadro em anexo (Anexo 9) a consistência interna de cada uma das subescalas, a correlação item-total corrigida. Os resultados apresentados demonstram uma consistência interna excelente, demonstrando as boas qualidades psicométricas deste instrumento, já demonstradas por vários autores (30). Os resultados obtidos neste estudo de validação e nos estudos citados indiciam que estamos perante uma escala fiável e válida para avaliar a severidade da dor e a interferência da dor na vida diária na população com dor crónica.

No sentido de conhecermos a severidade e a interferência que a dor tem nas atividades diárias da pessoa com dor crónica, obtidas através do inventário de dor em análise, calculámos a amplitude, bem como a média, desvio padrão, nos diferentes domínios propostos pelo autor e na escala global. De acordo com as indicações dos autores, a análise do BPI foi também realizada por secções distintas, uma vez que apresenta dois domínios: **Severidade e Interferência da dor** (113).

A análise descritiva dos itens e subescalas da versão portuguesa do BPI utilizada são apresentadas no quadro 9, sendo possível verificar a existência de níveis moderados de severidade e interferência funcional da dor nestes doentes, tendo em conta os valores médios das respetivas subescalas, com um score médio de 5,37 e DP = 1,96 para a Severidade da dor e um score médio de 5,53 e DP = 2,29 para a Interferência da dor.

De realçar que as respostas a cada um dos itens foram avaliadas numa escala de *Likert* (0 - 10), relativamente à intensidade da dor, o zero corresponde a não ter dor e o dez corresponde à pior dor que se pode imaginar; relativamente à interferência da dor, o

zero corresponde - a dor não interferiu com a atividade, e o 10 corresponde - a dor interferiu completamente.

Quadro 9. Inventário resumido da dor - BPI(pt) - análise descritiva para cada item

Item	Média	DP	Min	Max	Mod	Med
1. (...) dor no seu máximo durante a última semana.	7,99	2,42	1	10	10	9
2. (...) dor no seu mínimo durante a última semana.	2,65	2,53	0	10	0	2
3. (...) intensidade da sua dor em média.	5,37	1,99	0	10	5	5
4. (...) intensidade da sua dor neste preciso momento.	5,47	2,43	0	10	5	5
8. (...) Na última semana (...) o alívio que sentiu.	5,15	3,09	0	10	3/6	5
A- Atividade geral	6,84	3,07	0	10	8	8
B- Disposição	5,96	3,05	0	10	8	7
C- Capacidade para andar a pé	5,00	3,28	0	10	0	6
D- Trabalho normal	7,07	2,80	0	10	8	8
E- Relações com outras pessoas	4,23	3,33	0	10	0	5
F- Sono	5,51	3,48	0	10	8/0	6
G- Prazer de viver	4,10	3,63	0	10	0	4
Subescalas	Score médio					
Severidade da dor (4 itens)	5,37	1,96	1	10	6	5,25
Interferência da dor (7 itens)	5,53	2,29	0	9	7	6

A análise dos resultados permite-nos inferir que os participantes neste estudo se encontram, na generalidade, com níveis de intensidade de dor média elevados, nomeadamente quanto ao máximo de dor sentida na última semana ($M = 7,99$; $DP = 2,42$). Verificamos ainda que a dor interfere mais com o trabalho normal ($M = 7,07$; $DP = 2,80$), com a atividade geral ($M = 6,84$; $DP = 3,74$), com a disposição da pessoa ($M = 5,96$; $DP = 3,05$) e o sono ($M = 5,51$; $DP = 3,48$).

Procuramos analisar também em que medida os resultados nas duas dimensões do BPI(pt) (severidade e interferência da dor na vida das pessoas) se apresentam interrelacionadas, pelo que procedemos ao cálculo das correlações dos resultados das duas dimensões. Assim, neste estudo, a severidade da dor correlaciona-se de forma positiva e muito significativa com a interferência da dor na vida das pessoas ($r = 0,60$, $p = 0,000$), ou seja, quanto maior a severidade da dor maior a interferência da dor na vida das pessoas, por este facto se justifica analisar os aspetos centrados na qualidade de vida das pessoas que vivem com dor crónica.

Com a finalidade de estabelecer e compreender as possíveis relações entre as dimensões do BPI(pt) e as variáveis pessoais, sociodemográficas e clínicas, conduziu-se, para o

efeito, uma análise de variância. A análise de variância foi feita através do *Teste t para amostras independentes* e o *Teste F One Way ANOVA Unifatorial* (conforme o adequado), considerando as variáveis independentes: sexo, estado civil, escolaridade - graus de ensino, estado civil e profissão.

Apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a **severidade da dor e interferência da dor em função do sexo** (Quadro 10).

Quadro 10. Análise das diferenças entre Severidade e Interferência da dor em função do sexo

Dimensões do BPI(pt)	Feminino (n=88) Média (DP)	Masculino (n=29) Média (DP)	t (115)
Severidade da dor	5,68 (1,88)	4,41 (1,92)	3,14**
Interferência da dor	5,81 (2,30)	4,67 (2,03)	2,38*

**p<0,01; *p<0,05

Há diferenças entre os homens e mulheres relativamente ao nível de *severidade da dor*, $t(115) = 3,14$, $p = 0,002$, as mulheres apresentam maior severidade da dor que os homens. Relativamente à *interferência da dor* verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas, apresentando as mulheres um maior nível de interferência da dor nas suas vidas que os homens, $t(115) = 2,38$, $p = 0,019$.

Verificamos que no presente estudo, a **severidade e interferência da dor** na vida das pessoas não se correlaciona com a *idade* da pessoa, nem *com quem vive* (nº de pessoas com quem vive) (Anexo 10).

Relativamente à **severidade e interferência da dor**, na presente amostra, não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas dimensões em função do *estado civil* dos participantes (Anexo 11), nem em função do *grau de ensino* (Anexo 12), nem em função da *profissão* (Anexo 13).

Quanto à *influência das variáveis clínicas na severidade e interferência da dor*, através dos resultados obtidos (quadro 11) podemos afirmar que, a severidade da dor se correlaciona de forma positiva e elevada com a intensidade da dor ($r = 0,85$, $p = 0,000$) e de forma positiva e baixa com a duração da dor (meses) ($r = 0,27$, $p = 0,003$); ou seja, quanto maior a severidade da dor/intensidade da dor também a duração da dor é maior, ou seja, apresentam dor mais intensa e com mais interferências na vida diária quem tem dor há mais tempo.

Quadro 11. Correlação entre Severidade da dor e a interferência da dor com a intensidade da dor e variáveis clínicas

Dimensões do BPI(pt)	Intensidade da dor (0-10)	Satisfação com o controlo da dor (0-10)	Duração da dor (meses)	RTP - nº de terapias	% de alívio sentido
Severidade da dor	,85**	-,14	,27**	,04	-0,47**
Interferência da dor	,48**	-,15	,21*	,27**	-0,38**

**p<0,01; *p<0,05

A interferência da dor na vida das pessoas correlaciona-se de forma positiva e moderada com a *intensidade da dor* ($r = 0,48$, $p = 0,000$), de forma positiva e fraca com o *número de terapias efetuadas* para o alívio da dor ($r = 0,27$, $p = 0,004$), e de forma positiva e significativa com a *duração da dor* ($r = 0,21$, $p = 0,025$). A análise dos resultados permite afirmar que a *interferência da dor* na vida das pessoas depende sobretudo da severidade, variando com a intensidade e a duração da dor, mas também com o número de terapias efetuadas para o seu alívio. A perceção de que se está a fazer algo para o controlo da dor, assim como o efeito das terapias/tratamentos realizados parece ter um efeito positivo minimizando a interferência que a dor tem na vida das pessoas.

Existe uma correlação negativa moderada e muito significativa entre a *severidade da dor* e *interferência da dor* com a percentagem de alívio sentido na última semana, relacionado com os tratamentos e medicação efetuada pelo participante, respetivamente, $r = -0,47$, $p = 0,000$ e $r = -0,38$, $p = 0,000$. Podemos dizer que quanto maior alívio da dor sentido pela pessoa associado aos tratamentos efetuados e da medicação, menor a severidade da dor e a interferência da dor na vida das pessoas.

3.1.2. Estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa com dor crónica

Para identificarmos as estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas com dor crónica, utilizamos **Questionário de *Coping* face à Dor Crónica - CAD-R (pt)**. Este instrumento resulta da tradução do “*Cuestionario de Afrontamiento al Dolor*” (CAD-R) da autoria de Soriano e Monsalve (120). Do questionário original de 31 itens (CAD) os autores eliminaram sete itens reduzindo-se a uma versão com um total de 24 itens (CAD-R) (121).

Vale Lima (122)²² traduziu e validou para uma amostra da população portuguesa este instrumento.

A versão original do *Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico Reducido* (CAD-R) de Soriano e Monsalve (121) é constituído por seis subescalas de primeira ordem, designadas na versão original como: *distracción, búsqueda de información, religión, catarsis, autocontrol mental e autoafirmación* e duas subescalas de segunda ordem (Quadro 12), denominados pelos autores como *afrontamiento activo e afrontamiento passivo* (121). As subescalas foram traduzidas para português por Vale Lima (122) por distração, procura de informação, religião, catarse, autocontrolo mental e autoafirmação.

Quadro 12. Subescalas de primeira e de segunda ordem do CAD-R

Versão original CAD-R		
Subescalas de 2ª ordem	Subescalas de 1ª ordem	Itens
<i>Coping</i> ativo	Distração	1,7,13,19
	Procura de informação	2,8,14,20
	Autocontrol Mental	5,11,17,23
	Autoafirmação	6,12,18,24
<i>Coping</i> passivo	Religião	3,9,15,21
	Catarse	4,10,16,22

O fator “distração” refere-se à estratégia de autocontrolo da dor que é a mais adaptativa, fazendo com que o indivíduo deixe de prestar atenção à dor. O fator “procura de informação” supõe a obtenção de informação para poder controlar ou diminuir a dor. O fator “religião” refere-se à necessidade de rezar e recorrer ao uso da religião para conseguir estabilidade e conforto. O fator “catarse” refere-se à busca de apoio emocional do ponto de vista de autocontrolo emocional. As pessoas que pontuam este fator necessitam de verbalizar o seu problema a outras pessoas, não tanto para encontrar soluções, mas para libertar-se emocionalmente. O fator “autocontrolo mental” faz referência aos esforços mentais para controlar a dor. Por último, o fator “autoafirmação” destaca a importância que tem no doente o facto deste não se redimir perante a dor, animando-se para poder superar a mesma (121).

²² Investigação defendida em 2008, realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto das Ciências da Saúde da UCP por Jorge Vale Lima, intitulada: *Tradução e validação do “Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R)” na Pessoa com dor crónica orientada pela Professora Doutora Célia Santos e co-orientada por Ana Leonor Ribeiro.*

O CAD-R original é composto por 24 itens, cujas respostas são apresentadas numa escala de frequência, tipo *Likert*, com cinco opções de resposta, correspondendo ao número 1 a resposta “nunca”, ao 2 “poucas vezes”, ao 3 “nem muitas nem poucos”, ao 4 “muitas vezes” e ao 5 “sempre”. As respostas são cotadas de acordo com as indicações dos autores, descritas no seu estudo (121), ou seja, deve proceder-se à soma dos diferentes itens, sendo que, quanto maior a pontuação maior é a utilização da estratégia de *coping* face à dor (Anexo 6).

À data do início da recolha de dados do presente estudo, estava concluído o processo de tradução, adaptação linguística e cultural do CAD-R, (estudo que conhecemos e seguimos de perto), pelo que utilizamos o instrumento com a intenção de submetê-lo a um processo de validação na nossa amostra, comparando os resultados com os do estudo de Vale Lima (122) que decorreu noutra contexto, embora com características similares. Os resultados do presente estudo foram comparados com os de Soriano e Monsalve (121) e com os de Vale Lima (122), sendo que, em termos da estrutura da escala, os nossos resultados são semelhantes aos resultados obtidos na sua validação original.

A seguir, apresentamos os principais resultados e as características psicométricas do instrumento em análise, baseadas no estudo efetuado (Anexo 14).

De forma a conhecer a organização de conteúdos da escala, procedemos à Análise dos seus Componentes Principais (ACP), selecionando os itens com carga fatorial superior a 0,30. No sentido de maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método Kaiser com rotação Varimax. A solução fatorial foi forçada a 6 fatores no sentido de se aproximar à estrutura obtida pelos autores originais - versão espanhola de Soriano e Monsalve (121) e versão portuguesa (122). A solução fatorial obtida inclui 6 fatores que explicam 70,76 % da variância total da escala.

A estrutura fatorial do *Questionário de Coping face à Dor Crónica - CAD-R(pt)*, apresenta neste estudo uma distribuição semelhante à preconizada pelo autor original Soriano e Monsalve (121), embora não coincidente com o estudo de Vale Lima (122), apesar dos contextos serem semelhantes (pessoas com dor crónica que frequentavam uma UDC de um Centro Hospitalar da zona norte). Todos os itens apresentam uma carga fatorial elevada (superior a 0,50). O fator que melhor explica o resultado da escala é o da Religião com 23,50% da variância total, seguido da Catarse com 13,88% da variância. O fator denominado *Autocontrolo mental* explica 12,34% da variância, o fator *Procura de informação* explica 9,97% da variância, o fator *Autoafirmação* explica 6,22% da variância e o fator *Distração* explica 4,86% da variância.

A análise conceptual do *Questionário de coping face à dor crónica - CAD-R (pt)* neste estudo, obteve a configuração demonstrada no quadro 13.

Quadro 13. Distribuição dos itens pelas subescalas do CAD-R

Sub-escalas do CAD-R	Itens da escala original (Soriano e Monsalve, 2004) e na amostra em estudo	Itens da escala (Lima, 2008)
Autocontrolo Mental	5,11,17,23	11,17,18,23,24
Religião	3,9,15,21	3,9,15,21
Auto-afirmação	6,12,18,24	1,6,7,12
Procura de Informação	2,8,14,20	8,14,16,20
Catarse	4,10,16,22	10,22
Distração	1,7,13,19	4,13,19

A análise da estrutura conceptual do Questionário de *Coping* face à Dor Crónica (CAD-R) assim obtida, composta por 24 itens, permite-nos concluir que estes se agrupam, na presente amostra, de acordo com seis estratégias de *coping* face à dor crónica, denominadas da seguinte forma: *Autocontrolo Mental*; *Religião*; *Autoafirmação*; *Procura de Informação*; *Catarse* e *Distração*.

Como referimos anteriormente, a organização conceptual encontrada para o instrumento em análise é coincidente com a proposta pelos autores da escala original de Soriano e Monsalve (121), mas organiza-se de forma díspar em alguns fatores em relação à organização obtida por Vale Lima (122).

Tendo em conta os fatores apresentados pelos autores do questionário original (121), e corroborados pela nossa amostra, analisamos a fidelidade do **Questionário de Coping face à Dor Crónica - CAD-R(pt)**, através do coeficiente de *Alpha de Cronbach* (Almeida e Freire, 1997; Anastasi, 1999) (Quadro 14).

Quadro 14. Fidelidade do Questionário de *Coping* face à Dor Crónica

Fatores/ Subescalas	Nº de itens (amostra)	Alpha de Cronbach (amostra) n=117	Alpha de Cronbach (Soriano e Monsalve, 2004) n=314	Alpha de Cronbach (Lima, 2008) n=221
Religião	4	0,97	0,94	0,87
Catarse	4	0,86	0,84	0,80**
Autocontrolo Mental	4	0,85	0,80	0,82*
Procura de Informação	4	0,81	0,74	0,77
Auto-afirmação	4	0,65	0,77	0,78
Distração	4	0,73	0,75	0,59***
Escala Total	24	0,84	---	0,86****

Legenda: *5 itens; **2 itens; ***3 itens; ****22 itens

O coeficiente de consistência interna global do questionário é de 0,84 (24 itens), semelhante ao encontrado na validação original e da versão portuguesa de Lima (122) (0,86; com 22 itens).

A leitura dos resultados foi realizada tendo em conta que, quanto maior o valor atribuído ao somatório dos itens de cada componente (subescala), maior é a adoção dessa estratégia de *coping* para lidar com a dor crónica. Assim, altos scores nas subescalas: Distração, Procura de informação, Autocontrolo mental e Autoafirmação correspondem à utilização de estratégias de *coping* ativo, e, em contrapartida, altos scores nas subescalas: Religião e Catarse correspondem à utilização de estratégias de *coping* passivas.

O Quadro 15 apresenta os resultados das pontuações globais das subescalas do CAD-R (pt) obtidos no grupo em análise. Para este efeito, foi calculada a média e desvio-padrão para cada dimensão da escala *Coping face à dor crónica* - CAD-R (pt), e para as dimensões *Estratégias de coping ativas* (que corresponde à utilização das estratégias de Autoafirmação, Procura de informação, Autocontrolo mental e Distração) e *Estratégias de coping passivas* (que corresponde à utilização das estratégias de *coping* Religião e Catarse).

Quadro 15. Distribuição da média e desvio-padrão das dimensões da escala *Coping* face à dor crónica - CAD-R (pt)

Dimensões do CAD-R(pt)	Nº de itens	Min.	Max.	Score Médio	Desvio-padrão
Autoafirmação	4	2	5	3,89	0,73
Religião	4	1	5	3,04	1,35
Procura de Informação	4	1	5	2,72	0,96
Autocontrolo Mental	4	1	5	2,15	1,08
Catarse	4	1	5	2,29	1,01
Distração	4	1	5	2,40	0,96
Estratégias de <i>coping</i> ativas	4 subescalas	1	4	2,79	0,62
Estratégias de <i>coping</i> passivas	2 subescalas	1	5	2,66	0,91

Nota: a escala CAD-R (pt) está avaliada para cada item de 1-5 [nunca-sempre].

Podemos verificar que perante a situação de dor crónica, os participantes recorrem mais à estratégia *Autoafirmação*²³, tendo uma média de 3,89 (DP = 0,73), seguida do recurso à *Religião*²⁴, média de 3,04 (DP = 1,35) e da *Procura de informação*²⁵. O *Autocontrolo mental*²⁶, a *Distração*²⁷ e a *Catarse*²⁸ são as estratégias de *coping* menos utilizadas.

Os estudos de Soriano e Monsalve (121) e Soucase, Monsalve e Soriano (123), apontam como recurso a estratégias de *coping* ativas pelos participantes, em que as estratégias mais utilizadas são: a *Autoafirmação*, a *Procura de Informação*, a *Religião* e o *Autocontrolo Mental*. Os resultados obtidos no presente estudo apresentam algumas similaridades nas três estratégias mais utilizadas.

Da análise da correlação entre as subescalas do CAD-R (pt) que apresentamos no anexo 15, permite-nos concluir que a subescala *Religião*, que se refere à necessidade de rezar e de usar a religião para conseguir estabilidade e consolo perante a situação de dor,

²³ **Autoafirmação** - destaca a importância da pessoa com dor crónica não se render à dor, animando-se para fazer frente à mesma;

²⁴ **Religião** - refere-se à necessidade de rezar e de usar a religião para conseguir estabilidade e consolo;

²⁵ **Procura de Informação** - supõe a procura de informação para poder controlar e diminuir a dor;

²⁶ **Autocontrolo Mental** - faz referência aos esforços mentais para controlar a dor;

²⁷ **Distração** - é referida como a estratégia adaptativa que faz com que o indivíduo deixe de prestar atenção à dor;

²⁸ **Catarse** - refere-se à procura de apoio emocional. As pessoas que pontuam este fator, necessitam de verbalizar o seu problema a outras pessoas, não tanto para encontrar soluções, mas para se libertarem emocionalmente.

correlaciona-se de forma muito fraca, positiva e estatisticamente significativa com a subescala *Autocontrolo mental* ($r = 0,198$; $p = 0,033$) e com a subescala *Procura de Informação* ($r = 0,223$; $p = 0,016$). Este resultado pode evidenciar que aquelas pessoas que utilizam a religião enquanto estratégia de *coping* face à dor crónica utilizam igualmente o autocontrolo mental e a procura de informação para lidar melhor com a dor, ou seja estratégias ativas.

Por seu lado, a subescala *Catarse* que se refere à procura de apoio emocional, através da verbalização do problema a outras pessoas, correlaciona-se de forma fraca, mas positiva e estatisticamente muito significativa com a subescala *Procura de Informação* ($r = 0,437$; $p = 0,000$). Este resultado pode sugerir que o facto de a pessoa falar sobre a sua dor pode ser no sentido de clarificar a sua dor e procurar ajuda para a compreender e controlar.

O *Autocontrolo Mental* que faz referência aos esforços mentais para controlar a dor correlaciona-se de forma positiva, de forma fraca e estatisticamente muito significativa com a *Procura de Informação* ($r = 0,278$; $p = 0,002$) e de forma muito fraca e estatisticamente significativa com *Autoafirmação* ($r = 0,193$; $p = 0,037$). Este resultado parece sugerir que aqueles que tentam focalizar-se na sua dor, procuram igualmente informar-se sobre aspetos relacionados com a sua situação e desta forma não se rendem à dor, tentam controlá-la.

A *Procura de Informação* que descreve a busca de informação ou esclarecimento para poder controlar e diminuir a dor, apresenta uma correlação positiva muito fraca e estatisticamente significativa com a *Autoafirmação* ($r = 0,188$; $p = 0,042$) e com a *Distração* ($r = 0,218$; $p = 0,018$). Estes resultados podem reforçar a ideia de que a pessoa que mais se concentra na sua dor, focalizando para ela toda a sua atenção, procura também a utilização de outras estratégias ativas que vão de encontro a mais informação e a sensação de ser capaz de vencer a sua dor e controlá-la.

A *Autoafirmação* que destaca a importância da pessoa com dor crónica não se render à dor, animando-se para fazer frente à mesma, apresenta uma correlação positiva, moderada e estatisticamente muito significativa com a subescala *Distração* ($r = 0,517$; $p = 0,000$). Este resultado demonstra que a utilização da *distração* enquanto estratégia para lidar com a dor crónica é já por si mesmo, uma forma de fazer frente à dor, e não se deixar abater perante a situação.

No sentido de verificar a ***influência das variáveis sociodemográficas nas estratégias de coping*** utilizadas pela pessoa com dor crónica, procedemos à avaliação de possíveis diferenças e/ou associações entre a variável dependente (estratégias de *coping* da

pessoa face à dor crónica) nas suas diversas dimensões em função das variáveis sociodemográficas.

Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa face à dor em função do *sexo*, os resultados permitem constatar que existem diferenças entre os homens e mulheres ao nível da estratégia de *coping* utilizadas face à dor crónica apenas para a *Religião*, com um valor de $t(115) = 3,01, p = 0,003$. As mulheres utilizam mais o recurso à *Religião* como estratégia de *coping* face à dor (Anexo 16).

Quanto à influência da variável *idade* e *com quem vive* na utilização de estratégias de *coping* face à dor, através da leitura do Quadro 16, verificamos uma correlação estatisticamente muito significativa, mas negativa e baixa, entre a idade e a estratégia de *coping Procura de Informação* ($r = -0,25; p = 0,007$), e uma correlação pouco significativa, negativa e fraca entre a idade e a utilização das estratégias de *coping* ativas ($r = -0,20; p = 0,03$). De facto, resultados semelhantes têm sido apresentados por alguns autores (32; 74), referindo a este respeito que com o avançar da idade, aumentam também as situações potencialmente desencadeadoras de dor e ao mesmo tempo uma maior limitação para recorrer à informação e a estratégias mais ativas. Esta dificuldade advém frequentemente do seu isolamento, da sua dependência, da descrença dos outros em relação à dor da pessoa ou ainda pela crença de que a dor é um sintoma inevitável à medida que a idade avança.

Quadro 16. Correlações entre as estratégias de *coping* face à dor crónica com idade e com quem vive

Dimensões do CAD-R(pt)	Idade	Com quem vive (nº de pessoas)
Religião	0,14	0,03
Catarse	-0,01	0,03
Autocontrolo Mental	-0,06	0,05
Procura de Informação	-0,25**	0,21*
Autoafirmação	-0,03	0,03
Distração	-0,18	0,10
Estratégias de <i>coping</i> ativas	-,20*	0,152
Estratégias de <i>coping</i> passivas	0,1	0,043

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Verificamos ainda uma correlação estatisticamente significativa, positiva e baixa, entre o número de pessoas com quem vive e a *Procura de informação* ($r = 0,21; p = 0,022$), ou seja, quanto maior o número de pessoas com quem vivem, quanto menos isoladas estão, mais os participantes utilizam a estratégia *Procura de Informação*.

Os resultados da análise efetuada às **estratégias de coping utilizadas pela pessoa em função do estado civil** podem ser visualizados no quadro em anexo apresentando diferenças significativas entre a dimensão: *Catarse* com o estado civil dos participantes, $F(3,113) = 2,96, p = 0,04$ (Anexo 17). O teste *Post-Hoc de Scheffe* revelou que os participantes viúvos tendem a utilizar menos a *Catarse* enquanto estratégia de coping face à dor crónica em comparação com o grupo dos divorciados ou separados, com médias no grupo dos viúvos ($n = 8$) com $M = 1,53$ ($DP = 0,31$) e $M = 2,83$ ($DP = 1,06$) no grupo dos separados ou divorciados ($n = 13$). O isolamento a que muitas pessoas viúvas estão remetidas, vivendo frequentemente, mais isoladas, por vezes sozinhas, pode ser um fator explicativo desta menor utilização da *catarse* enquanto estratégias para lidar com a dor. Outro facto refere-se aquilo que muitas pessoas com dor frequentemente relatam: “já não vale a pena queixar-me”.

Relativamente às **estratégias de coping utilizadas pela pessoa com dor crónica em função do nível de escolaridade**, os resultados do Quadro 17 mostram que a estratégia *Procura de Informação* e a utilização de *estratégias de coping ativas* apresentam diferenças significativas em função dos graus de ensino, apresentando respetivamente, valores de $F(3,113) = 5,99, p = 0,00$ e $F(3,113) = 5,43, p = 0,00$.

Quadro 17. Estratégias de coping da pessoa face à dor em função dos graus de ensino

Dimensões do CAD-R (pt)	Graus de ensino				F (3,113)
	Analfabeto	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	
	(n = 3) Média (DP)	(n = 84) Média (DP)	(n = 22) Média (DP)	(n = 8) Média (DP)	
Religião	1,33 (0,58)	3,03 (1,31)	3,42 (1,45)	2,69 (1,17)	2,47
Catarse	2,58 (1,67)	2,32 (1,01)	2,28 (0,98)	1,94 (0,98)	0,42
Autocontrolo Mental	1,17 (0,29)	2,12 (1,07)	2,18 (1,06)	2,78 (1,15)	1,82
Procura de Informação	1,42 (0,29)	2,59 (0,90)	3,19 (0,92)	3,34 (0,96)	5,99**
Autoafirmação	3,92 (1,04)	3,84(0,71)	3,97 (0,81)	4,19 (0,68)	0,67
Distração	1,83 (1,04)	2,29 (0,82)	2,65 (1,32)	3,09 (0,96)	2,72
Estratégias de coping ativas	2,08 (0,52)	2,71 (0,56)	3,00 (0,71)	3,35 (0,42)	5,43**
Estratégias de coping passivas	1,96 (0,75)	2,67 (0,91)	2,85 (0,91)	2,31 (0,85)	1,34

** $p < 0,01$

O teste *Post-Hoc de Scheffe* revelou que os grupos que mais contribuíram para as diferenças significativas existentes em função do grau de ensino foram os participantes com o ensino secundário e os participantes do ensino superior que relatam maior

utilização da estratégia de *Procura da Informação* em relação ao grupo dos analfabetos. Relativamente à utilização das *estratégias de coping ativas*, o mesmo teste *Post-Hoc de Scheffe* revelou que as diferenças significativas se verificavam entre o grupo dos analfabetos e com o ensino básico em relação com os grupos com ensino superior, apresentando estes últimos médias mais elevadas. Estes resultados permitem-nos inferir que quanto maior o nível de ensino maior a *procura de informação* por parte das pessoas com dor crónica e maior utilização das *estratégias de coping ativas*.

Relativamente às *estratégias de coping utilizadas pela pessoa com dor crónica em função da profissão* os resultados indicam-nos que não existem diferenças significativas entre as estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas com dor crónica deste estudo e a profissão das mesmas, com exceção da *Distração* (Anexo 18). No entanto, após a realização do teste *Post-Hoc de Scheffe* não foi possível saber quais as profissões que contribuíam para estas diferenças.

Relativamente à *influência das variáveis clínicas na utilização de estratégias de coping face à dor crónica*, apenas se verificou uma correlação significativa, positiva e baixa, entre o número (nº) de terapias utilizadas e a utilização do *Autocontrolo mental* ($r = 0,22$; $p = 0,016$), o que permite inferir que quanto maior o nº de terapias utilizadas mais os participantes referiam recorrer ao *Autocontrolo mental* (Anexo 19). Este aspeto poderá estar relacionado com a focalização na dor, a intensificação de utilização de estratégias terapêuticas para fazer face à intensidade da dor tentando controlá-la.

3.1.3.A autoeficácia para lidar com a dor crónica

No sentido de medir a perceção de autoeficácia sobre a capacidade para lidar com as consequências da dor crónica, foi utilizada a EAEDC (124) que é a versão portuguesa (do Brasil) da *Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSS)* de Anderson e colaboradores (125).

Esta escala é composta por 22 itens e dividida pelos três domínios: a autoeficácia para o controlo da dor (PSE), a autoeficácia para a função física (FSE) e a autoeficácia para controlo dos sintomas (CSE). Cada crença é avaliada numa escala tipo *Likert* que varia entre 10 a 100 pontos e que corresponde à certeza que se tem em relação a cada item. É possível obter-se um score para cada fator e a soma destes fatores fornece o score total da escala. Segundo Anderson e colaboradores (125) o score mínimo é de 30 e o máximo possível é de 300. O procedimento para a determinação dos scores inclui a contagem independente dos scores de cada domínio e a soma dos scores de todos os domínios. O primeiro domínio (PSE) contém 5 itens, o segundo domínio (FSE) contém 9

itens e o terceiro domínio (CSE) apresenta 8 itens; as respostas devem ser somadas em cada domínio e o resultado dividido pelo número de itens de cada domínio.

A versão portuguesa do Brasil da EAEDC foi obtida numa amostra de 132 pessoas com dor crónica de etiologia variada. A validade da escala em língua portuguesa foi confirmada pela análise fatorial, que manteve os três domínios e os 22 itens da escala original; a variância explicada foi de 60,8%. A confiabilidade, analisada pelo *Alpha de Cronbach*, variou entre 0,76 e 0,92 para os diferentes domínios e foi de 0,94 para a escala total. A validade convergente, verificada por meio da comparação entre a Escala de Autoeficácia para Dor Crónica (AEDC) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) mostrou correlação negativa e estatisticamente significativa. Segundo as autoras, este estudo disponibilizou para a língua portuguesa um instrumento válido e confiável para a avaliação da autoeficácia de pessoas com dor crónica (124).

Por não termos conhecimento do seu uso na população portuguesa (em Portugal) no momento projetado para a aplicação deste instrumento e dadas as características específicas da amostra em estudo, realizamos um estudo de validação do instrumento.

Procedemos à análise dos seus componentes principais (ACP), selecionando os itens com carga fatorial superior a 0,30. No sentido de maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método *Kaiser* com rotação *Varimax*. A solução fatorial foi forçada a 3 fatores no sentido de se aproximar à estrutura obtida pelos autores originais (125) e dos autores da versão portuguesa - Brasil de Salvetti e Pimenta (124). A solução fatorial obtida inclui 3 fatores que explicam 66,31% da variância total da escala. O fator que melhor explica a EAEDC é o da *Autoeficácia para a função física* (AEF) com 48,62% da variância explicada, seguindo-se a *Autoeficácia para o controlo da dor* (AED) com 10,94% da variância e por fim a *Autoeficácia para lidar com outros sintomas* (AES) com 6,74% da variância explicada (Anexo 20). Tendo por base a organização dos itens encontrada na Análise dos Componentes Principais, foram calculados os valores de consistência interna (*Alpha de Cronbach*). Todos os 22 itens apresentam uma carga fatorial superior a 0,30.

A estrutura fatorial da Escala de Autoeficácia face à Dor Crónica (EADC), na sua versão portuguesa - Portugal, apresenta neste estudo uma distribuição ligeiramente diferente dos autores da escala original - Anderson e colaboradores (125) e da apresentada por Salvetti e Pimenta (124).

A análise conceptual da Escala de Autoeficácia face à Dor Crónica - versão portuguesa EAEDC(pt), neste estudo obteve a configuração demonstrada no anexo 20. A análise da estrutura conceptual da escala EAEDC fica composta por 22 itens tal como nos estudos

de Anderson e colaboradores (125) e Salvetti e Pimenta (124). No entanto, alguns itens agrupam-se de forma diferente relativamente ao trabalho original (Quadro 18).

Quadro 18. Distribuição dos itens pelas subescalas da EADC e valores de *Alpha de Cronbach*

Domínio	Anderson e colaboradores (1995)	Salvetti e Pimenta (2005)	Ribeiro (2012) presente estudo
Autoeficácia para o controlo da dor - AED	0,86 / 0,88 (5 itens) AED1, AED2, AED3, AED4, AED5)	0,76 (5 itens) (AED1, AED2, AED3, AED4, AED5)	0,88 (6 itens) (AED1, AED3, AED4, AED5, AES7, AES8)
Autoeficácia para a função física - AEF	0,91 / 0,87 (9 itens) (AEF1, AEF2, AEF3, AEF4, AEF5, AEF6, AEF7, AEF8, AEF9)	0,92 (9 itens) (AEF1, AEF2, AEF3, AEF4, AEF5, AEF6, AEF7, AEF8, AEF9)	0,93 (10 itens) (AED2, AEF1, AEF2, AEF3, AEF4, AEF5, AEF6, AEF7, AEF8, AEF9)
Autoeficácia para lidar com outros sintomas - AES	0,91 / 0,90 (8 itens) (AES1, AES2, AES3, AES4, AES5, AES6, AES7, AES8)	0,89 (8 itens) (AES1, AES2, AES3, AES4, AES5, AES6, AES7, AES8)	0,90 (6 itens) (AES1, AES2, AES3, AES4, AES5, AES6)
Autoeficácia face à dor crónica - AEDC	(22 itens)	0,94 (22 itens)	0,95 (22 itens)

No presente estudo o item AED2: “*Pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?*” agrupa-se na subescala AEF. No estudo desenvolvido por Salvetti e Pimenta (124) este item tinha pontuado na subescala AEF, tendo estas autoras ponderado retirá-lo da dimensão original, no entanto, numa fase final optaram por o manter na mesma subescala. No presente estudo, por apresentar um valor de *Alpha* elevado (0,70) na subescala AEF decidimos pela sua manutenção nesta subescala. De facto, o conteúdo deste item parece mais coerente nesta subescala da autoeficácia para a função física, já que questiona a capacidade de continuar a realizar a maioria das atividades diárias, o que parece mais relacionado com a função física.

Os itens AES7: “*Pode lidar com dor leve ou moderada?*” e AES8: “*Pode lidar com dor forte?*”, agrupam-se na subescala AED (Autoeficácia para o controlo da dor), o que faz sentido, já que o item especifica a forma de lidar com o sintoma dor.

A análise da correlação de *Pearson (r)* entre as subescalas da EAEDC(pt) permitiu-nos verificar que todas as subescalas da EAEDC (pt) se correlacionam muito significativamente entre si (Anexo 21). Assim, a subescala AED que se refere à crença que a pessoa tem de que é capaz de controlar a sua dor, correlaciona-se de forma moderada positiva e estatisticamente muito significativa com a AEF - *autoeficácia para a função física* ($r = 0,532$; $p = 0,000$) e com a AES - *autoeficácia para lidar com outros*

sintomas ($r = 0,592$; $p = 0,000$), assim como a *AEF* com a *AES* - autoeficácia para lidar com outros sintomas, com valores de ($r = 0,702$; $p = 0,000$).

A validade convergente é uma forma de validação externa e verifica se o constructo apresenta correlação com variáveis relacionadas. Este tipo de validade visa confirmar o conteúdo da escala. Neste sentido, fizemos a análise da correlação de *Pearson* (r) entre as subescalas da *EAEDC*(pt) e as subescalas do *Questionário de Coping face à dor crónica* - *CAD-R*(pt) e do *BPI*(pt).

Verificamos que existe uma correlação negativa fraca e estatisticamente muito significativa entre todas as subescalas da *EAEDC*(pt) e as duas subescalas do *BPI*(pt) (Anexo 22). A subescala *Autoeficácia para o controlo da dor* - *AED* correlaciona-se de forma fraca negativa e estatisticamente muito significativa com a subescala *Severidade da dor* do *BPI*(pt), apresentando valores de $r = -0,393$; $p = 0,000$ e com a subescala *Interferência da dor* do *BPI*(pt), $r = -0,480$; $p = 0,000$.

Da mesma forma, a subescala *Autoeficácia para a função física* - *AEF* correlaciona-se de forma fraca negativa e estatisticamente muito significativa com as subescalas do *BPI*(pt): *Severidade da dor* e *Interferência da dor*, apresentando, respetivamente, os seguintes valores: $r = -0,265$; $p = 0,004$ e $r = -0,453$; $p = 0,000$.

A subescala *Autoeficácia para lidar com outros sintomas* - *AES* correlaciona-se negativamente e de forma muito significativa com as subescalas: *Severidade da dor* e *Interferência da dor* do *BPI* (pt), apresentando, respetivamente, uma correlação muito fraca (valores de $r = -0,240$; $p = 0,009$) e correlação moderada ($r = -0,516$; $p = 0,000$).

Em síntese, poderemos dizer que quanto maior a severidade da dor (intensidade da dor em vários momentos), menos capazes se sentem as pessoas para controlar a dor, ou seja, menos autoeficácia face ao controlo da dor; menos capazes se sentem para desempenhar atividades físicas - autoeficácia para a função física e menos capazes se sentem para controlar outros sintomas - autoeficácia para lidar com outros sintomas, que habitualmente coexistem com a dor crónica (Figura 5).

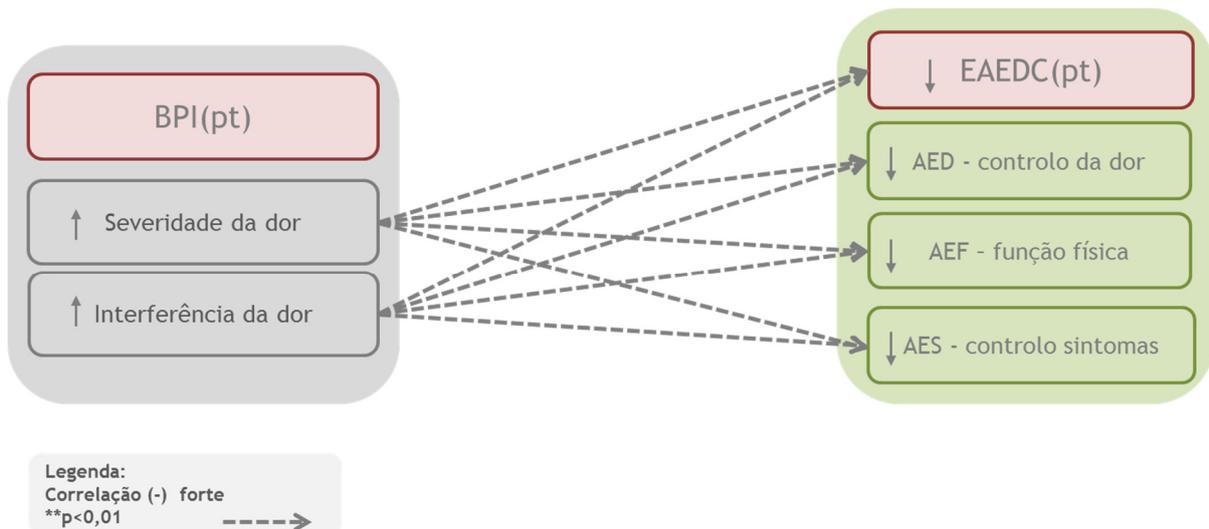


Figura 5. Correlação entre Severidade e Interferência da dor e autoeficácia face à dor crónica

Da mesma forma, podemos dizer que quanto maior a interferência da dor na vida das pessoas, menos capazes se sentem para controlar a sua dor, para desempenhar atividades físicas e para lidar com outros sintomas relacionados com a dor crónica.

No sentido de caracterizar a perceção da autoeficácia das pessoas no controlo da dor crónica, ou seja, a crença na habilidade pessoal para desempenhar com sucesso determinada tarefa ou comportamentos para controlar a dor crónica, analisamos os resultados das pontuações globais das subescalas da *Escala de Autoeficácia face à dor crónica* (EAEDC).

A análise descritiva das subescalas da versão portuguesa da EAEDC são apresentados no Quadro 19, sendo possível verificar a existência de níveis de autoeficácia mais reduzida ao nível do controlo da dor (AED), com uma média de 51,78 e DP = 18,21, onde pelo menos metade dos participantes apresenta níveis de confiança inferiores a 48 (onde 100 significaria total confiança nas suas capacidades para controlar a dor). As restantes dimensões apresentam valores de mediana entre 56 - 60 pontos, o que permite obter uma autoeficácia global face à dor crónica com uma média de 56,47 e um DP = 17,13, com uma mediana sobreponível à média.

Quadro 19. Distribuição da média e desvio-padrão das dimensões da Escala de Autoeficácia face à dor crónica - EAEDC (pt)

Dimensões da EAEDC (pt)	Nº de itens	Min.	Max.	Média	Desvio-padrão	Med	Moda
Autoeficácia para o controlo da dor - AED	6	15	100	51,78	18,21	48,33	40
Autoeficácia para a função física - AEF	10	10	100	59,61	21,94	60	Multimodal
Autoeficácia para o controlo dos sintomas - AES	6	17	100	58,03	19,50	58,33	67
Escala global - EAEDC	22	15	95	56,47	17,13	56,11	Multimodal

NOTA: score 0-100

Quanto à *influência das variáveis sociodemográficas na autoeficácia* para o controlo da dor crónica, os resultados obtidos na análise da variância entre a autoeficácia e a variável **sexo** permitem inferir que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente à autoeficácia face à dor crónica (Anexo 23).

O Quadro 20 permite verificar uma correlação negativa, muito significativa e fraca entre **idade** e a autoeficácia para a função física (AEF) ($r = -0,25$, $p = 0,007$), justificando que quanto mais idosa é a pessoa, menos a pessoa acredita na sua capacidade para realizar determinadas atividades diárias, tais como caminhar, levantar pesos, ir ao supermercado e participar em atividades com os familiares.

Quadro 20. Autoeficácia face à dor crónica em função da idade e com quem vive

Dimensões da EAEDC(pt)	Idade	Com quem vive (nº de pessoas)
Autoeficácia para o controlo da dor - AED	0,05	-0,07
Autoeficácia para a função física - AEF	-,25**	0,16
Autoeficácia para o controlo dos sintomas - AES	-0,15	-0,02
Escala global - EAEDC	-0,13	0,00

** $p < 0,01$

Relativamente ao **estado civil**, os resultados apontam para a existência de diferenças significativas entre a crença na autoeficácia face à dor crónica, nomeadamente para o controlo dos sintomas (AES) em função do estado civil, $F(3,113) = 3,41$, $p = 0,020$ (Anexo 24). Na AEF e na AED não existem diferenças significativas em função do estado civil. O teste *Post-Hoc de Scheffe* não revelou entre que grupos se situavam as diferenças

significativas relativamente à variável estado civil dos participantes. No entanto, a análise descritiva indica-nos que os participantes solteiros, os separados ou divorciados e os viúvos (sem companheiro), apresentam valores médios mais elevados na *Autoeficácia para o controlo dos sintomas (AES)* e na *Autoeficácia face à dor crónica (Escala global)* que os casados.

Relativamente à análise efetuada, os resultados demonstram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o nível da *autoeficácia face à dor crónica* em função dos *graus de ensino* (Anexo 25), nem em função da *profissão* (Anexo 26).

Procuramos identificar qual a *influência das variáveis clínicas* (intensidade da dor, satisfação com o controlo da dor, duração da dor, número de terapias usadas e alívio sentido) na *autoeficácia face à dor crónica*.

Os resultados apresentados no quadro 21 evidenciam que a autoeficácia face ao controlo da dor (AED) está associada de forma negativa, muito significativa e fraca com a intensidade da dor, $r = -0,30$, $p = 0,001$. Quanto maior a intensidade da dor, menor é a perceção de que é capaz de controlar a sua dor. Pelo contrário, quanto maior o alívio sentido, mais a pessoa se sente capaz:

- de controlar a dor (observando-se uma correlação positiva e baixa entre a percentagem de alívio sentido e a autoeficácia para o controlo da dor: $r = 0,26$, $p = 0,005$);
- para o controlo dos sintomas ($r = 0,21$, $p = 0,02$);
- para a função física ($r = 0,19$, $p = 0,045$), que permitirá realizar mais atividades diárias.

Quadro 21. Autoeficácia face à dor crónica em função das variáveis clínicas

Dimensões da EAEDC(pt)	Intensidade da dor	Satisfação com o controlo da dor	Tempo de dor (meses)	RTP - nº de terapias	% Alívio
Autoeficácia para o controlo da dor - AED	-,30**	0,06	-0,18	-0,11	,26**
Autoeficácia para a função física - AEF	-,20*	0,10	-0,02	-,20*	,19*
Autoeficácia para o controlo dos sintomas - AES	-,21*	0,13	-0,17	-0,12	,21*
Escala global - EAEDC	-,28**	0,04	-0,10	-0,17	,23*

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

A autoeficácia para a função física (AEF) correlaciona-se negativamente, de forma muito significativa e baixa com a intensidade da dor, $r = -0,20$, $p = 0,035$; e com o nº de terapias utilizadas, $r = -0,20$, $p = 0,03$. Ou seja, quanto maior a intensidade da dor e mais tratamentos se encontra a realizar, menos capaz se sente para realizar determinadas atividades diárias. A mesma situação se verifica na correlação entre a autoeficácia para o controlo dos sintomas (AES) com a intensidade da dor, $r = -0,21$, $p = 0,021$, apresentando uma correlação negativa, significativa e baixa, ou seja, quanto mais intensa é a dor menor é a perceção da capacidade da pessoa para controlar os sintomas associados à dor crónica.

A análise da correlação entre as subescalas do CAD-R(pt) e as subescalas do EAEDC(pt) (Figura 6) permite-nos concluir que as subescalas do CAD-R (pt) *Autoafirmação* se correlaciona de forma positiva e estatisticamente muito significativa com a *Autoeficácia para o controlo dos sintomas* ($r = 0,288$; $p = 0,002$). Por seu lado, a subescala *Autocontrolo mental* correlaciona-se de forma muito fraca negativa e estatisticamente significativa com as diferentes subescalas: *Autoeficácia para o controlo da dor* ($r = -0,194$; $p = 0,036$), *Autoeficácia para a função física* ($r = -0,189$; $p = 0,041$) e com a *Autoeficácia para o controlo dos sintomas* ($r = -0,202$; $p = 0,029$) (Anexo 27). Assim, os resultados demonstram que quanto menos a pessoa se sente capaz de controlar a sua dor crónica, a função física e os outros sintomas associados à dor, mais a pessoa utiliza o autocontrolo mental, ou seja, realiza mais esforços mentais para se focalizar na sua dor no sentido de a controlar.

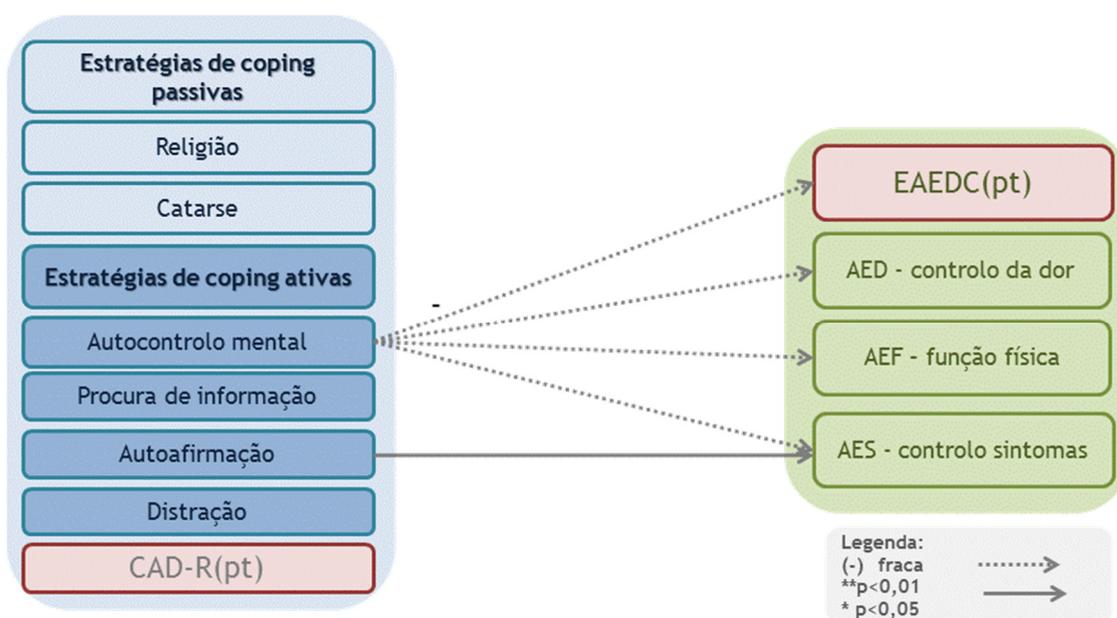


Figura 6. Correlação entre as estratégias de coping utilizadas pela pessoa e a autoeficácia face à dor crónica

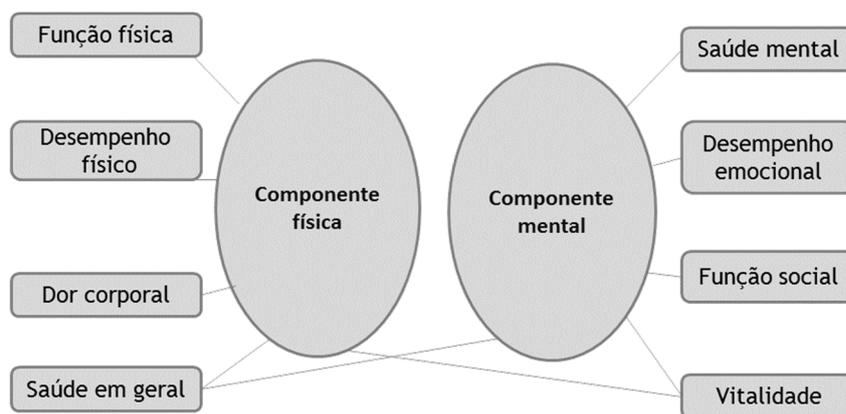
3.1.4.A percepção da qualidade de vida

Para procedermos à avaliação da percepção da qualidade de vida das pessoas com dor crónica recorreremos ao Questionário de Qualidade de Vida - SF36 v2, desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado para a população portuguesa em 1997, por Ferreira (126; 127). O SF36 - v2 é constituído por 36 itens de autorresposta e destina-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, abrangendo oito dimensões de estado geral de saúde, que detetam tanto os estados positivos como os negativos.

Este questionário não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento (Anexo 8). Por se tratar de um questionário que tem sido largamente utilizado na investigação no contexto da população portuguesa, procedeu-se de imediato ao tratamento de dados após a recodificação das questões.

O SF-36 foi construído para representar oito conceitos importantes em saúde. A primeira dimensão denomina-se “*função física*”, composta por 10 itens, que medem desde a limitação para executar atividades físicas menores, até às atividades mais extenuantes, passando por atividades intermédias. A segunda dimensão refere-se ao “*desempenho físico*”, com quatro itens. A terceira diz respeito ao “*desempenho emocional*”, com três itens. Estas duas dimensões medem a limitação da saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. A “*dor física*” é a quarta dimensão com dois itens, que representam, não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como esta interfere nas atividades normais. A “*saúde em geral*” com cinco itens pretende medir o conceito da percepção holística da saúde, incluindo não só saúde atual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável. A “*vitalidade*” com quatro itens inclui os níveis de energia e de fadiga, permite captar melhor as diferenças de bem-estar. A “*função social*” com dois itens pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais da pessoa que responde. Por fim, a última dimensão, é a “*saúde mental*”, com cinco itens, que medem a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

Os oito conceitos representados no SF-36 foram posteriormente agrupados em duas componentes (saúde física e saúde mental), constituindo-se como um modelo fatorial com as duas componentes (Figura 7).



Adaptado de Ferreira, P.L., 1997

Figura 7. Modelo fatorial SF36 com duas componentes

O quadro 22 mostra-nos o número de itens que constitui cada domínio, bem como o seu conteúdo abreviado. Por fim, “a escala da transição ou mudança de saúde, que, não constituindo por si só uma dimensão, solicita ao respondente que informe com base na experiência previamente vivida, o grau de mudança em geral da sua saúde” (126).

Quadro 22. Domínios do Questionário de Estado de Saúde SF-36 e seu conteúdo

Domínio	Nº de itens	Conteúdo abreviado
Função física (ff)	10	Medida pela qual a saúde limita atividades físicas como o autocuidado, andar a pé, subir escadas, inclinar-se ou baixar-se e realizar exercícios moderados e violentos.
Desempenho físico (df)	4	Medida pela qual a saúde física interfere com o trabalho ou outras atividades diárias, incluindo realizar menos do que queria, limitações no tipo de atividades ou dificuldades em executar essas atividades.
Dor corporal (dc)	2	Intensidade da dor e efeitos da dor sobre o trabalho normal, tanto dentro como fora de casa.
Saúde geral (sg)	5	Avaliação pessoal da saúde, incluindo saúde atual, perspectivas de saúde e resistência à doença.
Vitalidade (vt)	4	Sentir-se cheio de energia e vigor <i>versus</i> sentir-se cansado e esgotado
Função social (fs)	2	Medida pela qual a saúde física ou problemas emocionais interferem com as atividades sociais normais.
Desempenho emocional (de)	3	Medida pela qual os problemas emocionais interferem com o trabalho ou outras atividades diárias, incluindo diminuição do tempo gasto na sua realização, fazer menos do que queria e não executar as atividades tão cuidadosamente como era costume.
Saúde mental (sm)	5	Saúde mental geral, incluindo depressão, ansiedade, controlo comportamental-emocional e efeitos positivos gerais.
Mudança de saúde (ms)	1	Avaliação da saúde atual comparada com um ano atrás.

O questionário de qualidade de vida - SF36 apresenta boas qualidades psicométricas. Para avaliar a fiabilidade da versão portuguesa do SF36 o autor utilizou o método teste-reteste e foi calculado o coeficiente alfa. Os valores de fiabilidade encontrados para as subescalas excedem os padrões aceitáveis utilizados. Para cada subescala, os coeficientes de fiabilidade iguala ou excede o valor 0,80, com exceção da subescala “função social”. No que se refere aos testes de validade o autor procedeu à determinação da validade de conteúdo, discriminante e de critério, tendo-se verificado que o instrumento SF36 apresenta uma boa validade (126).

No sentido de caracterizar a qualidade de vida das pessoas com dor crónica no presente estudo, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão para cada domínio e subdomínio do SF36, tendo-se obtido os seguintes resultados (Quadro 23).

Quadro 23. Distribuição da média e desvio-padrão nos domínios e subdomínios do SF36

Dimensões do SF36 (pt)	Média	Desvio-padrão	Min.	Max.	Moda	Mediana
Funcionamento social	53,74	26,22	0	100	63	50
Desempenho emocional	52,71	28,36	0	100	50	50
Saúde geral	52,35	11,75	20	85	50	50
Saúde mental	47,05	21,75	5	100	45	45
Funcionamento físico	40,68	23,55	0	100	30	35
Vitalidade	37,77	20,02	0	100	25	37,5
Dor corporal	33,46	17,55	0	80	24	34,4
Desempenho físico	33,17	25,70	0	100	25	25
Componente mental	47,82	19,51	15	95	Multimodal	43,02
Componente física	39,92	15,61	17	89	32	36,11

NOTA: n=117; Escala (0-100)

Como podemos verificar, a média mais elevada no domínio global da *Qualidade de vida* situa-se ao nível do *Funcionamento social* ($M = 53,74$; $DP = 26,22$), apresentando valores próximos o domínio do *Desempenho emocional* ($M = 52,71$; $DP = 28,36$) e da *Saúde em geral* ($M = 52,35$; $DP = 11,75$). As médias inferiores situam-se na *Dor corporal* ($M = 33,46$; $DP = 17,55$) e no *Desempenho físico* ($M = 33,17$; $DP = 25,70$), onde se verifica que pelo menos metade das pessoas com dor crónica apresenta valores no questionário de qualidade de vida inferiores a 25 e 34,4 pontos respetivamente.

De uma forma mais genérica podemos dizer que as pessoas com dor crónica apresentam média superior na *Componente mental* ($M = 47,82$, $DP = 19,51$), que engloba o funcionamento social, o desempenho emocional, a saúde mental e a vitalidade; do que na *Componente física* ($M = 39,92$, $DP = 15,61$), que engloba o funcionamento físico, dor corporal, desempenho físico e a saúde em geral.

Os resultados evidenciam que a dor crónica tem mais implicações na componente física, estando a componente mental, na sua globalidade mais preservada. Este resultado pode estar associado à utilização de estratégias de *coping*, por parte das pessoas que vivem com dor crónica.

Seguidamente analisamos de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas condicionam a perceção da Qualidade de vida das pessoas que vivem com dor crónica.

Relativamente ao **sexo**, os resultados obtidos indicam que os participantes do sexo feminino apresentam uma perceção da Qualidade de vida significativamente inferior à do sexo masculino nos domínios: *Funcionamento físico*, $t(115) = -2,71$, $p = 0,008$, no domínio *Vitalidade*, $t(115) = -3,03$, $p = 0,003$ e no domínio *Saúde mental*, $t(115) = -2,85$, $p = 0,005$. Apresentam, igualmente, médias mais baixas na *Componente mental* $t(115) = -2,21$, $p = 0,03$ e na *Componente física*, $t(115) = -2,19$, $p = 0,03$ (Quadro 24).

Quadro 24. Análise das diferenças entre as dimensões da Qualidade de vida em função do sexo

Dimensões do SF36 (pt)	Feminino	Masculino	t (115)
	(n = 88) Média (DP)	(n = 29) Média (DP)	
Funcionamento físico	37,39 (20,89)	50,69 (28,37)	-2,71**
Desempenho físico	31,46 (23,59)	38,36 (31,15)	-1,26
Dor corporal	31,73 (16,57)	38,70 (19,63)	-1,87
Saúde geral	51,93 (11,10)	53,62 (13,69)	-,67
Vitalidade	34,66 (17,88)	47,20 (23,36)	-3,03**
Funcionamento social	52,41 (26,46)	57,76 (25,53)	-,95
Desempenho emocional	50,28 (31,45)	59,48 (41,53)	-1,26
Saúde mental	43,86 (22,14)	56,72 (17,54)	-2,85**
Componente mental	45,57 (19,46)	54,64 (18,31)	-2,21*
Componente física	38,13 (13,94)	45,34 (19,10)	-2,19*

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

A análise da relação entre a idade e a percepção da qualidade de vida na pessoa com dor crónica, através da leitura do Quadro 25 podemos verificar a existência de uma correlação negativa, baixa e muito significativa, entre a idade e o *funcionamento físico* ($r = -0,25$, $p = 0,006$) e uma correlação negativa significativa e baixa entre a idade e a *saúde em geral* ($r = -0,22$, $p = 0,18$) e a componente física ($r = -0,19$, $p = 0,04$), ou seja, à medida que a idade avança existe menos *funcionamento físico* e a percepção de menos *saúde em geral*.

Os resultados expressaram uma correlação positiva, baixa e estatisticamente significativa, entre o desempenho físico e as pessoas com quem vive (nº de pessoas), sendo $r = -0,23$, $p = 0,02$. As pessoas com dor crónica percebem uma melhor qualidade de vida relacionada com o seu desempenho físico quando coabitam com maior número de pessoas, que será eventualmente justificado pelo suporte disponibilizado na realização das atividades, o que permitirá uma melhor percepção do seu desempenho físico.

Quadro 25. Qualidade de vida em função da idade e com quem vive

Dimensões do SF36(pt)	Idade	Com quem vive (nº de pessoas)
Funcionamento físico	-0,25**	0,16
Desempenho físico	-0,14	,23*
Dor corporal	0,01	0,00
Saúde geral	-,22*	0,04
Vitalidade	0,00	-0,08
Funcionamento social	-0,10	-0,02
Desempenho emocional	-0,06	0,08
Saúde mental	0,13	-0,11
Componente mental	-0,02	-0,03
Componente física	-0,19*	0,16

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Relativamente à variável *estado civil*, foram encontradas diferenças significativas em relação às médias na qualidade de vida nos domínios: *Vitalidade* com $F(3,113) = 3,11$, $p = 0,029$ e *Saúde mental* com $F(3,113) = 3,03$, $p = 0,032$ (Quadro 26).

Quadro 26. Análise das diferenças entre as dimensões da Qualidade de vida em função do estado civil

Dimensões do SF36 (pt)	Estado civil				F (3,113)
	Solteiro	Casado ou em união de facto	Separado ou divorciado	Viúvo	
	(n=6)	(n=90)	(n=13)	(n=8)	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Funcionamento físico	45,00 (32,71)	40,89 (23,19)	43,46 (21,93)	30,63 (24,85)	0,61
Desempenho físico	35,42 (29,23)	34,31 (26,78)	33,65 (19,02)	17,97 (17,50)	1,01
Dor corporal	31,67 (21,70)	32,94 (17,56)	41,97 (13,45)	26,81 (18,63)	1,47
Saúde geral	61,67 (15,06)	51,22 (12,00)	53,85 (7,95)	55,63 (9,04)	1,85
Vitalidade	46,88 (31,81)	35,14 (17,79)	51,44 (19,12)	38,28 (27,64)	3,11*
Funcionamento social	70,83 (27,00)	52,22 (25,80)	63,46 (21,93)	42,19 (31,29)	2,12
Desempenho emocional	55,56 (38,97)	54,07 (35,71)	53,21 (25,35)	32,29 (23,33)	1,01
Saúde mental	53,33 (20,90)	43,89 (20,08)	57,69 (23,77)	60,63 (29,09)	3,03*
Componente mental	58,73 (24,04)	45,52 (18,28)	58,05 (18,86)	48,82 (25,90)	2,32
Componente física	43,44 (22,16)	39,84 (15,81)	43,23 (11,17)	32,76 (14,29)	0,86

**p<0,01; *p<0,05

O teste *Post-Hoc de Scheffe* não identificou quais os grupos que contribuíram para as diferenças obtidas na análise da variância, no domínio *Vitalidade* e *Saúde mental*. O teste *Post-Hoc Gabriel* (mais sensível quando existem grupos mais pequenos em comparação) revelou que as diferenças se apresentam entre os grupos de indivíduos separados ou divorciados ($M = 51,44$), $p = 0,015$ que apresentam uma média mais elevada em comparação com os casados ou em união de facto ($M = 35,14$), $p = 0,015$ no domínio da *Vitalidade*. De facto, o estado civil dos participantes pode influenciar na forma como eles redefinem as suas prioridades na vida em relação a si próprios e valorizam determinados aspetos e assim influenciar a sua qualidade de vida, nomeadamente na sensação de maior energia e saúde mental.

Na qualidade de vida relacionada com a *Saúde Mental*, no teste *Post-Hoc* não foi possível identificar em que grupos se situavam as diferenças.

Relativamente à análise da variância efetuada entre as dimensões do SF36 e os *graus de ensino*, os resultados (Anexo 28) não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da qualidade de vida e os graus de ensino dos participantes.

Relativamente à análise da variância efetuada entre as dimensões do SF36 e a *profissão* exercida pelos participantes no estudo, os resultados da análise da variância efetuada mostrou existirem diferenças significativas entre os grupos em análise (Anexo 29), nomeadamente ao nível da *Saúde em geral*. No entanto, o teste *Post-Hoc de Scheffe*, não identificou em que grupos existem as diferenças significativas.

Relativamente à influência das variáveis clínicas: *intensidade da dor, satisfação com o controlo da dor, a duração da dor, o nº de terapias utilizadas e a percentagem de alívio sentido* na última semana, na *Qualidade de vida*, apresentam-se os resultados no quadro 27.

Quadro 27. Correlação entre as dimensões da Qualidade de vida em função das variáveis clínicas

Dimensões do SF36	Intensidade da dor	Satisfação com o controlo da dor	Tempo de dor (meses)	Nº de terapias	% alívio que sentiu
Funcionamento físico	-0,26**	0,04	-0,13	-0,28**	0,26**
Desempenho físico	-0,23*	0,01	0,00	-0,23*	0,23*
Dor corporal	-0,51**	0,10	-0,18	-0,20*	0,39**
Saúde geral	-0,10	0,22	-0,14	-0,24**	0,28**
Vitalidade	0,00	0,13	-0,15	-0,22*	0,04
Funcionamento social	-0,11	-0,01	-0,04	-0,16	0,14
Desempenho emocional	-0,10	0,02	0,01	-0,14	0,18
Saúde mental	-0,28**	-0,03	-0,09	-0,12	0,23*
Componente mental	-0,15	0,03	-0,07	-0,20*	0,19*
Componente física	-0,35**	0,09	-0,12	-0,30**	0,36**

**p<0,01; *p<0,05

Através da leitura do quadro anterior, verificamos que a intensidade da dor se correlaciona negativamente, de forma significativa e baixa com a *saúde mental* ($r = -0,28$, $p = 0,002$). O mesmo acontece na correlação entre a intensidade da dor (avaliada numa escala de 0-10) e o *funcionamento físico* ($r = -0,26$, $p = 0,005$) e o *desempenho físico* ($r = -0,23$; $p = 0,015$), existe uma correlação muito significativa negativa mas moderada com a *dimensão da dor corporal* ($r = -,51$, $p = 0,000$), o que traduz globalmente uma correlação moderada e muito significativa ($r = -0,35$, $p = 0,00$) com a **componente física**. Ou seja, a intensidade da dor nas pessoas com dor crónica influencia negativamente a perceção da qualidade de vida nos aspetos relacionados com o

funcionamento físico, desempenho físico, e de uma forma mais geral com a componente física, assim como com a saúde mental.

Verificamos igualmente uma correlação muito significativa, negativa e baixa, entre o número de terapias utilizadas e o *funcionamento físico* ($r = -0,28, p = 0,003$), a *saúde em geral* ($r = -0,24, p = 0,009$), no *desempenho físico* ($r = -0,23, p = 0,011$), na *dor corporal* ($r = -0,20, p = 0,030$) e na *vitalidade* ($r = -0,22, p = 0,017$), com repercussões nas **componentes: mental e física da qualidade de vida** ($r = -0,196, p = 0,03$ e $r = -0,30, p = 0,00$ respetivamente).

O alívio da dor sentido na última semana (0-100%) correlaciona-se de forma fraca, muito significativa e positiva com o funcionamento físico ($r = 0,26, p = 0,005$), com o desempenho físico ($r = 0,23, p = 0,01$), com a *qualidade de vida relacionada com a dor corporal* ($r = 0,39, p = 0,000$) e com a saúde em geral ($r = 0,28, p = 0,00$), que se traduz numa correlação positiva, fraca/moderada e muito significativa com a qualidade de vida na sua **componente física da qualidade de vida** ($r = 0,36, p = 0,00$).

O mesmo se verifica com o domínio da saúde mental ($r = 0,23, p = 0,01$) e com a **componente mental da qualidade de vida** ($r = 0,19, p = 0,04$).

Os resultados obtidos no presente estudo, indicam-nos que quanto maior a *severidade da dor*, maior a *interferência da dor* na vida das pessoas ($r = 0,60, p = 0,000$). Avaliamos também, em que medida a severidade e a interferência da dor na vida das pessoas se relacionavam com as estratégias de *coping* utilizadas para fazer face à dor crónica (Quadro 28). Apenas existe uma correlação negativa, baixa, mas significativa entre a estratégia de *coping Autoafirmação* (que destaca a importância da pessoa não se render à dor, animando-se para fazer frente à mesma) e a *Interferência da dor* na vida das pessoas ($r = 0,23, p = 0,01$), o que traduz que quanto mais a dor interfere na vida das pessoas, mais difícil se torna enfrentar e lidar com a própria dor.

Quadro 28. Severidade e interferência da dor e estratégias de *coping* utilizadas

Dimensões	Religião	Catarse	Auto-controlo Mental	Procura de Informação	Auto-afirmação	Distração	Coping Ativo	Coping Passivo
Severidade	0,09	0,01	0,01	-0,04	-0,07	-0,04	-0,05	0,07
Interferência	0,07	0,01	0,15	0,06	-,23*	-0,09	-0,01	0,06

* $p < 0,05$

Avaliou-se igualmente a associação entre a *severidade* e a *interferência da dor* e a crença na *autoeficácia face à dor crónica* (Quadro 29), tendo-se verificado uma associação negativa, baixa a moderada, estatisticamente muito significativa entre a *Severidade* e a *Interferência da dor* e a *Autoeficácia face à dor crónica* (escala global) ($r = -0,34, p = 0,00$) e ($r = -0,56, p = 0,00$), a *Autoeficácia com o controlo da dor* (AED), ($r = -0,39, p = 0,00$) e ($r = -0,48, p = 0,014$), a *Autoeficácia para a função física* (AEF) ($r = -0,27, p = 0,00$) e ($r = -0,45, p = 0,00$) e a *Autoeficácia para o controlo dos sintomas* (AES) ($r = -0,24, p = 0,009$) e ($r = -0,52, p = 0,00$), respetivamente.

Assim, pode-se inferir que quanto maior é a severidade e a interferência da dor na vida das pessoas, menos elas se sentem capazes de controlar a dor, de realizar determinadas atividades diárias e de controlar outros sintomas associados à dor crónica.

Quadro 29. Severidade e interferência da dor e autoeficácia face à dor crónica

Dimensões	AED	AEF	AES	AEDC Escala Global
Severidade da dor	-0,39**	-0,27**	-0,24**	-0,34**
Interferência da dor	-0,48**	-0,45**	-0,52**	-0,56**

** $p < 0,01$

Relativamente à qualidade de vida pudemos verificar que a percepção da qualidade de vida é afetada na pessoa que vive com dor crónica. Esta é afetada tanto na sua *componente física* quer *mental*, ou seja, quanto maior é a *severidade* e a *interferência da dor* menor a percepção da qualidade de vida da pessoa. De forma mais específica, relativamente à *severidade da dor*, apenas se verifica ausência de correlação entre as dimensões *vitalidade e desempenho emocional*, tendo-se verificado uma associação negativa, baixa a moderada, mas muito significativa com as restantes dimensões da qualidade de vida (Quadro 30).

A *interferência da dor* crónica na vida das pessoas associou-se de forma negativa, moderada e muito significativa com todas as dimensões da *qualidade de vida* (Quadro 30). A qualidade de vida é mais determinada pela interferência que a dor apresenta nas atividades de vida diária, tais como sono, trabalho, relações com os outros do que propriamente pela severidade/intensidade da dor.

Quadro 30. Severidade e interferência da dor e qualidade de vida

Dimensões do BPI(pt)	Ff	Df	Dc	Sg	Vit	Fs	Sm	De	Cm	Cf
Severidade	-,33**	-,23*	-,63**	-,23*	-0,08	-,24*	-,36**	-0,15	-,25**	-,44**
Interferência	-,51**	-,51**	-,70**	-,37**	-,38**	-,49**	-,54**	-,44**	-,57**	-,67**

**p<0,01; *p<0,05

Legenda:

Ff - Funcionamento físico	Fs - Funcionamento social
Df - Desempenho físico	Sm - Saúde mental
Dc - Dor corporal	De - Desempenho emocional
Sg - Saúde em geral	Cm - Componente mental
Vit - Vitalidade	Cf - Componente física

3.2. A TRANSIÇÃO VIVENCIADA PELA PESSOA COM DOR CRÓNICA

O momento I teve um segundo estudo, cujo objetivo foi caracterizar o processo de transição experienciado pela pessoa com dor crónica. Pretendíamos conhecer a natureza da transição da pessoa com dor crónica; identificar as condições facilitadoras ou inibidoras que influenciam a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica e, ainda, identificar os padrões de resposta da transição vivenciada pela pessoa com dor crónica.

Para o primeiro momento, recorreremos a uma amostra não probabilística, sequencial de pessoas com dor crónica, adultas, a frequentar a UDC da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), E.P.E. - Hospital Pedro Hispano (HPH), num total de 117 participantes. Para este momento, foi utilizada parte da amostra do momento anterior, tendo sido entrevistadas 63 pessoas, número de entrevistas determinado pela obtenção do chamado ponto de saturação teórica dos dados, ou seja, o momento a partir do qual novas entrevistas não corresponderam acréscimos significativos de informação (103; 128).

Das 63 pessoas com dor crónica entrevistadas, eram na sua maioria mulheres (n=51, 81%), com idade compreendida entre 31 e 87 anos (média de idade = 59,7). A maioria dos participantes (n=48, 76,2%) já era acompanhado em consultas de seguimento na UDC e para 15 (23,8%) participantes foi a 1ª consulta nesta unidade.

Quanto à escolaridade, 9 (14,8%) dos participantes eram analfabetos, 30 (49,2%) tinham o 1º ciclo, 5 (8,2%) o 2º ciclo, 4 (6,6%) o 3º ciclo do Ensino Básico, 9 (14,8%) o ensino secundário e 4 (6,6%) o ensino superior. A maioria dos participantes era casado (n = 46, 73%), 10 viúvos (15,9%), 4 separados/divorciados (6,3%) e 3 solteiros (4,8%).

Os participantes residiam todos na zona norte do país, a sua maioria (n=38, 61,3%) no concelho de Matosinhos, 13 (21%) na Maia e os restantes noutros concelhos.

Quanto à atividade laboral, de salientar que dos 63 entrevistados, a maioria (n = 45, 71,4%) encontrava-se sem atividade laboral (30 reformados, 9 com atestado médico/baixa, 6 desempregados, com experiência laboral prévia) e 12 (19%) com atividade laboral ativa (5 domésticas, 5 eram trabalhadores por conta de outrem a tempo inteiro, 1 trabalhador por conta própria a tempo inteiro e 1 trabalhador a tempo parcial), e 6 (9,5%) outras situações.

Para a caracterização da amostra quanto à profissão, utilizou-se para o efeito a Classificação Nacional de Profissões. Os participantes apresentavam profissões no grupo

dos Operários, Artífices e Trabalhadores Similares (n=18, 29%); Pessoal dos Serviços e Vendedores (n=18, 29%); Doméstica (n=5, 8,1%); Pessoal Administrativo e Similares (n=4, 6,5%); Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (n=3, 4,8%); Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio (n=3, 4,8%); Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas (n=2, 3,2%); Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas (n=2, 3,2%); Trabalhadores não Qualificados (n=2, 3,2%).

A maioria dos entrevistados era da religião católica (n=55, 88,7%), 2 (3,2%) agnósticos e os restantes de outras religiões.

Os participantes experienciavam sintomas de dor desde alguns meses (3 meses) até 50 anos, com uma média de 9 anos de duração e uma média e mediana de 3 anos. Apresentavam no momento da entrevista, uma média de 6,3 de intensidade dor, avaliada numa escala numérica de dor (0-10), com valores da média e mediana de 8. Questionadas sobre a satisfação face ao controlo da dor, das 37 respostas obtidas, o nível de satisfação era em média de 7.3, avaliado numa escala de (0-10).

Relativamente ao tipo de dor apresentada, salientamos a maior prevalência da dor músculo-esquelética (n=29, 46%), a presença de participantes com vários tipos de dor (que denominamos: dor mista) (n=20, 31,7%), 9 (14,3%) com dor neuropática, 4 (6,3%) com dor oncológica e 1 (1,6%) com cefaleias. Os participantes referiram fazer na sua maioria (n=43, 68,3%) regimes terapêuticos complexos, com vários tipos de terapias em conjunto, 19 (30,2%) faziam apenas um tipo de terapia (medicação analgésica - 16; neurolépticos - 1 e tratamento psicológico - 1) e um nenhum tipo de terapia.

Relativamente ao regime terapêutico prescrito, somente um referiu não ter aderido à terapêutica prescrita por apresentar efeitos secundários acentuados.

Para aceder aos testemunhos de vida de pessoas que vivem com dor crónica utilizamos a entrevista semiestruturada. A entrevista foi conduzida por questões com o objetivo de abranger vários aspetos do processo de transição nos padrões de vida diária da pessoa com dor crónica. Dada a abrangência do impacto da dor nas atividades de vida, o guião da entrevista foi constituído por questões mais gerais (Anexo 30). Foi solicitado aos participantes para relatar aspetos da sua dor, nomeadamente qual o impacto da dor na sua vida diária; quais as estratégias utilizadas para o alívio da dor; os fatores de agravamento da dor; as expectativas da pessoa face ao controlo da dor, nomeadamente o que espera do contributo do enfermeiro.

As pessoas foram contactadas no momento da sua deslocação à consulta da dor, foram informadas acerca do estudo e questionadas relativamente à sua disponibilidade para participar no mesmo. Esta abordagem inicial foi meramente informal, mas deveras importante para uma primeira aproximação entre o entrevistador e o entrevistado facilitando assim o processo de relação e aceitação mútua.

As entrevistas foram conduzidas pela investigadora. O conteúdo dos discursos produzidos em resultado das entrevistas realizadas foi gravado em suporte áudio e posteriormente transcrito para suporte digital. As entrevistas duraram entre 30 a 60 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas num ambiente privado, num gabinete ou na sala de reuniões da UDC, disponibilizado para o efeito no momento da entrevista.

Procedemos à codificação das entrevistas, utilizando para cada um dos participantes entrevistados a letra E, seguida de um número (ex. E1).

Os procedimentos de análise de conteúdo das entrevistas efetuadas às pessoas com dor crónica seguiram os princípios das metodologias qualitativas, tomando por referência os processos de análise descritos por Bardin (129). Esta técnica de análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a sua interpretação (129).

Esta é uma técnica de tratamento da informação que pode ser utilizada, para as entrevistas semiestruturadas, efetuadas no presente estudo, consonante com o nosso propósito de, mais do que regularidades, encontrarmos situações que possamos tomar como exemplo da realidade que pretendemos estudar.

A análise de dados envolveu os procedimentos, desde a transcrição das entrevistas até à organização dos textos em unidades de análise, procurando-se descobrir padrões e elementos que permitissem alargar a compreensão e a integração dos dados recolhidos (130). Para o efeito utilizamos a análise de conteúdo temática, procurando-se descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença significasse alguma coisa para o objetivo que se pretende (129; 131). Tal como nos refere Bardin (129), o tema foi a unidade de significação que emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura.

Nos relatos dos participantes procurava-se caracterizar a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica. Assim, algumas questões de fundo foram guiando o procedimento de análise, nomeadamente: Qual a natureza da transição? Que condições

facilitadoras ou inibidoras influenciam a transição? Quais os padrões de resposta da transição vivenciada pela pessoa com dor crónica?

Segundo Bardin (129) e Minayo (131), a análise de conteúdo divide-se em três etapas: uma pré-análise; uma exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Estes foram passos essenciais no processo de análise. A pré-análise é uma fase de organização que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa (129).

Tal como nos refere Minayo (131), a leitura flutuante efetuada ajudou numa primeira fase a tomar contacto com o material de forma a conhecer o seu conteúdo. Das leituras efetuadas foi possível identificar os grandes temas/ dimensões que emergiram dos relatos dos participantes. De seguida, procedeu-se à classificação e categorização, agrupando os componentes das mensagens em classes de sentido.

Na constituição do corpus de análise tentou-se organizar o material de forma a responder a algumas formas de validade da análise de conteúdo efetuada, tais como a exaustividade, a exclusividade, a objetividade e a pertinência:

***Exaustividade** - consideramos que foi utilizado um sistema de categorização misto; isto é, apesar de partirmos com quadros de análise à priori, emergiram subcategorias induzidas do “corpus” que não eram adequadamente abrangidas pelo modelo de análise à priori. Assim, da análise de conteúdo resultou um sistema de categorização misto integrando, maioritariamente, categorias e subcategorias do modelo de análise definido à priori e outras induzidas dos discursos das pessoas com dor crónica relacionadas especificamente com o aspeto retratado no presente estudo: a dor crónica. Estas emergiram nos padrões de resposta à transição na situação de dor crónica e nas terapêuticas de enfermagem mencionadas pelas pessoas com dor crónica. No final, o sistema de categorias misto permitiu classificar todo o conteúdo do “corpus” garantindo a exaustividade do sistema de categorias.*

***Exclusividade** - garantiu-se que cada unidade de registo foi classificada numa só categoria.*

***Objetividade** - a mesma unidade de registo foi classificada na mesma categoria por diferentes codificadores. Obtivemos a colaboração de dois peritos em análise de conteúdo no ramo específico do conhecimento.*

***Pertinência** - os dois sistemas de categorias e subcategorias permitiram estabelecer uma ligação entre a linguagem teórica e o conteúdo do texto.*

A construção de categorias foi um processo que decorreu, por um lado, tendo em conta a leitura flutuante efetuada e, por outro, o modelo de análise baseado na Teoria das transições de Meleis.

No processo de categorização tomamos os termos-chave que assumimos como unidades de registo que correspondiam ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base conduzindo à categorização (129). Na organização do material emergiram unidades com conteúdos de significação semelhantes, permitindo assim o seu agrupamento, ou seja, a sua categorização, com níveis de abstração maiores e a organização em subcategorias, com níveis de abstração menores. Este foi um processo flexível e dinâmico, em que as categorias e as subcategorias iam sendo reformuladas no decorrer do processo de análise.

No processo de manuseamento dos dados produzidos a partir das entrevistas utilizou-se o programa informático NVivo 7. O NVivo7 é um *software* destinado a facilitar o processo de codificação, auxiliando os investigadores a lidar com a enorme quantidade de dados ao longo da análise qualitativa, permitindo criar categorias, codificar, fazer buscas e questionar os dados com o objetivo de responder às questões de investigação (132; 133; 134).

Os discursos que integram o corpus de análise das entrevistas realizadas às pessoas com dor crónica foram organizados em quatro categorias: uma que denominámos de **natureza da transição** vivenciada pela pessoa com dor crónica, centrada nos aspetos relacionados com a consciencialização, o envolvimento, os eventos críticos, e, o que mudou neste período de transição; outra dimensão refere-se às **condições facilitadoras ou inibidoras** que influenciam a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica, condições pessoais, da comunidade e da sociedade; uma dimensão denominada: **terapêuticas de enfermagem**, associadas à avaliação da dor, ao controlo da dor, ao escutar a pessoa, executar massagem, e ao providenciar informação sobre o regime terapêutico e instruir sobre os medicamentos; e, por último, uma dimensão centrada nos **padrões de resposta** da transição vivenciada pela pessoa com dor crónica, que diz respeito a indicadores de processo e resultado, relacionados com o nível de controlo da dor e a satisfação com o controlo da dor, a aceitação do estado de saúde e as estratégias de *coping* utilizadas, assim como a mestria para lidar com a dor, gerir o regime terapêutico e assim conseguir viver “com saúde”, ainda que com dor crónica. Apresentamos no quadro 31 as dimensões e categorias da análise de conteúdo.

Quadro 31 - Dimensões e categorias

DIMENSÕES	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Natureza da transição 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conscionalização ▪ Eventos críticos ▪ O que muda e fica diferente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condições facilitadoras ou inibidoras da transição 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crenças, atitudes e significados ▪ Expectativas ▪ Nível de preparação e conhecimento ▪ Estatuto socioeconómico ▪ Suporte /Apoio percebido
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padrões de resposta da transição (de processo e resultado) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlo da dor/Satisfação com o controlo da dor ▪ Aceitação do estado de saúde ▪ Estratégias de <i>coping</i> ▪ Mestria no lidar com a dor ▪ Mestria na gestão do regime terapêutico e AVD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapêuticas de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a dor ▪ Controlar a dor ▪ Escutar a pessoa ▪ Executar massagem ▪ Informar sobre o regime terapêutico ▪ Instruir sobre os medicamentos

3.2.1. Natureza da transição vivenciada pela pessoa com dor crónica

A transição vivenciada pela pessoa com dor crónica é um processo que, poderemos denominar como uma **transição de saúde/doença**. Esta transição está relacionada com mudanças que ocorrem resultantes das alterações na condição de saúde da pessoa, da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento da sua condição de saúde e simultaneamente de dor. A dor crónica não é um sintoma passivo. De facto, em muitas pessoas a dor pode persistir por muito tempo após a sua utilidade como um sinal de alarme e até após a cura do problema que lhe deu origem. Este processo que leva à cronicidade da dor resulta numa infinidade de consequências com impacto sobre o indivíduo e nas suas atividades diárias, o que leva a considerar a dor crónica como uma doença.

Nos relatos das pessoas entrevistadas verificamos que o processo de viver com dor crónica pode ser considerado uma transição múltipla, simultânea e sequencial. A faixa etária em que se encontram muitos dos participantes está associada a processos de envelhecimento que implicam problemas de saúde relacionados com doenças crónicas e também de dor, - transição desenvolvimental; e vivenciam simultaneamente uma transição situacional, já que esta está associada a eventos que exigem a definição ou redefinição do conjunto de papéis da pessoa ou família, nomeadamente quando surgem

situações de reforma por incapacidade de trabalhar ou ainda as ausências laborais, muitas vezes com impacto na remuneração, aspeto que acontece frequentemente (Figura 8). Estas situações não desejadas, interferem com os projetos de vida da pessoa, quer pessoais quer profissionais, facto que emerge dos discursos dos participantes quando referem “...*habituada a fazer tudo...tudo...tudo... e agora não posso mais (chora...)*” (E14); “... *já não pareço a mesma pessoa... vou ver se entro num lar, ainda sou muito nova, mas não quero que ninguém me veja sofrer*” (E2).

Natureza da transição				
Tipo	Saúde/doença: dor, doenças, episódios de agravamento, cirurgia Desenvolvimental: envelhecimento Situacional: trabalho/emprego			
Dimensões	Múltipla	Simultânea	Sequencial	Não desejada
Propriedades	Consciencialização <ul style="list-style-type: none"> • Início: Diagnóstico médico • Gradual • Não linear /oscilante, com períodos de agudização Eventos críticos <ul style="list-style-type: none"> • R/c a condição de saúde: agravamento da dor • R/c contextos sociais e familiares: mudança na situação profissional; doenças em familiares (PC); relação conjugal conflituosa O que muda e fica diferente <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de desempenho/ implicações no desempenho das atividades diárias <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento com os outros/ Interação com os outros • Implicações nas atividades lúdicas / no lazer • Autossuficiência nas AVD • Papel social (laboral, implicações na vida laboral) • Compromisso do estatuto socioeconómico <ul style="list-style-type: none"> • Aumento das despesas; • Diminuição de rendimentos (reforma, absentismo) 			

Figura 8. Natureza da transição da pessoa que vive com dor crónica

Consciencialização

No âmbito do presente estudo, o reconhecimento da necessidade de aprender a viver com dor começa a existir a partir do momento em que a dor começa a perturbar a qualidade de vida e, na maioria das vezes, justifica a procura dos serviços de saúde. De facto, muitas pessoas confrontam-se com a necessidade de se ajustarem a um novo padrão de vida, aquando do diagnóstico médico, em particular quando este está associado a um quadro de dor. A consciencialização é gradual e apresenta um padrão não linear / oscilante sendo referido como um percurso sinuoso: “*dias melhores, dias piores*”(E50).

O confronto com o diagnóstico de uma doença, por si só, é muitas vezes suficiente para desencadear a consciencialização da situação. Todavia, é o viver o dia-a-dia com a dor, até esta assumir um carácter de cronicidade, que faz as pessoas tomarem consciência das implicações que esta situação provoca no seu padrão de vida. Esta ideia é caracterizada por uma das entrevistadas quando referiu que *“primeiro não tinha dores nenhuma. Até parecia que não estava doente, até me admirava. Mas depois começou, piorou tudo”* (E8); *“...primeiro como não me conhecia bem, sentia a dor e continuava a fazer as coisas. Ia até já não aguentar mais... agora como já me conheço, quando sinto que estou a ficar cansada e sinto aquela dor eu deito-me”* (E13).

As mudanças que vão surgindo na capacidade para executar as tarefas diárias, mesmo as mais simples, os períodos de agudização e a incapacidade de controlar o nível de dor constituem fundamentos para a integração nas estruturas cognitivas e afetivas de que a dor “poderá ser” para o resto da vida: *“sinto-me bem, sinto-me mal, estou melhor, estou pior...”* (E29).

O processo de viver com dor crónica desencadeia alterações na vida social e do dia-a-dia pelo que as pessoas vão tomando consciência da necessidade de mudar. Em resposta a situações de rutura nos relacionamentos e na vida diária, a pessoa necessita reconhecer que o anterior modo de viver teve um fim e que a realidade atual está sob ameaça, tal como nos expressa um dos participantes: *“tive de parar porque não aguento estar a costurar...eu fazia aquilo «com uma perna às costas» e agora não”* (E34). O processo de se ir consciencializando implica reconhecer o que mudou e em que medida as coisas estão diferentes. De facto, as pessoas referem-se às mudanças ocorridas ao longo do tempo: *“mudei completamente... aliás, ao longo dos anos, eu fui mudando”* (E58). Quando existe tal reconhecimento, a pessoa consegue encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e de estar no mundo.

Eventos críticos

A existência de certos eventos influenciam a transição para um novo estilo de vida e, conseqüentemente, no padrão de resposta à condição de saúde. Para estes participantes, os eventos críticos referem aspetos relacionados com a condição de saúde e com os contextos sociais e familiares. Os episódios de agravamento da dor, o aparecimento de outras doenças ou os efeitos adversos dos tratamentos originam uma reformulação do significado da situação de saúde e das mudanças que a pessoa já havia identificado. Tal como refere Meleis e colaboradores (135), os pontos críticos, ou

momentos marcantes para o indivíduo desencadeiam normalmente o início do processo de transição, podendo ainda levar a uma melhoria da consciencialização da perceção da mudança e da diferença inerente à própria transição, assim como o aumento do nível de envolvimento para lidar com a experiência de transição.

Uma participante descrevia esta ideia ao manifestar que sempre que tinha um agravamento da dor, pensava que não iria conseguir mais cuidar da mãe como até então fazia: *“quando tive aquela crise (...) naquela altura ainda cuidava da minha mãe e cheguei a pensar que não ia conseguir cuidar dela. Eu não tinha posição, não podia”* (E12).

Do mesmo modo, as situações que envolviam alterações nos contextos sociais e familiares faziam reequacionar o processo de viver com dor. Situações como ter de mudar de casa ou ficar sem casa, como nos é expresso no seguinte enxerto: *“a minha vida está assim um caos, está de rastos, ... quero dizer, eu perdi a minha casa”* (E25); *“de um momento para outro fico sem nada... foi horrível”* (E25); mudança na situação profissional quer da própria pessoa ou familiares: *“tenho de pagar tudo, os medicamentos todos. Tenho o marido desempregado, também neste momento não trabalho, estou desempregada”* (E4); relação conjugal conflituosa; doenças de familiares e a necessidade de assumir papel de prestador de cuidados foram considerados pelas pessoas inquiridas como eventos críticos, acontecimentos que obrigavam a revisão do processo de transição: *“...há cinco anos que se fecharam muitas portas... problemas de coluna, problemas do meu marido, problemas familiares, é tudo. Ainda há pouco tempo perdi o meu pai e fui muito a baixo”* (E47).

Alguns períodos críticos, tais como os apresentados por estes participantes, são considerados inibidores para o processo de transição, resultando num aumento da vulnerabilidade, em que os indivíduos encontram dificuldades. Segundo Meleis e colaboradores (135), estes períodos requerem a atenção, o conhecimento e a experiência do enfermeiro em diferentes sentidos.

O que muda e fica diferente

A *consciencialização* das mudanças que as pessoas com dor crónica estavam a vivenciar teve o seu início quando as pessoas começaram a *percecionar as mudanças* na vida decorrentes da sua nova condição de saúde.

O sintoma “dor” resulta frequentemente de síndromas, doenças, traumas ou qualquer alteração das condições físicas ou psicológicas. Neste contexto, foram descritas algumas

condições clínicas/processos patológicos geradoras de dor, como por exemplo: traumatismos, doenças osteoarticulares, doenças oncológicas, doença vascular, outras doenças e suas conseqüências como é o caso da polineuropatia diabética, da depressão, de algumas cirurgias, entre outras situações.

No relato da sua vivência de lidar com dor, os participantes, descrevem as mudanças que surgiram nas suas vidas e de que modo a dor crónica foi alterando o seu modo de viver.

A identificação das mudanças no desempenho do dia-a-dia, por parte das pessoas que vivem com dor crónica, nomeadamente a constatação do que deixou de conseguir fazer ou do que tem dificuldade em realizar é real/concreto. O tipo de alterações nos padrões de vida das pessoas é diverso, assim como também é distinta a forma de reagir e de encarar essa nova realidade; por isso, são frequentes relatos de sintomas depressivos, choro, desespero, irritação, isolamento social, falta de vontade de viver, tristeza, vergonha, sofrimento, mas também manifestações de autocontrolo.

A transição relacionada com o viver com dor crónica é influenciada pela perceção da pessoa em relação ao que muda e fica diferente na sua vida após uma condição geradora de dor, que se vai tornando crónica. As mudanças na condição de saúde e a forma como estas se instalam geram transformações na própria pessoa e nas circunstâncias que a rodeiam. Estas mudanças trazem implicações essencialmente a dois níveis: implicações no desempenho das atividades diárias, nomeadamente na capacidade para cuidar de si, para cuidar dos outros e para cuidar da casa, e implicações sociais, nomeadamente na vida laboral, nas relações com os outros e nas atividades de lazer.

O confronto com as dificuldades na execução das atividades de rotina diária é algo que sobressai nos discursos. As pessoas percecionam que algo mudou fruto das limitações impostas pela condição de saúde e pela própria dor: *“... gostava de fazer muitas coisas que hoje não consigo fazer... costura, desenhar, pintar, trabalhar com as mãos, brincos, colares... agora não posso... Eu tenho perdido essa capacidade”* (E52). A mudança envolve, em muitos casos, tornar-se dependente dos outros, para cuidar de si e cuidar da casa:

- *“Não faço nada...antes de ter dor eu fazia tudo. Eu lavava, passava a ferro, arrumava, andava no campo, tratava dos bichos (animais)... eu fazia tudo...Neste momento, não faço nada...”* (E6).
- *“A dor tem limitado a minha atividade no dia-a-dia, não faço atividades como aspirar a casa, nem levantar as compras da mercearia, porque não consigo. É o meu*

marido que está fazendo... Não consigo cozinhar, não consigo estar de pé o tempo todo...Os cuidados de casa, são feitos agora por outra pessoa...” (E31).

A presença de dor e a necessidade de ter de recorrer à ajuda de outros leva à tomada de consciência do que pode ou não fazer, à consciencialização dos seus limites, evitando o agravamento da dor e tentando encontrar alternativas para minimizar a situação.

Outro aspeto referenciado foi a interferência da dor no sono e repouso. Para alguns dos entrevistados houve alterações no padrão de sono e repouso, nomeadamente na redução da quantidade de horas consecutivas a dormir. Dificuldade em adormecer, acordar durante a noite, ou ainda de manhã perceber que está mais cansada do que quando se deita são outras manifestações das alterações no padrão de sono: *“de noite dou tantas voltas, que a cabeça não sossega, não está bem. Ponho almofada, tiro almofada, sempre a acordar, sempre a acordar, e a medicação acaba por não fazer efeito. Já nada me faz efeito”* (E38). Também o ir para a cama ou acordar a meio da noite pode ser muitas vezes o sinal de uma corrente de pensamentos negativos sobre o estado de saúde pelo facto de existir um agravamento da dor: *“...já fico a pensar... já não durmo de noite... que não vou estar bem. Ainda me ponho pior porque estou sempre a pensar nas dores...”* (E2). O dormir é algo necessário para um rejuvenescimento mental e físico, talvez por essa razão uma participante refere: *“quando descanso, quando estou com a minha cabeça mais calma e que consiga dormir ... eu não tenho tanta dor. Eu sinto que a dor vem mais forte quando o meu cérebro não descansa”* (E2).

As pessoas manifestam dificuldade em adormecer, acreditando frequentemente que não serão capazes de gerir melhor o sono e a dor. Uma das participantes refere a este respeito: *“... com as dores eu não conseguia dormir, não descansava. Não tinha posição, nem na cadeira, nem no sofá, nem na cama”* (E4). Referem ainda: *“há anos que não sei o que é dormir descansada...”* (E34). Nestas circunstâncias são vários os participantes que fazem medicação para tentar adormecer, outros referem que *“não dormem mesmo com medicação”* (E24), manifestando *“um cansaço constante”* (E24).

A dor crónica interfere com a vida social da pessoa, provocando isolamento. Constatase que, por um lado, a pessoa com dor vive muitas vezes em isolamento social, isolam-se porque *“as pessoas não gostam de acompanhar uma pessoa com dor crónica, ou porque ela vai ficar para trás, ou vai atrasar a sua vida...”* (E55), sentem-se isoladas e isolam-se. Uma participante refere: *“quando estou com dor não falo para ninguém, mas também não quero que falem para mim... isolo-me, peço que me deixem ali sozinha, fico ali a sofrer a minha dor...isolo-me para não perturbar a vida dos outros...às vezes nem os meus se apercebem...”* (E37).

A dor veio trazer alterações ao comportamento habitual. Um dos participantes afirma que se tornou mais irritável, mais nervoso, mais agressivo (verbalmente) e mais mal-humorado. Diz a este respeito: *“Irrito-me mais, os meus filhos com certas brincadeiras que eu tolerava, que aceitava, agora custa-me mais a aceitar, tornei-me como um velhinho rezingão”* (E5). Outra participante expressa: *“não há ninguém que me ature quando me dão estas dores”* (E61). Outras pessoas expressam o quanto a dor interferiu no seu humor/disposição: *“estou sempre mal-humorada...Fico nervosa, e quando fico cansada ainda fico pior. Às vezes as pessoas é que pagam, sem terem culpa nenhuma...tenho que pensar um bocado para não ser agressiva com os outros”* (E53); *“a dor mexe muito... a gente sente-se irritada. Eu levo tudo à frente... Quando tenho dor, não posso ouvir nada, nem filho, nem telefone, irrito-me com tudo, pareço que viro o diabo. Interfere mesmo negativamente na minha disposição”*(E55).

Viver com dor crónica tem implicações na vida laboral e conseqüentemente nos aspetos socioeconómicos. Por um lado, algumas pessoas tiveram de mudar de atividade laboral executando uma atividade mais compatível com a doença e dor: *“Tive de parar essa atividade e fazer consultadoria, porque apesar de tudo é uma atividade mais leve e uma responsabilidade diferente...”* (E58). Também a imprevisibilidade da experiência de dor tem conseqüências ao nível do impacto na organização do trabalho: *“... não poder gerir a minha agenda, porque não sei como vou acordar no dia seguinte, e às vezes não sei como vou estar no fim do almoço, daqui a 2 horas ou 3”* (E58). Referem a interferência da dor na capacidade para trabalhar, na capacidade para realizar determinadas atividades relatando *“não se sentir com forças para isso”* (E25) ou ainda referindo que *“está a ser insuportável ir trabalhar, pela dificuldade em andar, em mexer as mãos, escrever no quadro...”* (E54).

O deixar de trabalhar, por desemprego ou reforma antecipada, as ausências ao trabalho por atestado médico/ baixa ou não conseguir trabalhar, são outras situações comuns e muitas vezes inevitáveis. Estas situações levam à perda ou diminuição dos recursos económicos da família, apresentado na seguinte expressão *“Eu queria trabalhar, sempre gostei de trabalhar, porque sempre ganhava mais. A minha vida piorou muito”* (E28).

É ainda de salientar os relatos daqueles que foram “arrastados” para uma reforma antecipada, porque não podiam trabalhar. Esta condição de reforma antecipada desencadeia outra transição: passar da vida ativa para a reforma, originando sentimentos de revolta, de grande desgosto, sentimentos de invalidez, inutilidade, de vergonha, insegurança quanto ao futuro, rendimentos baixos e assim uma diminuição na sua qualidade de vida. Referem a este propósito que *“ter de deixar de trabalhar...isso*

foi o pior, isso foi horrível, era uma pessoa muito ativa” (E42); “deixei de trabalhar...fiquei logo afetada” (E13); “a pessoa começa logo a sentir-se incapacitada” (E24). Quanto mais jovem é a pessoa mais se nota o impacto que esta reforma forçada vem trazer à vida da pessoa, nomeadamente a sensação de se tornar uma pessoa inválida: “Eu sempre fui uma mulher vivida, sempre trabalhei e agora pareço uma pessoa inválida...sempre trabalhei, não quero com 34 anos deixar de trabalhar” (E47).

A dor crónica afeta também a capacidade para as atividades de lazer. As situações de dor crónica parecem contribuir para uma participação social menos diversificada, centrada em atividades mais domésticas, envolvendo relações sociais pobres e com menos atividades recreativas. A dor impede, por vezes, a pessoa de andar, de permanecer muito tempo sentada, e, por consequência, de realizar algumas atividades lúdicas. Exemplos de mudanças nos hábitos de saída são referidos; por exemplo, a dificuldade de ir a um restaurante *“porque não posso andar... têm de me deixar à porta do restaurante...” (E14);* ou ainda: *“tenho uma casinha na aldeia, mas nunca mais fui lá porque tem mais de 100 metros para andar a pé, muitas pedras e o carro não vai lá” (E14).* Outra participante refere que, embora goste muito de concertos, está impossibilitada de o fazer, pois sente-se mais limitada pelas suas *“dores” (E10);* ou ainda outros que veem-se impedidos de fazer férias, referindo: *“quando tinha saúde fazia férias...agora não faço férias nenhuma” (E14),* ou *“ainda fui fazendo algumas férias com algum sacrifício até ao ano passado, mas se eu estou doente para ir trabalhar, também estou para passear” (E52).*

Ir visitar amigos, andar de carro e estar sentada a ver televisão, foram relatadas como atividades que se tornaram penosas para alguns. A este propósito referem: *“...se for a casa de amigos almoçar, ao fim do almoço tenho de pedir para ir descansar...não sou uma pessoa que possa estar em qualquer lugar” (E2),* ou ainda: *“... as coisas tem de ser muito devagar... é terrível” (E24); “...até para ver um bocadinho a televisão... não posso estar sentada numa cadeira qualquer, porque tenho dores horríveis” (E30).*

3.2.2. Condições que influenciam a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica

Em relação a esta dimensão, emergiu dos discursos dos participantes um conjunto de *condições facilitadoras e dificultadoras* de uma transição saudável: as expectativas, as crenças, o significado atribuído, a atitude face à dor, as respostas emocionais, o nível de preparação e conhecimento da pessoa, o estatuto socioeconómico, o suporte

percebido (Figura 9). De facto, cada pessoa atribui significado, positivo ou negativo, às situações de saúde e doença, de acordo com os valores, as crenças e os desejos, que caracterizam a singularidade e o projeto de saúde individual (136; 135), e, desse modo, influenciam, positiva ou negativamente, o decurso da transição (10; 135).

Condições pessoais que influenciam a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica		
Facilitadoras	Condições	Inibidoras
Reais	Expectativas	Irreais
Positiva / Elevada	Crença: autoeficácia	Negativa/ Baixa
Positiva / Facilitadora	Crença religiosa	Negativa/ dificultadora
Positivo / Neutro	Significado atribuído	Negativo
Positiva	Atitude face à dor	Negativa
Positivas	Respostas emocionais	Negativas
Ter preparação / Informação	Nível de preparação e conhecimento	Falta de preparação / Informação
Elevado	Estatuto socioeconómico	Baixo
Existência/ Efetivo	Suporte/ Apoio percebido	Ausente

Figura 9. Condições pessoais que influenciam a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica

Expectativas

As expectativas quanto ao futuro e as crenças relativas ao controlo da dor são, na perspetiva dos participantes, modeladas pelas informações dadas pelos profissionais de saúde e pela perceção que a própria pessoa tem de si própria e da realidade envolvente.

As expectativas da pessoa com dor crónica são influenciadas por todo o contexto que rodeia a pessoa. Por exemplo, as informações proporcionadas pelos profissionais de saúde influenciando a consciencialização para a mudança, positiva e/ou negativamente, gerando expectativas reais ou irreais. Não só o conteúdo da informação proporcionada é valorizado, mas também a forma como a informação é transmitida pelo profissional de saúde. Expressões relativas à gravidade da situação de saúde, como: “*não tem cura*” ou que “*iria ter muitas dores*” (E22), ou ainda, o facto do profissional de saúde não acreditar na dor da pessoa, conduz à falta de esperança, desilusão e dificulta todo o processo: “*não há nada que me alivie...a dor está lá e não desaparece*” (E24). Pelo

contrário, a forma de comunicar em que é demonstrada preocupação com a situação da pessoa, são fatores facilitadores, gerando esperança e motivação para o autocontrole: *“a gente vem à consulta... saber que ele se preocupou, porque eu disse que queria trabalhar”* (E47); *“vou tentar fazer alguma coisa por mim... tenho mesmo de ser diferente, todos os dias, ir a tal parte, fazer como uma obrigação”* (E19). As expectativas face alívio da dor e ao tratamento, expressas pelos participantes podem ser positivas, embora por vezes pequenas *“ver se arranjo pelo menos uma atenuação. Uma atenuação é mesmo assim. ...Tenho ali um receituário que depois hei-de dar conhecimento do efeito que ele me vai fazer. Eu vou esperar que sim”* (E29).

Crenças

As crenças enquanto ideias consideradas pela pessoa como verdades absolutas influenciam o doente na perceção e expressão da dor assim como na forma como lida com ela. A crença de que se é capaz de ou que se tem habilidade pessoal para desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para atingir um determinado resultado desejável é denominada de crença de autoeficácia (137).

A sensação de que se é *“capaz de controlar a dor de forma a poder trabalhar e fazer as coisas de que gosto”* (E31) é outro aspeto que ajuda a pessoa a não se *“deixar abater facilmente”* (E40). A perceção de autoeficácia face ao controlo da dor positiva/elevada fazem a pessoa acreditar que pode lidar melhor com a sua dor; pelo contrário, a perceção de autoeficácia negativa/menor levam a pessoa a *“desvalorizar-se a si própria”* (E13), a não acreditar nas suas capacidades para controlar a dor ou lidar com as repercussões da dor.

Face à situação de dor crónica, no presente estudo encontramos pessoas que apresentam uma autoeficácia positiva, referindo: *“Eu consigo controlar a dor com a medicação... Espero poder controlar a dor de forma a poder trabalhar e fazer as coisas de que gosto... Acredito que posso lidar com ela (a dor)”* (E31). Esta manifestação encontra-se associada a um maior *envolvimento* da pessoa no controlo da dor. Exemplos deste maior envolvimento estão patentes nos discursos das pessoas que acreditam nas suas capacidades apesar da dor, referindo: *“isso faço, todos os dias (andar a pé), meia hora de manhã e meia hora à noite. A minha força de vontade tem de vencer”* (E61), *“tenho sempre muita força de vontade”* (E2), o que expressa uma crença favorável, relacionada

mais com a *força de vontade*²⁹ intrínseca, ou seja, a *disposição para manter ou abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o seu desejo, intenções e tendências pessoais* (ICN, 2011). No ponto oposto, apresentam-se expressões como: “*Eu sozinha não consigo*” (E22); “*Acho que a minha saúde vai piorar*” (E53); ou ainda: “*Eu já não acho que vá existir alguma coisa que vá ajudar isto... Eu já experimentei outro tipo de coisas... nada resultou*” (E58). Estas crenças apresentam-se como dificultadoras no processo de viver com a situação de dor.

Os discursos apelam às *crenças religiosas* que influenciam, direta ou indiretamente, a forma de lidar com a dor. Acreditar que uma entidade sobrenatural a vai ajudar constitui uma estratégia utilizada para conseguir acreditar que a situação poderia melhorar: “*eu só rezava ... passava os caminhos a rezar ... e Deus ajudava-me*”(E2). A crença numa entidade divina desencadeia na pessoa a necessidade de fazer promessas para conseguir uma cura “milagrosa”: “*fui a Fátima e pedi para que me tirasse as dores*” e “*rezar todos os dias à noite, para me tirar as dores e para que me cure*” (E47), no entanto, outros referem “*por vezes a moral vai a baixo... mas tenho uma fé que é a minha ultima esperança*” (E2).

Significado

O *significado* atribuído é construído a partir da interpretação que cada um faz da realidade que o envolve e que experiencia. De acordo com a forma como os significados são entendidos - positivos, neutros ou negativos, podem constituir-se como fatores facilitadores ou dificultadores da transição. A atribuição de um significado positivo ou neutro pode ser um fator facilitador do processo de transição fomentando o envolvimento e um maior ajustamento à mudança necessária para lidar com a nova condição.

O significado atribuído à condição de dor crónica foi para a maioria das pessoas, extremamente negativo, caracterizando-o como “*horrível*” (E42) e “*terrível*” (E24) por alguns dos participantes. De facto, o significado associado ao viver com dor crónica pode ser caracterizado como “*um grande desgosto, de não poder trabalhar*” (E28), infelicidade, desgraça, infortúnio e até assustador, nomeadamente pelas consequências

²⁹ *Força de vontade - Volição: Disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências* (ICN, 2011).

da dor, gerando frequentemente uma maior dependência dos outros e sofrimento a vários níveis: “*agora sou uma pessoa inutilizada*” (E14); “*custa mesmo estar sentada ... pareço uma aleijadinha... as coisas tem de ser muito devagar... é terrível*”(E24).

Atitude face à dor

A *atitude face à dor* também pode ser facilitadora ou dificultadora. A sua variabilidade depende mais das características da personalidade e da força interior que cada um tem para ultrapassar a dor ou para não se deixar “*vencer pela mesma*”. O “*pensar positivo*” (E40; E42) ajuda as pessoas com dor crónica a viver o dia-a-dia.

Da análise percebeu-se que havia pessoas que procuravam lidar com a situação com algum nível de otimismo e humor. Uma das participantes referiu “*por sistema sou bem-disposta... levo tudo na brincadeira... digo que tenho uma doença dos ricos (fibromialgia)*” (E52). A capacidade de controlar a situação - *autoeficácia* - também parece influenciar a atitude face à dor; as pessoas que referem domínio sobre a situação descrevem: “*eu consigo controlar*” (E34) e “*a dor não pode interferir na minha disposição, não pode, porque eu não deixo...a minha maneira de estar não dá para ir muito a baixo*” (E30).

O facto da dor se ter tornado uma constante e ainda que traga implicações na vida das pessoas, há quem apresente uma atitude de resignação face à presença da dor, manifestando-se da seguinte forma: “*Estou tão habituada à dor que já não me queixo*” (E40).

Respostas emocionais

As *respostas emocionais* de sofrimento influenciam negativamente a capacidade de lidar com a situação pela fragilidade e vulnerabilidade emocional que desencadeia. De entre muitas emoções, surgem a *vergonha*³⁰ “*sinto-me envergonhada que me veja assim... toda triste*” (E2), a *tristeza*³¹, o *isolamento social* “*isolo-me muito, fico triste porque sei que*

³⁰ Vergonha - Emoção Negativa: Sentimentos de perda do autorrespeito causados por um comportamento errado, desonroso ou insensato; os sentimentos de vergonha são dirigidos para o próprio, não para os outros (ICN, 2011).

³¹ Tristeza - Emoção Negativa: Sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia (ICN, 2011).

também ele fica triste...”(E61); *“é uma vida triste (chora)...*”(E14) e o sofrimento³² vivenciado, expressando situações que demonstravam o *risco de suicídio*³³: *“cheguei a tentar o suicídio...achava que estava aqui a sofrer e a fazer sofrer os outros”* (E55); *“queria morrer...gritava que queria morrer... tenho tido muitas dores”* (E22); *“Deus podia-me levar...estou cheia de sofrer”* (E47). A angústia e a irritação emergem também quando as pessoas se confrontam com a impossibilidade de dar resposta ao que gostariam de fazer e que antes conseguiam fazer.

As implicações da dor são também sentidas ao nível da volição, traduzindo-se por uma falta de vontade para realizar qualquer atividade, por mais simples que possa parecer. Uma participante referia *“a dor tira-me a vontade de tudo...só quero ir para a cama”* (E2) e uma outra referia que *“havia dias que não tinha vontade de me vestir, andava de pijama todo o dia...”* (E34). As implicações da falta de vontade para a realização de tarefas, mesmo do domínio do autocuidado: arranjar-se, desencadeiam percepção de imagem negativa, traduzidas por expressões como por exemplo: *“fico até meio desleixada”* (E31) e *“andava que parecia um farrapo”* (E34).

Nível de preparação e conhecimentos

Vivenciar uma transição saúde/doença em que a dor se encontra presente leva a ruturas com modelos de vida anteriores, exigindo a integração de novos conhecimentos e habilidades para lidar com a nova condição. No sentido de desenvolver as competências para lidar com a situação, os participantes procuram informação, junto dos profissionais de saúde, da internet e nos livros.

Os participantes evidenciaram a importância do suporte informativo proporcionado pelos profissionais de saúde, nomeadamente nos aspetos relacionados com a gestão do regime medicamentoso prescrito (dose, via de administração, efeitos terapêuticos e adversos) e nos aspetos relacionados com o conhecimento sobre a situação clínica. No entanto, nem todos os participantes se sentem completamente informados sobre a sua dor, referindo *“falta de informação sobre a dor”* (E53) e que *“a maior parte das pessoas não sabe nada sobre a doença”* (E58). Estes chegam mesmo a dar sugestões sobre formas e

³² Sofrimento - Emoção Negativa: Sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor, desconfortam ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça (ICN, 2011).

³³ Suicídio - Comportamento autodestrutivo: Execução de atividades suicidas que levam à própria morte (ICN, 2011).

conteúdo da informação. A citação seguinte é um exemplo: *“Eu acho que era fundamental - ter um dossierzinho com letra legível... com algo agradável aos olhos... não umas fotocópias cinzentas... com alguma cor, para a pessoa ler, para ver o que pode fazer, até onde pode ir... porque isso ajuda. Nem que fosse um livro de mesinha-cabeceira com algumas dicas, para que as pessoas quando quisessem pudessem recorrer lá. Porque não há muito onde recorrer”* (E58). A forma de dar informação e a clareza das explicações fornecidas foi apontado como outro aspeto a ter em atenção na hora de informar a pessoa: *“a informação deve ser com palavras claras, de fácil entendimento, não termos técnicos. Se houver informação, a pessoa entenderá melhor a sua situação”* (E38).

Percebeu-se que o nível de literacia em relação à dor, ou seja, o que as pessoas necessitam saber para atingir um bom nível de conhecimento e controlo da dor, era genericamente baixo, nomeadamente como gerir melhor a sua dor, para além da administração da medicação prescrita. Apesar de sentirem a necessidade de informação os participantes nem sempre referiram os enfermeiros como fontes de informação privilegiada sobre o assunto, referindo a este propósito: *“eu não sei até onde eles (enfermeiros) podem ir”* (E52), sobre o informar *“eu não sei o que sabem sobre isso”* (E52).

Estatuto socioeconómico

À semelhança do que acontece em outras situações de saúde crónicas, os recursos para responder às necessidades inerentes ao alívio e/ou tratamento da dor são dispendiosas. De facto, alguns participantes expressaram essa preocupação que sentiam referindo *“a gente leva a receita e até já sabe quanto dinheiro vai deixar na farmácia”* (E61).

Na maior parte das situações há prescrição de um conjunto de medicamentos, tanto para o tratamento da dor crónica, como para a patologia subjacente, o que acarreta um acréscimo de despesas no orçamento familiar. A gestão destas despesas pode comprometer a gestão do regime terapêutico. Face à falta de dinheiro para adquirir os medicamentos as pessoas adiam a sua aquisição ou escolhem os medicamentos em função do seu custo. Uma participante referiu: *“a medicação... se me acabar esta semana e eu ainda não tiver recebido a reforma, eu posso estar até uma semana sem os medicamentos, às vezes vou buscar uns e só depois é que vou buscar os outros... Mas isso é por causa das dificuldades”* (E23).

Para além do tratamento medicamentoso, estão disponíveis tratamentos complementares/coadjuvantes que poderiam ter um efeito positivo no alívio da dor (ex. massagens) mas que pelo custo associado, se não disponíveis no SNS, as pessoas não têm acesso. Esta ideia foi expressa por uma das participantes ao dizer a propósito das massagens que apesar de *“aliviar a tensão muscular que apresentava (...) ficam muito caras, pois não há participação para as mesmas”* (E46). Para além do aumento das despesas inerentes ao tratamento da dor crónica, descrevem também aumento da precaridade laboral com conseqüente diminuição no rendimento familiar. De facto, em muitos casos a reforma surge como uma opção dado o absentismo e/ou a incapacidade para o exercício da profissão. A redução de rendimentos acarreta a dificuldade na gestão das despesas familiares, pois *“desde que parei de trabalhar é só contas atrasadas”* (E47), refere-nos uma participante.

Em alguns casos, para além da redução do rendimento e do aumento das despesas com o tratamento da dor, acrescentam outras despesas. As limitações físicas são, em alguns casos, incapacitantes inclusive para a gestão das tarefas domésticas; esta circunstância implica a necessidade de ajuda, mas que pelos escassos recursos económicos não são possíveis, com conseqüentes implicações na autoestima e interações familiares.

O entendimento do estatuto socioeconómico como condição facilitadora ou inibidora é reconhecido pelas pessoas. A esse propósito, uma participante reconheceu a preocupação por parte do médico por esta questão, referindo: *“ele sabe que tenho problemas financeiros e tentou arranjar medicação (...) procura receitar os mais baratinhos”* (E47).

Suporte percebido

A dor crónica produz, na sua maioria, efeitos negativos na forma de ser e estar na pessoa que a possui. Como foi referido na categoria no que muda e fica diferente, para além de serem pessoas com mais idade - o que acarreta os efeitos do envelhecimento - são pessoas com limitações ao nível do autocuidado, na gestão das tarefas domésticas, na atividade laboral, na interação com os outros e na mobilidade (por ex. nas deslocações aos cuidados de saúde).

Dadas estas limitações, as pessoas que vivem com dor crónica necessitam de apoio a vários níveis, nomeadamente: (1) ajuda instrumental (nas tarefas domésticas, ir às compras, no autocuidado, etc.); (2) económico (ajuda no pagamento das despesas da casa, participação nos tratamentos, etc.); (3) emocional e espiritual (companhia,

gestão de emoções, manter a esperança, etc. (4) informação (efeitos terapêuticos e colaterais dos tratamentos, da dor, da doença, etc.); (5) gestão do regime terapêutico (toma correta dos medicamentos, diminuição de peso, relaxamento muscular, etc.).

Na convivência com a dor e na operacionalização do tipo de suporte necessário, colaboram diferentes atores: a família e pessoas significativas; o serviço social; e, os profissionais de saúde.

O apoio da família, quando existe, é percebido como um importante alicerce para tolerar a vivência com dor crónica. Esta inferência decorre a partir de testemunhos de pessoas ao referirem que “... o apoio da família foi muito bom” (E36), pois “só assim se consegue ultrapassar isto” (E54) e “dão-me esta força... são o meu suporte” (E38). Por seu turno, quando este apoio familiar não existe é entendido como dificultador já que “não tinha ninguém que me cuidasse... Os filhos têm as suas vidas” (E22). Os familiares que assumem este papel de suporte são, na maioria dos casos, o cônjuge e os filhos. Alguns participantes referiram que também os amigos e colegas constituíram fontes de ajuda, referindo que tiveram o “apoio de todas as pessoas que me rodeavam...” (E31).

A necessidade de apoio do serviço social é manifestada através da expressão de dificuldades na aquisição dos medicamentos devido às reformas baixas, ou ainda ao facto de estar sem trabalhar por incapacidade ou desemprego: “aqui no hospital (...) dantes ainda conseguia medicação e agora não” (E23); “se fizer esta medicação toda são 150 euros e para o meu marido 75 euros, e fico com muito pouco dinheiro para gerir a alimentação” (E23); “há coisas que ficam complicadas... Em termos de medicação é um gasto muito grande, depende... muitos medicamentos nem sequer são comparticipados” (E58).

O recurso à assistente social é assim um facto. Os participantes assumem as suas necessidades e o precisar de ajuda, afirmando: “tenho dificuldades, por isso é que aqui a dr^a (assistente social) que ajuda...” (E23). O papel da assistente social é também de orientação para a alguns tipos de subsídios para apoio na medicação: “disse-me que se eu preenchesse um papel que eles ainda me dariam... de 2/2 meses, ainda receberia um vale para ajuda da medicação” (E23) e ainda na orientação laboral: “disse-me que havia uma coisa para quem está desempregado e é doente crónico, que tenho de me inscrever no fundo de desemprego” (E47).

Os participantes referem ainda a necessidade de recorrer a outras pessoas no sentido de as ajudar a executar os trabalhos que anteriormente eram elas que executavam e que deixaram de poder fazer devido à sua dor: “Tenho dores e depois é claro... Só vão fazer

lá as coisas pagando... “ (E3); ou ainda: *“Tenho uma senhora que me lava a roupa e passa a ferro, porque eu não posso fazer nadinha...”* (E39). Esta situação de dor leva a que *“uma pessoa não consegue trabalhar como queria, reflete-se no rendimento, e depois tudo ... custa muito dinheiro. Procurar ajuda fora é tudo muito caro”* (E58).

Os profissionais de saúde são entendidos como elementos facilitadores do ajustamento da vivência com dor crónica. Ao longo dos discursos são tecidas considerações sobre os médicos, os enfermeiros, os psicólogos, os nutricionistas e os fisioterapeutas.

O médico assume um papel central na descrição da história da dor de cada um dos participantes. De facto, ao longo do discurso o médico e a sua influência no decurso do processo de viver com dor crónica foram determinantes. A participação do médico tem início logo no diagnóstico da doença e do quadro de dor associado - *“quando foi diagnosticada a doença, o reumatologista deu-me informação, de que é uma doença incapacitante que é difícil de controlar, o problema são as dores”* (E24). Também o regime medicamentoso é prescrito pelo médico, o que lhe dá um papel de destaque no que se refere ao controlo da dor. Para além disso, as pessoas com dor atribuem também muito relevo à disponibilização do acesso aos cuidados de saúde conseguido ou facilitado frequentemente através do médico. A este propósito, um participante referiu: *“Tenho combinado aqui com o doutor, não receita nada, mas se eu tiver dor, em vez de ir à urgência, venho diretamente aqui à consulta”* (E51). De facto, para as pessoas que são seguidas nas UDC existe uma maior proximidade da equipa multidisciplinar e a pessoa com dor. Esta proximidade é facilitadora deste processo no momento em que os clientes precisam dos cuidados.

A perceção que as pessoas com dor crónica têm da sua relação com o médico que as segue influencia de forma positiva ou, por vezes, negativa, o modo como vivem com a sua dor. Já no que se refere ao apoio oferecido pelos enfermeiros a tónica situa-se entre as intervenções resultantes de prescrição e a escuta. De acordo com um dos participantes *“eles só fazem aquilo que o médico manda fazer”* (E12), já na perspetiva de outros *“...as palavras que dizem, a forma como atendem e recebem as pessoas, é 80% do tratamento”* (E38) e *“...gostava de ser ouvida para me puderem ajudar”* (E49).

No âmbito do contexto clínico também são considerados parceiros importantes dos cuidados, outros profissionais. Os nutricionistas contribuem para a melhoria da condição física, por exemplo, intervindo e acompanhando as situações de controlo do peso, com implicações na redução da dor, tal como nos refere uma participante *“emagreci 10kg, durante 3 meses”* (E15). Também os psicólogos são referidos como fonte de apoio nomeadamente quando havia situações de depressão, desânimo, entre outras situações,

sendo referidos como “...*profissional mais preparado para tentar ajudar do que uma pessoa comum. Porque a pessoa ao dizer eu tenho isto, isto e isto... é uma forma de catarse...*” (E57). Por seu turno, os fisioterapeutas também entram nesta equação enquanto facilitadores do exercício e do relaxamento muscular com a utilização de vários tipos de tratamentos.

Para além dos profissionais de saúde, as pessoas reconhecem outros recursos na comunidade que poderiam assumir-se como condições facilitadoras. Uma das participantes dá relevo à criação de *grupos de apoio*. De acordo com a opinião desta participante para além de grupos de apoio para a discussão das dificuldades percebidas no dia-a-dia, pois “*estar a falar só não chega...*” (E58), interessava também que existissem grupos de apoio “*em que estivessem as pessoas com um grau mais ou menos equivalente de dificuldade*” (E58). O exemplo dado foi relacionado com o fazer exercício explicando que “*estamos ali todos, com limitações, mas apesar disso estamos a fazer alguma coisa para sair daqui... estamos todos no mesmo patamar*” (E58).

De facto, tal como nos é referido, em situações de verdadeiras crises existenciais parece que só podemos ser confortados, se procurarmos ajuda noutras pessoas que tenham passado por situações idênticas. Nos grupos de ajuda mútua, a premissa é ajudar-se a si próprio quando se ajuda o outro. Estes grupos parecem funcionar como modelos positivos, para a partilha de compreensão e informação, não percecionada de igual modo, face à disponibilizada pela família, amigos e profissionais de saúde.

3.2.3. Terapêuticas de enfermagem

As terapêuticas de enfermagem são definidas como todas as ações intencionalmente implementadas para cuidar dos clientes, englobando o conteúdo tanto das intervenções como os objetivos de enfermagem (10). Os objetivos das terapêuticas de enfermagem são o de facilitar processos de transição saudáveis e suportar/apoiar indicadores de processo positivos (137).

As ações que os enfermeiros desenvolvem face às necessidades identificadas têm, incontornavelmente, intenções associadas e baseiam-se num conjunto de pressupostos de boa prática. Os objetivos major das terapêuticas de enfermagem das pessoas com dor são o controlo da dor e a gestão das suas consequências (Figura 10). Assim, os enfermeiros podem assumir um papel pivô no contexto da equipa e oferecer cuidados que contribuam para aqueles objetivos. Todavia, nos testemunhos dos participantes o potencial de oferta de cuidados autónomos pelo enfermeiro foi pouco claro, havendo

um certo desconhecimento do papel do enfermeiro enquanto profissional com intervenções autónomas.

Terapêuticas de Enfermagem Objetivos maior: controlo da dor e a gestão das suas consequências	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a dor • Controlar a dor • Escutar o doente • Executar massagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o regime terapêutico • Instruir sobre os medicamentos • Consulta telefónica

Figura 10. Terapêuticas de enfermagem implementadas à pessoa com dor crónica

Apesar de *“só quem a tem é que sabe o significado”* (E54) o respeito pela dor que o outro sente é essencial para o processo de cuidados, particularmente para o processo diagnóstico. Tanto é assim que a não valorização da dor da pessoa e uma resposta terapêutica percebida como demorada, são entendidas como falta de atenção. Esta circunstância é descrita por um participante: *“disseram que era chato... eu tinha a dor e pedia para me tirar a dor. Pedia um comprimido para tirar a dor... Tomava e passado um bocado já não me doía. Eu pedia e eles diziam: venho já, venho já... Passado meia hora é que vinham”* (E11). Como se infere pelo testemunho deste participante, responder atempadamente à dor expressa pela pessoa é revelador desse respeito.

O *“escutar o doente”* é uma intervenção valorizada pelas pessoas com dor crónica - *“aqui eles escutam, aqui eu desabafo...”* (E34). Esta terapêutica funciona, por um lado, como estratégia fortalecedora da interação terapêutica, por outro, como um momento relevante para a recolha de dados que ajude numa avaliação efetiva da dor. De facto, em conformidade com a definição de cuidados de enfermagem, a relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelos seus valores, crenças, desejos e autodeterminação (136). Acresce ainda que para uma recolha de dados que conduza a diagnósticos precisos, o enfermeiro precisa escutar as mensagens e as emoções não expressas, bem como estar atento às palavras ditas e às palavras evitadas (138).

De facto, a interação entre enfermeiro-cliente é percebida como tendo um efeito terapêutico, já que, no entendimento de alguns participantes, os enfermeiros foram *“sempre muito cuidadosos... Nunca me tinha visto naquela situação e ajudaram-me muito”* (E1). Estes compreendem mais e melhor as suas experiências, pois possuem maior domínio no conhecimento sobre as respostas à dor. Assim, o conhecimento pessoal dos enfermeiros que lidam com este tipo de clientes é considerado relevante para o

efeito terapêutico das interações, pois *“o falar também ajuda (...) o ser apoiado por uma pessoa, quando se está nestas circunstâncias é muito importante”* (E49).

Para além das intervenções no domínio do atender, existem outras intervenções do domínio do executar e do informar valorizadas pelos clientes. Terapêuticas como por exemplo executar *“massagem”* (E31) e informar sobre o regime terapêutico também foram referidas. Alguns participantes valorizam o instruir sobre os medicamentos - *“explicaram... colocaram (o adesivo) só para ver e depois em casa colocamos nós, sempre à mesma hora de 3/3 dias”* (E17). De facto, os enfermeiros têm ao seu dispor um conjunto de terapêuticas para o controlo da dor, tais como nos referem Castillo-Bueno e colaboradores (99) que estudaram qual a melhor evidência disponível sobre a eficácia das intervenções de enfermagem para pacientes adultos com dor crónica. De entre as encontradas com evidência científica nesta área de cuidados mencionam a musicoterapia, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia magnética, a imaginação guiada, a educação e estimulação sensorial, de entre as mais promissoras. No entanto, os participantes reportaram-se às terapêuticas de enfermagem oferecidas no contexto daquela UDC.

Também as intervenções que resultam de prescrição são valorizadas pelos participantes, quando se referem ao apoio prestado pelos enfermeiros. Os participantes valorizam tanto a realização da intervenção como a informação prévia sobre o que vão fazer, a gestão do ambiente e o resultado expectável.

Das intervenções descritas, no âmbito do atendimento na Unidade de dor, uma participante referiu: *“a enfermeira... disse: vai dormir, vai adormecer... e a dor abrandou e já se sabe... eu até adormeci. Fiquei sem dores, e tudo isto ajuda muito... a enfermeira, preparou o ambiente no momento da aplicação do tratamento (TENS) ... “música suave”, “ambiente a média luz”* (E33). Outras terapêuticas referidas são as relacionadas com a administração de medicamentos para alívio da dor, tal como relata uma participante: *“Quando eu tinha mais dor, vinham e punham-me um frasquinho de medicação e aliviava-me muito...”* (E23).

No sentido de conseguir o controlo da dor e a gestão das suas consequências podem ser implementadas intervenções com base em contactos presenciais ou telefónicos, que representam diferentes estratégias de interação. O contacto presencial na consulta (hospital ou centro de saúde) é a prática comum. Todavia, alguns participantes manifestaram a importância desse contacto poder ser realizado em contexto domiciliário. A esse propósito, um participante refere que quando a pessoa não consegue

deslocar-se até ao centro de saúde ou ao hospital “*se a gente precisar... era ligar e a massagem poderia ser feita em casa...*” (E31).

O telefone e/ou as novas tecnologias (recurso à internet, email, entre outras possibilidades) têm-se assumido, crescentemente, como recursos relevantes para a monitorização da evolução da situação e para o acompanhamento à distância das pessoas com dor crónica. De facto, a consulta telefónica permite identificar as preocupações/necessidades e dar resposta às necessidades identificadas (apoio, informações e orientações) (138). Esta estratégia é valorizada pelos clientes, sendo considerada um “*apoio muito importante*” (E36). A esse propósito um participante referiu que “*Quando tenho muitas dores, ligo logo para aqui*” (E61) e outro referiu que “*sempre que tenho dúvidas posso telefonar à vontade, (...) quer seja porque o medicamento acabou, quer outra reação, ou alterar a hora...*” (E23).

3.2.4. Padrões de resposta da transição vivenciada pela pessoa com dor crónica

Os estudos têm evidenciado que as pessoas em transição apresentam respostas semelhantes e, por isso, é possível falar em padrões de resposta. Ao longo da transição podem ser monitorizados indicadores que permitem avaliar a respetiva evolução. De acordo com Meleis (10) uma transição saudável é caracterizada pela mestria nos comportamentos relacionados com o desempenho do novo papel e a identidade. Pelo contrário, a transição não saudável é caracterizada pela dificuldade no desempenho do papel, quer seja percebida por si ou por significativos. Assim, num processo saudável de lidar com a mudança os sentimentos de *stress* iniciais são substituídos pela sensação de bem-estar (10; 135). São também considerados indicadores de uma transição saudável a qualidade de vida, a capacidade funcional, a energia disponível e um maior nível de consciencialização (9).

No processo de transição vivenciada pela pessoa com dor crónica foi possível identificar no presente estudo como indicadores de processo: o controlo da dor, a satisfação com o controlo da dor, a aceitação do estado de saúde, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e como indicadores de resultado: mestria no lidar com a dor e mestria na gestão do regime terapêutico e atividades de vida diária (AVD) (Figura 11).

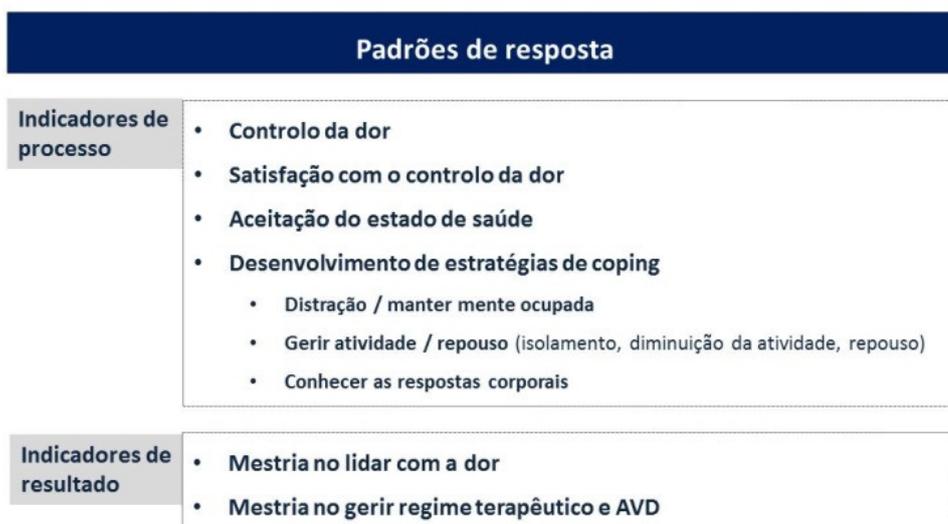


Figura 11. Padrões de resposta na transição vivenciada pela pessoa com dor crónica

Controlo da dor

A cronicidade da dor que as pessoas sentem determina um padrão oscilatório em termos de padrões de resposta. Estas pessoas apresentam, ao longo do tempo, um diferencial entre indicadores de uma transição saudável e não saudável, associado ao controlo ou não, da dor. Frequentemente as pessoas com dor crónica expressam níveis de controlo de dor *“Está muito melhor... muito melhor. Para aí uns oito (numa escala de 0-10)... às vezes tenho que vir cá, mudar de medicação, fazer um ajuste”* (E16). Realçamos que a resposta ao nível de satisfação com o controlo da dor era expressa, por um lado, face à satisfação relativamente ao alívio da dor obtido, mas também muito associado ao grau de satisfação face ao atendimento proporcionado pelos profissionais de saúde no seu percurso da dor: *“estou muito satisfeito. Desde que vim para aqui tem sido sempre controlada* (E17).

Satisfação com o controlo da dor

A cronicidade da dor impõe um acompanhamento regular dos profissionais de saúde. Assim, a satisfação com os cuidados prestados pelos profissionais pode ser considerada uma característica definidora do *“sentir-se ligado”*³⁴ como indicador de processo. A este

³⁴ *“Sentir-se ligado” - tradução de feeling connected (30).*

propósito uma participante referiu sentir-se *“bem acompanhada na consulta da dor, sinto uma sensação de bem-estar pelo atendimento de toda a equipa, por acreditarem na minha dor, por explicarem o porquê da dor”* (E63). Outro participante refere *“não posso dizer que não estou satisfeita, porque tenho sido muito bem atendida... agora em relação à dor ninguém me conseguiu tirar”* (E40). Esta circunstância assume particular relevo nas situações crónicas quando se trata da necessidade de sentir-se ligado ao profissional de saúde, enquanto recurso para o desenrolar da transição. Aliás, sentir-se confortável na relação com o profissional de saúde tem sido considerado um indicador positivo da experiência da transição (135). De facto, o nível de satisfação parece não refletir o que realmente aconteceu, mas as expectativas e as perceções acerca da experiência pessoal do paciente. Os discursos deixaram transparecer que as pessoas com dor crónica estão frequentemente satisfeitos com os cuidados recebidos mesmo que ainda continuem com dor.

Aceitação do estado de saúde

O percurso na tentativa do controlo da dor é, para muitos, demorado já que recorreram aos serviços especializados para o tratamento da dor crónica depois de terem passado por muitos serviços e médicos diferentes e adotarem como expectativa realista a não consecução do controlo da dor. Todavia, o confronto com o viver com dor leva à aceitação do estado de saúde, quer intencionalmente, quer por resignação. A este propósito um participante descreve que *“com o tempo fui-me habituando... a gente tem de se habituar e saber lidar com esta situação... mas fui-me habituando”* (E13). Já outro diz que *“é a cruz que eu tenho (...) lentamente, Deus tem dado resignação para aceitar o quanto estou limitada... o Senhor deu-me resignação e comecei a aceitar a minha limitação”* (E37). Assim, a aceitação do estado de saúde enquanto aceitação da mudança significativa no estado de saúde, pode ser considerado como um indicador do processo da transição de uma pessoa com dor crónica, ajudando a pessoa a reconhecer a realidade da sua situação, adaptando-se às mudanças impostas pela saúde, demonstrando resiliência, entre outros aspetos.

Desenvolvimento de estratégias de coping

O controlo da dor constitui um indicador de bem-estar e qualidade de vida dependendo da eficácia das estratégias de *coping* utilizadas. O desenvolvimento de estratégias que

permitam integrar a dor como uma variável a considerar na organização do dia-a-dia é também um indicador que permite avaliar o modo como a transição está a evoluir.

As alterações no padrão de vida diária levam a que as pessoas com dor crónica não façam grandes planos para o seu dia, ou então planeiam o dia consoante as forças que sentem, gerindo o período de atividades e de repouso. De facto, esta gestão é consciente tal como revela uma participante ao referir que *“quando não estou bem deito-me. Fico ali quietinha, no escurinho até que me alivie a dor. E quando consigo levantar-me tomo um banho quente (...) tento controlar assim”* (E31). Outro participante refere que gere as atividades diárias *“... fazendo as coisas de uma forma mais devagar do que era costume”* (E42). Do mesmo modo, a atividade também pode ser usada como estratégia de coping já que existem *“tarefas que funcionam como exercício, peço ajuda para me colocar as coisas nos sítios onde chego para depois completar a tarefa. Por vezes sento-me para limpar os móveis... arranjo estratégias para conseguir fazer as coisas”* (E37); outra participante acrescenta que *“caminho, ando, levanto-me já com dor e depois tomo um banho e ando e começo a ficar melhor... eu faço tudo, apanho roupa, estendo a roupa, nem tenho grande necessidade disso, mas faço questão de fazer, sinto necessidade de me sentir ocupada”* (E40). Para aliviar a dor e manter a atividade alguns participantes recorrem à utilização de auxiliares de marcha, como por ex. cadeira para subir, ou para andar, no sentido de gerir a energia e a dor provocada pela movimentação. Outros encontram outras atividades como por exemplo, *“ir ao cabeleireiro para não fazer muito esforços com os braços e mãos”* (E34).

Algumas pessoas recorrem a outras estratégias como a distração procurando *“manter-me ocupada com alguma coisa... faço, atendimento ao público, e isso dá-me imenso prazer”* (E26), ou ainda *“se ficar em casa fico pior... estou melhor a trabalhar, porque me distraio imenso, gosto muito do que faço... para mim não é sacrificio nenhum dar aulas, porque gosto”* (E40). Outras referem que quando têm dor tentam falar com alguém e *“contar-lhe o que se está a passar”* (E49), pois falar com um profissional sobre o problema *“ajuda a fazer-lhe frente”* (E64), e ainda que quando dizem aos outros o quanto dói, *“isso ajuda a suportar a dor, faz bem...”* (E33). Todavia, por vezes é impossível *“esquecer a dor”* (E35), pois *“às vezes ela é muito forte... torna-se impossível ignorá-la”* (E53).

Mestria no lidar com a dor

O desempenho com mestria de comportamentos eficazes no controlo da dor leva tempo, por isso, é esperado que não surja nas fases iniciais da transição. Numa fase avançada da transição é possível identificar indicadores de resultado. Meleis identifica como indicadores de resultado a mestria e a reformulação da identidade. Assim, o “fim” de uma transição é determinado pela integração e domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para o ajustamento entre a pessoa e as suas circunstâncias e a coordenação entre os antigos e os novos papéis (139; 135). No entanto, nos participantes entrevistados poucos foram os que referiram aspetos que demonstram este nível de mestria.

Mestria na gestão do regime terapêutico e atividades diárias

A incorporação destes elementos resulta na reformulação de cada pessoa que vive com dor no seu contexto, tal como descreve um participante *“agora como já me conheço, quando sinto que estou a ficar cansada e sinto aquela dor eu deito-me”* (E13). Outro refere *“Tenho ocasiões em que faço o meu trabalho de casa, tenho de me estender um bocado para depois retomar. Eu consigo fazer tudo o que quero. Fui eu própria que aprendi a gerir estas coisas assim”* (E30) e, outro refere ainda *“Tento gerir entre a minha possibilidade e aquilo que tenho que fazer ...aprende-se a abrandar um bocadinho, porque era muito acelerada”* (E42). O controlo da dor através da mestria na gestão *“da medicação a horas fixas com a medicação em SOS para obter um alívio da dor”* (E63) também pode ser considerado um indicador de resultado.

Os padrões de resposta, quer os indicadores de processo, quer os indicadores de resultado, na transição da pessoa que integra a dor no seu modo de ser e de estar são dinâmicos e fluidos, sendo tendencialmente instáveis, mas o objetivo é conseguir viver *“com saúde/com qualidade”* mesmo tendo dor crónica. Esta ideia é consonante com o que Meleis e colaboradores (135) designam de *“fluid rather than static, as dynamic rather than stable”* (p.26).

De facto, ao lidar com as mudanças e diferenças na vida da pessoa com dor crónica cada pessoa necessita reformular o seu modo de viver, incorporando novos modos de ser e de estar na sua identidade.

3.3. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA COM DOR CRÓNICA

Ainda na fase I, nomeadamente no Momento II deste estudo, pretendemos caracterizar o modelo de cuidados em uso no acompanhamento da pessoa com dor crónica pelas unidades de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde português. Para isso recorreremos a um grupo de dezassete profissionais de saúde, que foram entrevistados, e que denominamos de “*informantes-chave*” nesta área temática:

- profissionais de saúde com responsabilidade na área da gestão dos serviços de saúde (instituições hospitalares e ACES da região do Grande Porto e do distrito de Vila Real);
- enfermeiros e médicos responsáveis pelo acompanhamento das pessoas com dor crónica quer em contexto hospitalar (hospital especializado, hospitais centrais e ULS), quer nos cuidados de saúde primários;
- profissionais com responsabilidades na área da formação da dor;
- membros do grupo de acompanhamento do Plano Nacional de Controlo da Dor (PNCDo) e da Associação Portuguesa Para Estudo da Dor (APED).

De entre estes participantes emergem profissionais de saúde com diferentes funções: cargos de gestão e administração, como Enfermeiro - Diretor ou Supervisor; cargos intermédios, como Enfermeiro - Chefe ou Especialista; e Enfermeiros, profissionais envolvidos na prestação direta de cuidados ou ainda, médicos - Coordenadores de UDC.

A maior parte dos participantes foram contactados via telefone, informados acerca do estudo e questionados relativamente à sua disponibilidade para participar no estudo. No entanto, para alguns profissionais, dada a dificuldade de contacto telefónico, foi enviado o pedido de participação nesta fase do estudo via *email*. Todos os participantes tiveram conhecimento do âmbito do estudo, da finalidade, do objetivo da participação, e de um conjunto de questões acerca das quais solicitávamos a opinião do profissional (Anexo 31). A participação foi efetuada através da resposta por escrito às questões efetuadas (por ex. enviadas por *email*) ou por entrevista face-a-face. A recolha de dados nesta etapa decorreu entre o mês de novembro de 2012 e março de 2013. Foram solicitadas autorizações pessoais e institucionais para a realização das entrevistas (Anexo 32).

Após a realização das entrevistas e da receção da participação por escrito de alguns dos participantes, procedemos à organização da informação obtida. Codificamos as entrevistas ou os documentos enviados, utilizando para cada um dos participantes entrevistados a letra I, seguida de um número (ex. I1), referindo-se a um *informante-*

chave, para posterior análise do conteúdo dos discursos dos participantes acerca desta temática. Os procedimentos de análise de conteúdo das entrevistas seguiram os princípios das metodologias qualitativas, tomando por referência os processos de análise descritos por Strauss e Corbin (140), com codificação aberta e axial e com recurso à análise por dois juízes.

Nos relatos dos *informantes-chave* procurava-se: (1) caracterizar a organização dos cuidados no acompanhamento das pessoas com dor crónica; (2) caracterizar o funcionamento das unidades de dor crónica existentes no contexto das unidades de saúde/estabelecimentos de saúde; (3) conhecer o papel dos enfermeiros na prevenção e controlo da dor crónica.

Assim, algumas questões de fundo guiaram o procedimento de análise (Anexo 33): a organização dos cuidados à pessoa com dor crónica, os valores e princípios envolvidos na prestação de cuidados, as atividades e serviços disponibilizados, a avaliação da qualidade dos cuidados efetuada, o papel dos enfermeiros na prevenção e controlo da dor crónica na sua instituição, o perfil e o conjunto de competências destes profissionais que trabalham na área da prevenção e controlo da dor crónica.

A construção de categorias foi um processo que decorreu tendo em conta a leitura flutuante efetuada numa primeira fase, sem categorização *à priori*. Na organização do material emergiram unidades com conteúdos de significação semelhantes, permitindo assim o seu agrupamento. Este foi um processo flexível e dinâmico, em que as categorias e as subcategorias iam sendo reformuladas no decorrer do processo de análise.

Da análise das entrevistas efetuadas aos profissionais de saúde, a **organização dos cuidados de saúde** emergiu como tema principal. O conjunto de categorias identificadas ao longo do processo de análise pode ser estruturado em três blocos distintos, mas complementares: umas categorias estão relacionadas com elementos estruturais (***dos contextos dos cuidados***), outras relacionadas com elementos funcionais (***do processo de cuidados***) e outras relacionadas com a ***continuidade dos cuidados*** de saúde no acompanhamento da pessoa com dor crónica (Quadro 32).

Quadro 32 - Organização dos cuidados: categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contexto dos Cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acesso aos cuidados ▪ Tipo de serviços existentes ▪ Estrutura física e recursos disponíveis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Filosofia de Cuidados ▪ Conceção de cuidados ▪ Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuidade de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordenação dos cuidados ▪ Fluxo de informação ▪ Monitorização da Qualidade dos cuidados

3.3.1. Os contextos dos cuidados

Na organização dos cuidados à pessoa com dor crónica, as características estruturais relativas aos **contextos dos cuidados**, referidas pelos entrevistados remetem para as subcategorias: acesso aos cuidados, tipo de serviços existentes, locais de prestação de cuidados, estrutura física e recursos disponíveis.

3.3.1.1. Acesso aos cuidados

O *acesso dos clientes* aos cuidados de saúde é diferente em função dos **contextos dos cuidados**. O último estudo de prevalência de dor crónica (1) revela a existência de um grande número de doentes com dor crónica. Este facto leva a que *“a maior parte deva ser abordada pelo seu médico de família. E quando as suas capacidades se esgotam, então deverão ir para uma consulta diferenciada”* (16). Reportando-se ao mesmo estudo, este participante indica *“que uma ínfima parte dos doentes é seguido por uma especialidade e contavam-se pelos dedos os que eram seguidos numa UDC”*. No entanto, refere a existência de *“uma parte desta população com dor crónica que teria indicação para ser referenciada para uma UDC e não foi”*. A *“falta de sensibilidade dos profissionais para o assunto”*, a *“não valorização da dor em geral”*, o facto dos profissionais de saúde *“não darem a relevância necessária àquele problema para o*

referenciar para uma UDC” são alguns dos aspetos apontados que levam “alguns a passar anos à espera de algum controlo adequado da dor” (16).

Assim, a maioria das pessoas que têm dor, recorre em primeiro lugar ao médico de família ou clínico geral que decide acerca da necessidade de referenciar para os cuidados de saúde secundários, quer seja para uma consulta de especialidade médica, quer para uma unidade de dor crónica. No entanto, ao nível dos CSP, mesmo quando por parte do clínico é indicado algum tipo de tratamento, frequentemente *“as pessoas recorrem aos cuidados dos enfermeiros só para fazer um injetável”* (112) e não para outras estratégias de controlo da dor crónica. Também, por parte dos enfermeiros a não monitorização/ valorização adequada da dor, mesmo que o injetável seja um analgésico, leva a um desconhecimento e falta de acompanhamento nesta área. Este facto conduz a um prolongamento no atendimento da sua dor, que poderia ser melhor controlada com a disponibilização por parte dos profissionais de outras estratégias para o controlo da dor crónica.

O acesso dos doentes às UDC faz-se, de uma forma geral por *“referenciação dos médicos responsáveis no seguimento da patologia base, através da medicina geral e familiar, ou através de pedidos internos das diferentes especialidades médicas, podendo ainda ser referenciados diretamente pelo serviço de urgência”* (116).

Já nas UDC *“o gestor clínico da UDC tendo em conta a informação e contexto clínico define a prioridade para o agendamento da 1ª consulta médica”* (17). A gestão e agendamento das consultas são feitos em função da *“prioridade da situação clínica e tentando respeitar sempre o tempo limite estabelecido para a lista de espera”* (15). No entanto, um dos médicos entrevistados salienta a necessidade de se *“implementar uma rede de referenciação nacional e estender a atuação das unidades existentes, à rede de cuidados paliativos e estabelecer a nível intra-hospitalar apoio aos diversos serviços pelo menos 12 h/dia”* (14).

Uma das participantes, numa instituição especializada, refere a *“não existência de listas de espera”* nessa UDC e que *“toda a marcação pedida como urgente e toda a primeira consulta que não ocorre nas duas semanas que seguem o pedido, é avaliado pelo coordenador para tomada de decisão”* (110). Noutro Centro Hospitalar (CH), é referido que o *“doente pode vir sempre que precisar e pode vir sempre que tenha uma dor superior a 3 na Escala Visual Analógica de dor (...) e os doentes oncológicos são vistos no próprio dia”* (19).

Pela tipologia de doentes que chegam às UDC, pelo tempo que muitos deles demoraram até serem referenciados para este tipo de consultas, uma vez seguidos nestas UDC

parece ser difícil “*dar alta*” da mesma. Segundo um dos participantes no estudo, “*uma vez chegados a nós, há uma parte dos doentes que digamos, é impossível dar alta*” (I6). Este clínico menciona ainda algumas dificuldades relacionadas com a alta dos doentes da UDC “*damos alta e passado 15 dias estão piores e a pedir remarcação de consulta*” (I6). Acrescenta ainda que cortar esses espaços de diálogo pode não ser fácil, pelo que realça a necessidade de uma preparação eficaz da alta desta consulta “*se nós mostrarmos que esse espaço apenas é interrompido mas não é fechado, as pessoas de um modo geral aceitam*” (I6). A alta das UDC é realizada segundo os critérios definidos pelas mesmas e “*correspondem a critérios de estabilidade ou cura clínica, sem necessidade de tratamento diferenciado por uma unidade de dor*” (I4).

O acesso dos utentes às consultas também tem sido influenciado pela situação de crise vivenciada no momento atual, que “*tem afetado a saúde e a vinda dos doentes às consultas (...) e, embora nas UDC todos os doentes estejam isentos de taxas moderadoras, no entanto referem dificuldade em vir às consultas por causa dos transportes*” (I6).

A UDC é considerada por muitos doentes como o último recurso, mas estas não são, como já identificamos, o único recurso no âmbito do acompanhamento da pessoa com dor crónica.

3.3.1.2. Tipo de serviços existentes

Os cuidados prestados à pessoa com dor crónica acontecem em contextos clínicos diversos, sendo influenciados pelo *tipo de serviços* existentes, quer ao nível dos cuidados de saúde diferenciados (nomeadamente nas UDC e Cuidados Paliativos - internamento) e dos CSP (CS, ECCI).

Como já foi referido, dada a elevada prevalência da dor crónica é referido que o seu tratamento é efetuado predominantemente ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP). No entanto, foi salientado por alguns participantes que os profissionais da saúde “*estão muito mais despertos e sensíveis para o acompanhamento de outros grupos vulneráveis (...) as crianças (consulta de saúde infantil), a necessidade de vacinação, as consultas de vigilância da grávida, as consultas dos hipertensos e diabéticos*” (I12) não assumindo como foco de atenção a dor crónica. Um dos participantes refere que, na nova reorganização dos Centros de Saúde (CS), não existe nenhuma unidade ou equipa para trabalhar especificamente a área da dor, apesar de “*ao nível das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) termos muitos doentes que estão a ser seguidos*”

*e têm dor crónica, não apenas dor oncológica ou doentes em cuidados paliativos, mas também com outras situações” (I13). De facto, se verificarmos as situações patológicas que estão na base da necessidade de apoio para os cuidados continuados, percebemos que existem muitas condições de saúde que se apresentam com um potencial de causar dor. A questão é: *porque não estão estes clientes identificados relativamente à necessidade em cuidados relacionados com a sua dor crónica?**

Ao nível dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) *“a equipa de Saúde familiar é a responsável pelo utente e deve fazer a referenciação para a UCC” (I12). A título de exemplo num ACES do Grande Porto é referido a existência de “projetos da UCC dirigidas a idosos, ou pessoas com necessidades de reabilitação, e outro para a prevenção de quedas”. Tal como nos expressa uma das supervisoras de um ACES “estes projetos não são propriamente relacionados com a dor crónica” (I12). Contudo, de forma indireta estes programas podem contribuir para a prevenção e controlo da dor.*

Neste contexto, foi-nos também referido a existência de *“projetos de enfermagem de reabilitação (...) projetos para promover o envelhecimento ativo, o movimento, técnicas de distração, de grupos, que têm ajudado muito nesta área da dor crónica e assim melhorando a qualidade de vida dos utentes” (I12). De acordo com a participante, com a utilização destas técnicas o utente ficará provavelmente com menor grau de dor, já que a dor está frequentemente presente na vida das pessoas, principalmente nos idosos.*

Outros projetos, como o *“Idade Maior”* e o *“Mais Sorrisos”* proporcionam *“ocupação de tempos livres, duas vezes por semana, em que as pessoas, idosas ou não, dependentes ou não (...) fazem passeios, fazem trabalhos manuais, estão ocupadas, conversam, o que melhora bastante a qualidade de vida das pessoas” (I12). Esta terapia ocupacional parece funcionar como uma mais-valia quer no âmbito da prevenção de situações dolorosas, quer na promoção de hábitos de vida saudáveis, utilizando estratégias diversificadas que promovem a distração e simultaneamente a reabilitação. Estes projetos, mais de âmbito social poderiam ser complementados por atividades mais focalizadas na dor, sendo desta forma mais dirigidas às reais necessidades das pessoas.*

Tal como nos foi referido por um dos participantes, existem projetos direcionados para *“as doenças osteoarticulares e dor musculoesquelética, para além dos AVCs, do Reabilitar para bem respirar” (I13) entre outros. No seguimento destes projetos, os enfermeiros deverão identificar as “pessoas que eles conhecem, porque estão lá sempre a fazer medicação, e podem trabalhar a questão da dor e do autocontrolo da dor” (I13) e assim “encaminhar para um programa específico” (I13). Os enfermeiros de reabilitação*

“têm conhecimentos acrescidos nesta área, em termos mesmo do relaxamento e massagem, técnicas que podem ajudar muito na dor” (I13).

No contexto hospitalar, a pessoa pode ser referenciada para o setor ambulatorio, para uma consulta de especialidade ou para uma consulta de dor crónica ou ainda para o serviço de internamento. Quando questionados sobre o acompanhamento da pessoa com dor crónica, os participantes salientaram a importância das UDC no contexto da instituição para a orientação destas situações. Trata-se de unidades especialmente concebidas para o tratamento mais diferenciado das situações de dor crónica, cujos objetivos e tipos de unidades já foram referenciados no contexto deste relatório.

Os entrevistados referiram a organização dos cuidados relativamente à atividade desenvolvida ao nível hospitalar, que tal como nos refere um dos participantes é essencialmente *“ambulatória, na consulta da dor e noutras consultas, nomeadamente no doente institucionalizado, no atendimento da pessoa com dor crónica não controlada (oncológica ou não) com a possibilidade de ser referenciada para outras áreas”* (I10). No entanto, existe também a possibilidade de *“atividade de apoio ao internamento quando solicitados”* (I10). Este seguimento é efetuado por parte da equipa médica e de enfermagem da UDC, no caso específico de uma das instituições, *“existindo informação da evolução do controlo da dor e posterior visita no internamento do profissional responsável pela mesma”* (I11), noutras, o acompanhamento de enfermagem da UDC ao internamento *“é esporádico”* (I7).

Existe ainda outra realidade, que embora pontual, é referida por um dos participantes e que importa realçar: o apoio domiciliário. De facto, numa das UDC *“o apoio domiciliário é realizado três dias por semana, um dos dias com o médico e enfermeira da UDC e do CS e dois dias só com a enfermeira. São referenciados para este apoio domiciliário os doentes acamados, ou com limitações que os impedem de aceder à UDC no contexto hospitalar (dificuldade na acessibilidade), assim como nas situações em que existam dificuldades familiares, nomeadamente famílias desestruturadas”* (I14). Esta situação reporta para o esporádico apoio domiciliário, sem estrutura de apoio efetiva no acompanhamento das pessoas com dor crónica. Esta iniciativa positiva reforça ainda o contacto com o enfermeiro de família, proporciona continuidade dos cuidados, e ajuda na identificação das necessidades da pessoa no seu próprio ambiente familiar.

Os cuidados paliativos existem em vários contextos diferentes, quer nos CSP, quer no contexto hospitalar (internamento). Neste tipo de cuidados além de todo o cuidado prestado à pessoa em fase final de vida, o controlo da dor e de outros sintomas é uma das prioridades. Tal como nos refere um dos entrevistados, os profissionais que

trabalham em cuidados paliativos “*permitem finais de vida com dignidade e qualidade*” (I15). Mesmo nas instituições onde existem serviços de cuidados paliativos (internamento) parece existir ainda a ideia de que “*a medicina paliativa é uma medicina menor (...) e só entregam o doente aos cuidados paliativos já numa fase em que até nem é cuidados paliativos, é um fim de vida*”: Adianta ainda que “*os doentes assim já nem usufruem daquilo que são realmente os cuidados paliativos*” (I15), este aspeto leva-nos para a necessidade de uma intervenção mais precoce, indo de encontro aos objetivos dos cuidados paliativos.

Ao contrário do desejável e suportado pela legislação, as ações neste âmbito da dor fora do contexto das UDC, revelam-se esporádicas, sem objetivos concretos e, deste modo, difíceis de operacionalizar em termos dos resultados.

Com a criação das UDC e conseqüente definição de espaços físicos especificamente destinados a atender pessoas com dor crónica, fez crer que os locais privilegiados para dar resposta às necessidades destas pessoas fossem aquelas unidades de saúde. Por isso, mesmo em contexto de CSP, tendo a noção que “*o enfermeiro de família tem aqui uma enorme responsabilidade na identificação destas situações de dor*” (I13), os casos de dor crónica não têm sido valorizados com a importância que tal situação requer, quer da parte dos profissionais, quer dos utentes. Também, parte significativa dos clientes parecem não considerar a dor que sentem “*habitualmente tendem a desvalorizar (...) porque trabalham no campo, acham que as dores são normais*” (I13), não entendendo como motivo para desencadear cuidados diferenciados de enfermagem, desvalorizando a sensação de dor numa fase inicial, “*até ela se tornar insuportável*”.

3.3.1.3. Estrutura física e recursos disponíveis

A *estrutura física e recursos* disponíveis condicionam a oferta de cuidados. De facto, não chega ter uma organização dos cuidados, é necessário ter estruturas físicas e recursos disponíveis, quer materiais quer humanos que sustentem os princípios subjacentes ao acompanhamento da pessoa com dor crónica.

A falta de espaço físico que garanta a privacidade e as condições necessárias para a implementação de intervenções como por exemplo, executar massagem, aromaterapia, toque terapêutico, pode condicionar a qualidade e diversidade de terapêuticas de enfermagem a oferecer. Algumas das entrevistas realizadas evidenciaram alguns constrangimentos em alguns destes espaços, nomeadamente quando, a título de exemplo, no próprio gabinete de enfermagem apenas “*existem dois “cadeirões/camas*”

e é aí, no gabinete de enfermagem, que são efetuados alguns tratamentos para alívio da dor e para titulação de fármacos” (I11). Noutro contexto, a possibilidade de gestão dos espaços (espaço privado) tem sido uma mais-valia o que possibilitou a utilização de *“um posto de trabalho utilizado pela enfermagem para o toque terapêutico”* refere um dos participantes *“já temos a funcionar desde fevereiro do ano passado uma consulta de toque terapêutico” (I1).* De facto, a execução do toque terapêutico (intervenção efetuada pelos enfermeiros) requer um ambiente adequado para a sua implementação, um ambiente calmo, que embora possa ser reduzido necessita de privacidade.

Dos discursos dos participantes percebe-se que ao nível dos CSP a área da dor crónica não é uma área de intervenção prioritária. Tal como nos refere um participante *“se os enfermeiros identificarem como uma área prioritária e se estiverem atentos... são pessoas que eles depois conhecem...essas pessoas que têm essa dor crónica, estão lá sempre a fazer medicação... os enfermeiros podiam trabalhar a questão do autocontrolo da dor”.* A título de exemplo, refere que *“os enfermeiros de reabilitação porque têm conhecimentos acrescidos nesta área, sobre relaxamento e massagem”* podem constituir-se como recursos importantes, já que estas são *“técnicas que podem ajudar muito na dor” (I13).*

Outro recurso que pode condicionar o atendimento dos utentes no seu domicílio é a existência e disponibilidade, ou não, de um transporte nos CSP para a deslocação ao domicílio. Neste sentido, foi salientado que *“não temos uma frota automóvel tão grande que seja fácil deslocarem-se ao domicílio de um determinado utente. Às vezes o utente precisaria de visita todos os dias. Eles têm uma manhã para fazerem os domicílios, vários enfermeiros, têm algumas horas com o carro, não a manhã toda...nessas horas eles têm de programar todos domicílios que têm, os que englobam tratamentos às feridas e os outros” (I12).*

Relativamente aos *recursos humanos* existentes para o acompanhamento da pessoa com dor crónica, estes variam quanto ao número e à qualidade. No contexto dos CSP foi apontado a escassez de recursos nomeadamente na área de enfermagem. Existe *“um grande número de famílias” (I12;I13)* atribuídos a cada enfermeiro de família, sendo necessário estar atento às características das famílias, nomeadamente a existência de dependentes, idosos, doentes crónicos, ou outras situações mais complexas. Tal como nos foi referido por uma das entrevistadas *“o número de enfermeiros é insuficiente, porque temos uma população idosa, muitos dependentes, e por isso o tempo não chega” (I13).*

De facto, dos obstáculos identificados sobressaíram a falta de tempo e a falta de pessoal. Estes obstáculos justificam a dificuldade inerente ao tempo necessário para a avaliação inicial. Um dos participantes refere que a utilização de questionários *“às vezes é impraticável, ligado com a falta de pessoal”* (I9), outro refere a existência de *“elementos de enfermagem a tempo parcial”* (I6) nomeadamente nas UDC, o que dificulta o acompanhamento das pessoas neste contexto. Acresce ainda que em alguns contextos, o facto de *“os doentes serem vistos no próprio dia, torna difícil programar o acolhimento, o tratamento e o seguimento”* (I9) dos mesmos.

Ao nível hospitalar, a equipa que atende a pessoa com dor crónica é multiprofissional e o número de elementos que a constitui é variável. Estas equipas têm um maior nível de estruturação, quer na sua composição, quer nos modos de ação nas UDC. A maioria destas UDC *“é coordenada por médicos anestesiastas; no entanto, existem algumas em que há coordenação por um médico de Medicina Interna com a «Competência na área da dor».* Também estas UDC são constituídas por enfermeiros em maior ou menor número. *A presença de profissionais da área da psicologia é variável”* (I14).

O tratamento da dor crónica é um tratamento multidisciplinar, exigindo a maior parte das vezes *“regimes complexos e uma intervenção multiprofissional”* (I6). Tal como nos refere este clínico *“a dor é multifatorial e nenhum profissional pode ter hoje a veleidade de abarcar todo o conhecimento”* (I6). De facto, muitas das UDC são identificadas como Unidades Multidisciplinares e a abordagem na área da dor crónica requer frequentemente *“uma abordagem biopsicossocial no contexto multidisciplinar”* (I12); no entanto, existem diferenças na forma de intervir junto aos doentes com dor crónica, *“uma intervenção mais invasiva ou menos invasiva depende da necessidade dos utentes, das suas expectativas, dos recursos oferecidos em cada uma das UDC”* (I12) quer humanos quer materiais.

3.3.2.O processo de cuidados

Na organização dos cuidados à pessoa com dor crónica, as características funcionais relativas ao **processo de cuidados**, referidas pelos entrevistados remetem para as subcategorias: a filosofia de cuidados, a conceção de cuidados e as terapêuticas.

3.3.2.1. Filosofia de cuidados

A filosofia de cuidados engloba os aspetos relacionados com a centralidade nos cuidados ao doente e família, nas metas a atingir e nos valores inerentes aos cuidados disponibilizados, na abordagem multidisciplinar, na formação e na investigação requerida.

Para os participantes, uma das metas a atingir é *“assegurar cuidados de elevada qualidade assistencial”* (I16) no âmbito da *“prevenção e do tratamento da dor crónica aos doentes e suas famílias”* (I16). Os participantes referiram-se aos valores inerentes aos cuidados prestados à pessoa com dor crónica que incluem *“o direito ao controlo da dor”* (I10) e *“o respeito pela dignidade da pessoa e cuidadores”* (I10, I5).

Nos discursos produzidos pelos profissionais neste estudo, nomeadamente os que têm funções de direção das instituições de saúde ou de serviços, referem-se a uma filosofia dos cuidados prestados à pessoa com dor crónica que engloba *“uma abordagem multidisciplinar integrada”* (I5, I7) *“com base na pessoa como um todo”* (I7). Neste sentido, é referido a necessidade de *“valorizar o trabalho em equipa, empenhados na melhoria da comunicação intra e inter departamentos/serviços adequada com os diferentes grupos profissionais”* (I16) para proporcionar ao cliente *“cuidados de melhor qualidade, usando os recursos disponíveis, de forma racional e eficaz”* (I10). Numa análise mais aprofundada, verificamos que os princípios que estão subjacentes ao atendimento destas pessoas são os mesmos de qualquer outra situação de cuidados.

Outro aspeto que, reportando-se a uma filosofia de cuidados nesta área da dor crónica, influencia o acesso aos cuidados relaciona-se com a existência de muitos mitos à volta da dor. Exemplos desses mitos é o de que *o doente oncológico é que sofre*, desvalorizando as queixas de doentes não oncológicos, os relacionados com a utilização da morfina e/ou utilização dos opióides, entre muitos outros. De facto, tal como nos é referido *“muitos doentes não oncológicos sofrem tanto ou mais que os doentes oncológicos”* (I6). Efetivamente, *“a dor é muito prevalente nos doentes oncológicos, mas a patologia geradora de dor não oncológica é muito mais prevalente. Na prática, isso leva a que estes doentes sejam muitos mais”* (I6). Acrescenta ainda que esta tendência é para aumentar, porque a longevidade aumenta, as doenças degenerativas também, nomeadamente as do foro musculoesquelético que são patologias geradoras de dor crónica. Neste momento *“a maior parte das UDC já têm o seu maior número de doentes, com patologia não oncológica”* (I6). Este facto vem trazer constrangimentos a

vários níveis nomeadamente na disponibilização de recursos ao nível das instituições e na acessibilidade dos doentes ao tratamento eficaz na área da dor.

Existe ainda o mito de que *“tomar Morfina é só quando a pessoa está prestes a morrer”* (I11). Na perspetiva dos participantes é necessário combater este mito relacionado com a utilização da Morfina e outros opióides, *“tanto para o tratamento da dor oncológica como na dor não oncológica”* (I14), quer junto dos profissionais de saúde, quer junto dos doentes e/ou familiares. A existência destes mitos leva a diferenças na prescrição e utilização de opióides consoante os diferentes contextos dos cuidados, sendo referido por vários autores como das principais barreiras no controlo da dor (32; 29; 26).

Já no contexto específico das unidades especializadas há todo um percurso que os profissionais têm feito. Por um lado, existe um cuidado no acolhimento efetuado pelo enfermeiro à pessoa *“explicar o que é a UDC, o que pode esperar da unidade, onde pode contar conosco”* (I6), são aspetos valorizados, assim como o providenciar informação sobre os recursos e da disponibilidade dos serviços, nomeadamente contacto da UDC (telefónico - direto para UDC) e plano de tratamento escrito. Com o objetivo de perspetivar a continuidade de cuidados de qualidade, um dos participantes refere que tem havido uma evolução nestes contextos das UDC *“recebemos o doente, identificamos o problema, tentamos otimizar ao máximo e depois damos alta, com indicação para o médico de família, mantendo a porta aberta para reavaliar no futuro, se necessário”* (I6). De facto, está subjacente ao trabalho desenvolvido por estes profissionais um atendimento à pessoa que vivencia uma situação de cronicidade e vulnerabilidade, que exige por parte dos profissionais: *“atenção e cortesia, compaixão, respeito, competência e eficiência”* (I5).

O *processo de cuidados* exige a conjugação de diferentes tipos de *conhecimentos profissionais*. Lidar com pessoas com dor crónica exige aos profissionais de saúde o desenvolvimento de competências clínicas diferenciadas. De facto, em muitos pontos de cuidados os próprios profissionais reconhecem que *“não estavam muito preparados para trabalhar a dor e tinham muita dificuldade”* (I13). Assim, se percebe que para lidar com este tipo de clientes os enfermeiros necessitam desenvolver padrões de conhecimentos, nomeadamente, o conhecimento empírico e o conhecimento pessoal.

De facto, as intervenções dos profissionais devem ter por base *“guidelines, normas, orientações, evidências e recomendações das várias sociedades científicas nacionais e internacionais”* (I7). No sentido de terem uma prática baseada na evidência, os enfermeiros procuram encontrar formas de se manterem atualizados e com soluções inovadoras como resposta às necessidades das pessoas. Por isso, *“os enfermeiros, ao*

longo dos anos, foram fazendo a sua própria formação” (I11), frequentando ações de formação “de acordo com o necessário para poder desempenhar as suas funções da melhor forma possível” (I11), referindo que “a aposta na formação avançada dos profissionais da unidade tem sido uma das exigências por forma a garantir qualificações acrescidas que valorizem as necessidades dos doentes e famílias” (I16).

O conhecimento pessoal, ou seja, o conhecimento de si mesmo que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro, é outro tipo de conhecimento requerido. De facto, lidar com pessoas com dor é lidar com pessoas que sofrem. Por isso, e conforme testemunhou um participante *“a dor crónica não é uma área fácil de se trabalhar, pela sua cronicidade e pelos resultados pouco imediatos, pode facilmente frustrar os profissionais que se dedicam a este campo” (I5).* Todavia, os profissionais que interagem com aquelas pessoas devem ser *“pessoas dotadas de competências relacionais e com disponibilidade para o outro” (I5),* pois o olhar que o enfermeiro dedica à pessoa com dor crónica pressupõe que *“não fique só pela administração do injetável, mas também procure ali uma oportunidade para ajudar aquela pessoa e tentar perceber o porquê da dor e ajudar no seu autocontrolo” (I13).* Daí que o conhecimento pessoal ocupa um lugar de destaque nas características dos profissionais que lidam com pessoas com dor crónica.

Os profissionais que na sua experiência diária foram desenvolvendo conhecimento pessoal para lidar com pessoas com dor, nomeadamente os que trabalham nas UDC, valorizam o facto de terem *“uma grande preocupação em ouvir as pessoas, que conseguem atribuir algum tempo, por ventura mais do que é comum nas consultas em geral, e as pessoas gostam disso e sentem-se bem com isso” (I6).* Mesmo o atendimento telefónico nas UDC *“exige uma quantidade de conhecimentos teóricos e de skills de comunicação nesta área que as pessoas têm de desenvolver” (I6).* Tal como nos referem é necessário *“saber ouvir (...) a pessoa tem que ter um equilíbrio pessoal (para poder gerir os desequilíbrios e os distúrbios emocionais que muitas pessoas com dor crónica apresentam). Se é uma pessoa que vem de casa com algum desequilíbrio, dificilmente consegue ajudar o outro que está em sofrimento” (I1).*

De forma complementar, no desempenho das suas funções, os profissionais que lidam diretamente com pessoas com dor crónica têm também a necessidade de desenvolver projetos de formação e investigação. Neste sentido, *“participam ativamente na formação continuada e no ensino aos profissionais de saúde, através de programas de formação regular, em estreita colaboração com o departamento de formação” (I16), “asseguram a formação pré e pós graduada a médicos, enfermeiros e psicólogos,*

colaborando com o internato médico, Escolas Superiores de Enfermagem e Universidades” (I16) tendo assim *“atividade na área da investigação, formação e ensino”* (I10, I5) na área da dor crónica. De facto, esta necessidade de formação e investigação são a base para uma prática que se quer baseada na evidência.

O esforço da equipa no sentido de discutir os casos clínicos mais complexos concretiza-se *“todas as segundas-feiras de tarde numa reunião de grupo da UDC, em que estão presentes todos os elementos da equipa”* (I11). Esta estratégia é considerada como uma mais-valia para a articulação dos cuidados e a articulação entre os profissionais. Esta é uma prática utilizada em várias UDC. Ao nível organizacional em algumas instituições existe também uma preocupação da manutenção dos enfermeiros nas unidades onde se faz o acompanhamento mais frequente das pessoas com dor crónica, *“no sentido de manter alguma continuidade e conhecer os doentes”* (I15), noutras instituições os enfermeiros são frequentemente recrutados para outras consultas, deixando esta área de atendimento com lacunas.

3.3.2.2. Conceção de cuidados

No âmbito da categoria **processo de cuidados** surge a subcategoria *conceção de cuidados de enfermagem*, que engloba os aspetos relacionados com o processo diagnóstico e identificação das necessidades em cuidados de enfermagem.

Quando o enfermeiro toma como foco de atenção de enfermagem a dor crónica, o cliente pode ser a própria pessoa ou a parceria entre a pessoa com dor crónica e o respetivo prestador de cuidados.

O processo de conceção de cuidados implica uma adequada recolha de dados, que tem como principal fonte *“o discurso e/ou o comportamento”* (I5) do cliente. Assumindo que a ação do enfermeiro tem um efeito positivo na prevenção e controlo da dor crónica, e que a caracterização da dor e de quem a possui é essencial. Todavia, a tónica que emergiu dos discursos dos participantes reflete a ausência de sistemática na avaliação da dor e do seu impacto na vida da pessoa. Apesar da preocupação de assumir a dor como 5º sinal vital fica a ideia de que *“alguns enfermeiros sabem reconhecer uma queixa de dor, mas não a sabem caracterizar, nem tal o privilegiam”* (I11). Aliás, *“na generalidade das UDC não usam por sistema questionários de avaliação”* (I6). Os profissionais salientam que *“está a perder-se muita informação; não há uma recolha de informação sistemática e isso dificulta a avaliação dos dados”* (I6). E, se assim é, como

nos referencia um dos participantes *“se não avaliam, se não diagnosticam, claro que não vão ter nenhuma intervenção”* (I13).

Contudo, percebe-se que, em alguns contextos procura-se implementar estratégias de avaliação da dor. Por exemplo, um participante refere *“todos os enfermeiros detêm uma escala que podem utilizar para auxiliar o doente a quantificar a sua dor”* (I11). O *“instrumento utilizado para avaliação da dor em todas as consultas é a Escala Visual Analógica, permitindo avaliar a eficácia da medicação”* (I11). Foi ainda referido a tentativa de utilização de outros instrumentos, tais como o *“termómetro do distress e respetivo questionário, assim como a utilização da Escala de Ansiedade e Depressão”* (I11) tendo sido abandonados neste contexto, pela falta de tempo para a sua aplicação.

Em outros contextos, são descritas estratégias, orientadoras da recolha de dados, quer de avaliação inicial, quer de avaliação da efetividade das intervenções. Numa das UDC referem que procuram avaliar junto da pessoa *“o seu estado durante a semana, se teve dores, se tomou alguma atitude face à dor, se tomou alguma medicação, se colocou uma botija de água quente, para melhorar, para reduzir a intensidade da dor”* (I9) e, *“as alterações que o doente conseguiu ou não adquirir no seu dia-a-dia, e de que forma influenciaram a sua qualidade de vida”* (I5).

De facto, torna-se importante perceber os valores, as atitudes, as crenças, as expectativas, o julgamento do doente sobre a situação e sobre a confiança na sua capacidade de lidar com ela pois estas são determinantes para a experiência de dor. Também o julgamento do doente sobre a eficácia de vários tratamentos influi na efetividade das intervenções para o controle da queixa algica (141). Assim, importa identificar as atitudes, as crenças e os comportamentos pouco adaptativos e reorganizá-los para o posterior planeamento de intervenções direcionadas à pessoa. Outro participante refere como dados relevantes a considerar na avaliação inicial, *“a capacidade cognitiva, a idade, a cultura, a existência de dependência para o autocuidado”* (I7), *“os obstáculos à gestão eficaz do controlo da dor”* (I7) e dados relativos às *“características individuais que influenciam a adesão ao regime terapêutico”* (I7). Outra participante acrescenta ainda que na sua unidade *“não existe uma avaliação inicial por parte da enfermagem, embora exista um esboço de um documento apresentando os aspetos mais importantes na avaliação da dor”* (I11).

Pese embora, as orientações dadas pela DGS, da avaliação efetuada às unidades de dor crónica, foi veiculado a conclusão da *“quase inexistência de avaliação dos resultados ao nível das unidades”* (I6).

Noutras realidades, nomeadamente nas ECCL, existem orientações de registo da avaliação da dor, pois “a partir do dia em que o doente entra na ECCL tem que ser feita a avaliação da dor (...) tem de fazer logo este registo no aplicativo da rede da ECCL, no 1º dia, ao fim de 15 dias e depois de mês a mês” (I13).

Da análise dos discursos em torno da recolha de dados, é possível inferir que a identificação e a documentação dos diagnósticos de enfermagem nem sempre é sistemática. Todavia, ao longo dos discursos, e a propósito das necessidades em cuidados das pessoas com dor crónica, emergem como focos de atenção a “gestão do regime terapêutico” (I12), o “autocontrolo dor” (I13), “dor crónica” (I13) e *coping* (“estratégias adaptativas”) (I7).

3.3.2.3. Intervenções de enfermagem

Dos discursos dos participantes emergem dados que salientam os aspetos centrados na *implementação de intervenções de enfermagem*, que englobam um conjunto de ações intencionalmente implementadas para cuidar das pessoas com dor crónica e seus objetivos. Destas ações salientam-se, quer as ações interdependentes ou resultantes de prescrição, quer as autónomas. De destacar que nos discursos dos entrevistados a descrição do que os enfermeiros fazem foi mais frequente do que a descrição do processo de identificação das necessidades em cuidados. Dos objetivos major salientam-se o controlo da dor e a gestão das suas consequências.

As terapêuticas implementadas pelos enfermeiros resultam essencialmente da prescrição de medicamentos e/ou tratamentos por parte do médico. De facto, parte significativa das intervenções gira em torno dos fármacos e tratamentos para alívio da dor. Assim, as intervenções dos enfermeiros englobam a administração de fármacos, executar/assistir nos tratamentos e colaborar com o médico quando necessário.

Um conjunto de ações refere-se ao controlo farmacológico da dor. São frequentemente referidas pelos participantes intervenções relacionadas com o *administrar os fármacos*, *a vigilância de efeitos secundários* e *executar tratamentos*:

- **Administrar medicamento:** “Intervenções relacionadas com a administração de fármacos para o controlo da dor” (E11); “administração de perfusões para alívio da sintomatologia” (E9); “administrar analgésicos” (E7);
- **Trocar DIB (dispositivo de infusão):** “alguns doentes fazem tratamentos mais invasivos mesmo no domicílio, exemplo: doentes que fazem DIB, mas que é necessário que algum profissional vá trocar o DIB, e aí os enfermeiros dos CS podem ser uma mais-valia” (E11);

- **Vigiar efeitos terapêuticos do medicamento e vigiar efeitos secundários/colaterais do medicamento:** “vigiar, registrar e avaliar os seus efeitos no paciente” (E7); “vigiar e monitorizar a segurança da terapêutica analgésica, nomeadamente dos possíveis efeitos adversos dos fármacos e das técnicas utilizadas” (E7);
- **Executar/ assistir no tratamento:** “execução de todos os procedimentos terapêuticos prescritos” (E2); Executar tratamento com TENS;
- **Assistir a pessoa no uso de neuroestimulador:** “doentes a quem vão ser colocados os neuroestimuladores têm sempre um processo muito delicado de avaliação, não só pelo custo do material mas também pelas características da pessoa, por isso tem um conjunto de questionários que têm de preencher, isto para que não haja insucessos” (E9) ou assistir na realização de bloqueios anestésicos;
- **Preparar bomba infusora/ Intratecal:** “carregamento das bombas intratecais intervenção para a qual adquiriram competência e adquiriram formação para isso” (E9).
- **Gerir analgesia do doente:** “identificar as necessidades de analgesia do doente, um aumento de perfusões, uma mudança de estratégia, ou uma suspensão de perfusões” (E9).

Colaborar na consulta médica é outra das ações referidas pelos participantes: “A consulta é efetuada sempre com a presença da enfermeira e do médico, (...) um dos postos de trabalho de enfermagem é utilizado no acompanhamento da consulta” (E1); “colaboração na Consulta Médica” (E2).

As terapêuticas pelas quais os enfermeiros assumem a responsabilidade pela implementação e pela avaliação da sua efetividade situam-se nos domínios da ação determinar, executar, atender, informar e gerir. Nesta área, as do domínio do informar são as mais frequentemente descritas. A “avaliação da dor” (E14), enquanto atividade de diagnóstico e de avaliação foi uma das intervenções referidas como das mais importantes no processo de contacto com os clientes.

No âmbito do **executar** os participantes mencionaram algumas ações associadas a estratégias não farmacológicas. Uma das citadas foi o executar/realizar toque terapêutico³⁵: “no Toque Terapêutico - a enfermeira faz avaliação não só diariamente, mas também no final do tratamento relativamente à satisfação com o tratamento” (E1).

³⁵ **Toque terapêutico** - Uma modalidade que tem sido utilizada para o alívio da dor. Esta técnica está fundamentada numa visão holística do ser humano. O Toque Terapêutico é baseado no uso consciente das mãos para harmonizar o campo de energia do cliente, pode ser considerado como uma interpretação contemporânea de antigas práticas de cura. A técnica do Toque Terapêutico, em geral, é dividida em quatro fases: a centralização da consciência, a avaliação do campo de energia do paciente, o reequilíbrio ou repadronização da energia e a reavaliação do campo de energia do paciente (in Krieger D. O toque terapêutico: versão moderna da antiga técnica de imposição de mãos. São Paulo: Cultrix; 1995.)

A utilização de “*terapêuticas físicas, como a aplicação do calor e do frio*” (E6) assim como “*o posicionamento*” (E6) foram também referidas pelos participantes como ações implementadas. Acresce ainda outras mencionadas como o “*relaxamento e massagem - técnicas que podem ajudar muito na dor*” (E13). A título de exemplo, um dos participantes refere que junto de “*pessoas com lombalgias, a ação do enfermeiro passa por vezes pela aplicação de almofadas quentes ou fazer uma massagem pontual*” (E9).

No âmbito do **atender**, foram mencionadas pelos participantes ações que visam “*o apoio ao doente/prestador de cuidados, a escuta ativa, o efetuar atendimento através de consulta telefónica*” (E11).

No âmbito do **informar**, a educação terapêutica à pessoa e aos prestadores de cuidados “*ensino contínuo ao utente e cuidadores*” (E2) assumem-se como das intervenções mais frequentemente realizadas pelos enfermeiros. Os enfermeiros dirigem a sua atenção para uma outra intervenção que se refere ao informar sobre o regime terapêutico (medicação/tratamento), ou sobre outras situações para as quais as pessoas precisam ser dotadas de conhecimentos para melhor lidarem com a dor e as suas consequências. Neste âmbito registaram-se intervenções no âmbito do informar com ações do tipo ensinar, instruir e treinar sobre:

- **o regime terapêutico medicamentoso:** “*ensinar, instruir e treinar (...) estratégias farmacológicas para controlo da dor e efeitos colaterais da terapêutica e das técnicas analgésicas*” (E7) e **gestão do regime terapêutico;**
- **a gestão dos efeitos secundários/colaterais dos medicamentos/tratamentos:** “*o ensino ao doente/prestador de cuidados sobre o regime terapêutico prescrito e sobre a gestão dos efeitos secundários dos medicamentos*” (E11); “*prevenir os efeitos secundários comuns associados ao tratamento, com base nas informações atuais*” (E7); “*ensinar sobre os efeitos secundários dos medicamentos*” (E14);
- **prevenção da dor** nomeadamente sobre “*reeducação postural*” (E9); “*os enfermeiros pesam as mochilas, vão depois dizer o que eles podem fazer, como devem utilizar a mochila, como deve ser colocada, e depois vão vigiando se eles diminuem o peso das mochilas*” (E13); “*trabalham também as posturas (...) isto também no sentido de prevenir futuras complicações e futuras dores que podem aparecer*” (E13);
- **crenças e mitos relacionadas com a dor e regime terapêutico** (ex. medicamentos opióides: “*O ensino sobre crenças e mitos relacionados com a dor e medicamentos opióides*” (E11); “*no desfazer os mitos relacionados com a dor e com os analgésicos*” (E14);
- **o autocuidado** - o autocuidado levantar-se; atividade física; posicionamento (“*Ensino sobre a forma de se mexer, como se levantar, conselhos aos cuidadores, ajudar os cuidadores a cuidarem*”(E6));

- **hábitos de vida (alteração de hábitos de vida); técnicas de distração; atividades lúdicas; relacionamento social** (*relacionar-se com os outros*): “ajudar a pessoa a mudar os seus hábitos de vida, a sair todos os dias, a relacionar-se com os amigos, a terapia ocupacional” (E6);
- **a doença, a dor, autocontrolo da dor e avaliação da dor** “Fornecer informação escrita que reforce o ensino e o reajustamento do plano terapêutico” (E7); “Ensinar, instruir e treinar para o autocontrolo e na utilização de escalas de avaliação de dor” (E7); “ensinar a lidar melhor com a dor (...) para que ele aprenda a viver com a dor de uma forma mais tolerável” (E9); “Ensinar e instruir a Pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor” (E7); os enfermeiros proporcionam também “formação aos prestadores de cuidados (...) nos grupos de apoio fomentam o ensino e a aquisição de competências para os cuidadores” (E12); “Ensino ao doente, ao cuidador principal e também de outros profissionais de saúde, em algumas situações clínicas, em que existe uma grande incidência de dor crónica” (E5).
- **coping face à dor crónica (estratégias adaptativas face à dor crónica):**
 - **estratégias psicológicas / comportamentais para o controlo da dor:** “informar, aconselhar e ensinar a Pessoa e PC sobre as estratégias físicas e as estratégias psicológicas / comportamentais” (E7).
 - **estratégias para controlo da dor:** “Facultar à Pessoa e aos familiares informações sobre os diversos métodos de alívio e gestão da dor e aplicá-lo” (E7); “Ensinar a Pessoa e cuidador principal acerca da dor e das estratégias adaptativas de controlo” (E7), tais como relaxamento, massagem, utilização do TENS;

No âmbito do **Gerir**, encontramos as seguintes ações de enfermagem que visam orientar a pessoa para os recursos da comunidade, nomeadamente para programas existentes. Tal como nos referem alguns participantes, as ações passam por “encaminhar para um programa específico” (E13). Por exemplo “nas UCC existem projetos de enfermagem de reabilitação (...) projetos, de grupos, que têm ajudado muito na melhoria da qualidade de vida dos utentes” (E12), existindo a possibilidade de “reabilitação em grupo, e reabilitação individual, por ex. para treino postural” (E12), referindo que no ACES a que pertence “um dos projetos tem a ver com as doenças osteoarticulares e dor musculoesquelética” (E13).

Ainda neste âmbito, as ações junto das pessoas com dor crónica/família podem incluir o orientar para terapia ocupacional, para o serviço de psicologia, nomeadamente “nas situações de luto” (E14); para o serviço de nutrição ou ainda para o serviço social.

3.3.3.A continuidade dos cuidados

Na organização dos cuidados à pessoa com dor crónica, a *continuidade dos cuidados* prestados reflete aspetos relacionados com a articulação dos cuidados, o fluxo de informação e a qualidade dos cuidados.

3.3.3.1. Coordenação dos cuidados

A *continuidade dos cuidados* é influenciada pela *articulação* dos cuidados de saúde. Tal como já referimos, o acompanhamento dos doentes com dor faz-se na sua grande maioria nos CSP, no entanto quando é necessário, estes são referenciados para as UDC que funcionam no âmbito hospitalar. De facto, “nos CS os profissionais devem tratar o doente e, pensa-se que hoje isso é possível com treino adequado por parte dos profissionais, no sentido de fazerem o diagnóstico e tratamento das situações de dor, seguindo as orientações da IASP” (I14). Atualmente, a articulação que parece emergir entre os ACES e os diferentes contextos hospitalares foi considerada como uma mais-valia. A articulação acontece “ao nível das ECCI, nomeadamente com os doentes do foro oncológico em que é sempre feita articulação (...) estes doentes vêm sempre referenciados das unidades hospitalares” (E13). Segundo esta participante, o mesmo acontece com os hospitais fora da área, “articulam muito bem. Quando há algum problema ligam e tratam do assunto” (I13), e, assim como com a equipa de dor existente no hospital.

Uma opinião diferente, de um responsável por uma UDC num hospital central relata dificuldades de articulação com os CSP nomeadamente “numa quantidade significativa de doentes que vêm de fora de área” (I6). Já no que se refere aos utentes da área de abrangência do CH refere que as alterações que emergiram nos CSP vieram criar “uma dinâmica nova interessante que levou a uma interação muito grande por parte dos cuidados hospitalares com os CSP: reuniões regulares, reuniões em que eram identificadas dificuldades relacionadas com a referenciação, introduzindo metodologias para colmatar essas dificuldades” (I6). Noutro CH, foi referido que esta articulação tem como objetivos “estreitar relações do hospital com o CS, melhorar a articulação e depois ir limando algumas coisas dos CS e H” (I1) o que acontece também com a presença da equipa ou representantes da UDC. Estas reuniões servem para evidenciar formas de referenciação dos doentes, mas também “serve para conhecimento mútuo (e assim facilitar todos os processos) com o mínimo de transtorno para o doente” (I1). Ainda neste contexto, a distribuição de trabalho por enfermeiro de referência para os casos

de maior complexidade é um projeto que está a ser iniciado entre um dos ACES e o CH *“temos a referência do enfermeiro (os contactos) (...) disponibilizaram-se (...) quando tiverem um problema a enfermeira da UTD fará o contacto para o enfermeiro de referência daquele doente, e vice-versa, principalmente nas questões relacionadas com a gestão do regime terapêutico prescrito. Uma porta aberta para resolver qualquer dúvida”* (I1). Refere ainda que neste contexto, *“há uma facilidade enorme de comunicação entre o CH e os CS”* (I1).

Outro aspeto da articulação entre as UDC e as várias especialidades necessárias em algumas situações de cuidados consiste na referenciação através de *“carta, via telefone e em algumas situações correio eletrónico”*, no entanto, *“certas situações clínicas são discutidas pessoalmente entre os vários profissionais”* (IP6) em reuniões mais formais preparadas para o efeito, para análise de casos mais complexos.

Existem hospitais que pela sua especificidade necessitam de *“coordenação com outras unidades de dor, quando é determinado que o doente será melhor servido pela sua unidade de dor local (quando se trata de uma dor crónica que não oncológica)”* (I11). No caso concreto de uma instituição especializada, a coordenação e articulação dos cuidados é também uma realidade da parte de enfermagem, nomeadamente com a RNCCI, lares e Centros de Saúde nomeadamente *“quando se trata de esclarecer dúvidas relacionadas com a administração de medicação, ou gestão do regime terapêutico”* (I11). De referir que em vários contextos os profissionais da saúde não se sentem à vontade na administração e vigilância de determinados efeitos de medicamentos, pelo que solicitam a intervenção de outros. Também foi referido que a continuidade de cuidados existe, quer o doente seja internado, quer se encontre em ambulatório, já que *“a enfermeira se encarrega de monitorizar estes doentes através da consulta telefónica”*, assim como funciona como *“elo de ligação entre os doentes e os médicos”* (I11).

Neste contexto de cuidados especializado, a articulação é imprescindível nomeadamente quando *“os doentes têm alta dos cuidados paliativos, pois tem de existir articulação com os CS (...) num primeiro momento saber dos serviços de retaguarda dos doentes que estão mais dependentes das intervenções dos enfermeiros”* (I13). Relativamente ao ambulatório um dos participantes refere que *“há doentes que estão mais dependentes e que têm cuidadores formais ou informais (...) e se isso não acontece então temos de acionar os recursos que temos disponíveis e que têm vindo a melhorar um pouco a articulação entre os hospitais e os CSP”* (I15).

O papel desempenhado pelos enfermeiros no contexto das UDC é referido como essencial para uma boa articulação dos cuidados. Numa das UDC de um CH é referido por um dos participantes que a enfermeira é o *“único elemento da equipa a tempo inteiro e faz a ponte entre todos os profissionais, e entre todas as especialidades, porque está sempre lá. Todos os doentes a conhecem, ela é a referência e isso é muito importante. Há toda uma atividade da enfermeira complementar da atividade clínica que é muitíssimo enriquecedora e que do ponto de vista do utente é muitíssimo bem recebida”* (I6).

Ao nível hospitalar *“as UDC além de acompanhar os doentes em regime ambulatorio, fazem também o acompanhamento dos doentes que estão em regime de internamento ou ainda apoio a situações de urgência”* (I14). Noutro CH é referido a preocupação por parte da *“Unidade de Dor de reforçar a comunicação e interligação com os serviços de internamento, Centros de Saúde e Unidades de Dor de referência, numa perspetiva de orientação terapêutica biopsicossocial”* (I16).

Num outro contexto, a existência de *“boa articulação entre a unidade de dor e os restantes serviços hospitalares e da comunidade”* é facilitada, quer pela existência de extensões móveis que todos os profissionais da instituição (ULS) possuem, quer pela *“existência da plataforma que liga os registos clínicos das diferentes instituições de saúde que tem sido uma grande ajuda para acompanhar o percurso dos doentes”* (I5). Ainda nesta ULS a articulação dos cuidados dá-se a vários níveis. Por um lado, a *“UDC funciona com alguma interligação ao internamento, sempre que solicitada para tal ou quando algum doente que anda a ser seguido na UDC está internado”* (I3), por outro a existência nesta ULS de UC Continuados, equipas de Cuidados na Comunidade, e agora a existência de equipas de cuidados paliativos exige uma articulação dos cuidados eficaz no sentido de um melhor aproveitamento dos recursos existentes.

3.3.3.2. Fluxo de informação

Os discursos dos participantes salientam que a **continuidade dos cuidados** é influenciada pela qualidade do *fluxo de informação*; ou seja, pela qualidade da documentação produzida pelos profissionais de saúde.

A experiência de dor é um fenómeno individual e, para ser caracterizada, devem ser realizadas avaliações sistemáticas. A documentação de tais informações permite que os dados sejam compartilhados entre os diferentes membros de equipa, quer de enfermagem, quer pela equipa multidisciplinar, contribuindo assim para a continuidade dos cuidados e uma melhor assistência. Os profissionais que participaram neste estudo

referiram a importância da avaliação sistemática da dor como ponto de partida para uma implementação de estratégias mais eficazes.

A documentação dos cuidados engloba a documentação por parte da equipa multidisciplinar no processo clínico do utente. A documentação por parte dos clínicos “*é efetuada no sistema SAM*” (I6). Um dos participantes relata que em algumas UDC “*não existe uma documentação adequada dos cuidados realizados... é utilizada uma folha de excel, onde estão mencionados os atos médicos e os enfermeiros registam aí*” (I14).

No que respeita à documentação de enfermagem ela é realizada de forma díspar, em registo de papel, no SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) ou no MedSoft. A título de exemplo num dos ACES referem que a utilização do SAPE para a documentação de enfermagem é uma realidade “*os registos estão todos informatizados ao nível da região norte do país*” (I13), e a utilização do “*SAPE para os registos de enfermagem tem sido uma mais-valia*” (I12) tendo tornado possível, a título de exemplo, um diagnóstico da situação na área da dor, num dos ACES do Grande Porto. Um dos participantes salienta que é desejável “*uma maior sensibilidade por parte dos enfermeiros*” (I12) face a esta área de cuidados e respetiva documentação. Tal como nos refere uma participante, às vezes são atendidos “*utentes com problemas osteoarticulares, pessoas hipertensas, diabéticas, mas não há referência à dor crónica*” (I12). Menciona ainda que “*mesmo nos utentes das ECCL, em que é obrigatório o registo da dor, nem em todos estava identificado o diagnóstico. Talvez 80% tinham o Diagnóstico de Enfermagem identificado e tinham outras intervenções, mas 20%, além de terem monitorização da dor, não tinham mais nada relacionado com o diagnóstico identificado*” (I12).

No contexto hospitalar a documentação dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais faz-se de forma díspar de acordo com as instituições de saúde. Ao nível do setor ambulatorio, local onde frequentemente funcionam as UDC, nem sempre é possível o recurso à documentação eletrónica. Por este motivo, têm surgido dificuldades acrescidas ao nível da documentação. É o que acontece em alguns contextos, em que este sistema informatizado ainda não está implementado neste setor. A título de exemplo, relativamente à informação processada pelos profissionais de enfermagem nesta área, “*o registo é efetuado no papel, em folhas de enfermagem, já que o aplicativo SAPE não está ainda disponível para o setor do Ambulatório*” (I3); ou ainda num CH do Grande Porto é referido por parte da direção um empenho “*na sistematização dos registos, mas mais na área do internamento, do que no ambulatório*” (I8). Neste contexto da UDC (setor ambulatorio) os enfermeiros referem registar a avaliação da dor

“sistematicamente ou diariamente (...) numa folha dos registos do Hospital de Dia - consulta da dor, onde registamos vários parâmetros e também a dor. Utilizamos várias escalas mas fazemos a reconversão para a escala numérica” (I9). Por pertencerem ao setor do ambulatório ainda não têm acesso ao SAPE e por isso não conseguem, ”nem consultar o processo clínico do utente” (I9). Estes enfermeiros defendem ainda que no seu entender a documentação “quer o atendimento telefónico, o atendimento de enfermagem e o atendimento médico deve ser efetuado no processo clínico do utente, para haver uma continuidade de registos” (I9). Assim, a documentação dos cuidados, neste contexto, fica registada em papel e embora refiram que o registo “não é muito elaborado, mas é um registo do que foi feito ao utente, alguma orientação à família, reforçar o ensino, alguma informação que achamos importante. Ao fim de meio ano tudo o que nós registamos, o sistema apaga. Mais uma vez isto desmotiva o pessoal. A única coisa que fica é se imprimimos em papel” (I9).

Numa outra UDC os registos de enfermagem são também realizados no processo clínico em papel, sendo que *“está quase a ser iniciado o processo clínico de enfermagem virtual (chamado de Mural-E). De momento, existe apenas o Mural-M (para registo dos médicos), que os enfermeiros podem consultar. Se os médicos sentirem necessidade de consultar os registos de enfermagem, têm de requisitar o processo clínico ao arquivo. Os registos de enfermagem são realizados em texto livre e não utilizam uma linguagem classificada” (I11).* Noutro CH existe *“um modelo de registo em papel específico para a unidade de dor, cujo dossier consta do processo clínico, onde são efetuados os registos médicos, enfermagem e psicologia/dor. Os registos eletrónicos em regime de ambulatório apenas são possíveis efetuarem-se no SAM” (I16).*

Noutro CH é também referido a utilização da aplicação *“Medsoft onde são efetuados os registos das Intervenções de Enfermagem efetuadas aos doentes que temos”,* embora tenham de *“escrever as Intervenções de Enfermagem todas, mas há um texto predefinido” (I1).*

De acordo com os participantes *“faltam os registos de forma sistematizada para se poderem avaliar os resultados de forma adequada” (I8).* De facto, a ausência de um conjunto de critérios mínimos para se documentar e extrair indicadores de qualidade dos cuidados tem dificultado aquela monitorização. Todavia, os enfermeiros têm noção de que *“os registos em texto livre e que cada um faz da sua maneira, leva a informação dispersa e não podemos depois extrair aquilo que gostaríamos” (I8).* O recurso às novas tecnologias de informação e comunicação pode facilitar o processo de documentação tendo sido descrito por um dos participantes que *“já houve várias tentativas a nível*

nacional para criar um aplicativo informático que permitisse o registo da informação entre as várias unidades, mas isso ainda não foi possível, por motivos vários” (I6). No entanto, existem algumas unidades que procuram introduzir alguma sistemática na avaliação pois “caso contrário seria impensável a reavaliação do utente e o respetivo ajuste terapêutico” (I2), e assim neste contexto “todos os profissionais da nossa unidade têm acesso e fazem registos no sistema de registos eletrónico do paciente” (I2).

A avaliação inicial, a avaliação da eficácia das intervenções e a continuidade dos cuidados constituem elementos-chave para a qualidade dos cuidados. Todavia, a falta de sistemática ao nível da documentação dos cuidados é uma condição dificultadora. Esta ideia é ilustrada por um dos participantes quando refere *“ficamos espantados com a quantidade de vezes em que não registamos a avaliação da dor nas consultas subsequentes... as nossas intenções são boas mas depois claudicamos na maneira como fazemos as coisas” (I6).*

A documentação dos cuidados é relevante para a continuidade dos cuidados. Um dos participantes refere que de facto, o *“hospital tem de trabalhar em parceria com a comunidade” (E8)* e que este trabalho de parceria será melhorado *“quando trabalhar com registos sistematizados e integrados na “Plataforma Dados na Saúde”. O profissional de saúde responsável por um dado indivíduo no contexto da comunidade vai ter acesso a todo o seu percurso durante a estadia no hospital e facilmente fica conhecedor da história e dos tratamentos. Quando esta “Plataforma Dados na Saúde” começar a ser uma realidade, a proximidade vai-se estabelecer com mais facilidade” (E8).* Neste CH este processo foi iniciado na área do internamento, não existindo no *“ambulatório nenhum serviço / consulta com os registos sistematizados no SAPE” (E8).*

Em jeito de síntese, a documentação dos cuidados é realizada de formas diversas: em suporte eletrónico com a utilização do SAPE ou Medsoft ou Mural-E; em suporte de papel, com registos em texto livre; e, em suporte de papel, em documentos estruturados para o efeito. E, embora se perspetive um avanço relativamente a esta área da documentação dos cuidados, é certo que as diferentes formas e estruturas da documentação de cuidados acrescentam dificuldades à partilha da informação e à continuidade dos cuidados, áreas essenciais para a qualidade dos cuidados.

3.3.3.3. Monitorização da qualidade dos cuidados

A *continuidade dos cuidados* é um dos requisitos para a tão desejada *qualidade* dos mesmos. De facto, a continuidade dos cuidados é o resultado da combinação de um

adequado acesso aos cuidados por parte do cidadão, boa relação interpessoal, boa coordenação de cuidados entre os prestadores de cuidados e bom fluxo de informação.

Na perspetiva dos participantes, a monitorização contínua da qualidade dos cuidados prestados inclui o controlo de algumas variáveis nomeadamente a sistemática na documentação, as auditorias, os recursos (tempo, recursos humanos).

Um dos participantes salienta que *“a avaliação da qualidade dos cuidados decorre apenas através dos scores de intensidade de dor obtidos, do grau de controlo sintomático e da qualidade de registos efetuada (SAPE), não existindo como seria desejável qualquer monitorização continuada de indicadores de qualidade ou aplicação de inquéritos de satisfação especificamente orientados para as unidades de dor (crónica e dor aguda)”* (I16). No entanto, enquanto instituição acreditada pela *Joint Commission International* apresentam *“normas internas que definem as políticas e normas de procedimento da unidade de dor crónica e da avaliação da dor - 5º Sinal Vital”* (I16).

A nível nacional tem havido algumas tentativas de introduzir alguns elementos comuns nos cuidados prestados à pessoa com dor crónica, como por exemplo a *“avaliação da dor como 5º sinal vital, avaliação da dor na criança, no idoso...os guidelines relativamente ao uso de opióides na dor crónica não oncológica”* (I6). Contudo, não se sabe *“se aquelas normativas da DGS foram ou não foram implementadas, se foram ou não integradas na sua prática, geraram ou não geraram mudanças”* (I6).

3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MODELO DE CUIDADOS EM USO NO ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM DOR CRÓNICA

Após a exposição da primeira etapa do percurso de investigação e da explanação dos resultados principais, procedemos a uma análise e discussão dos resultados obtidos. Os resultados permitiram identificar um conjunto de situações que determinam oportunidades de reflexão sobre a forma como os enfermeiros poderão constituir-se como um recurso efetivo no alívio da dor crónica.

Do conjunto de elementos que foi possível identificar no modelo em uso no acompanhamento das pessoas com dor crónica emergem duas grandes áreas: uma relacionada com as características dos clientes - pessoas com dor crónica, características da sua dor e do modo como vivenciam este processo; outra, relacionada com as organizações de saúde e como elas respondem às reais necessidades destas pessoas.

3.4.1. Das características da dor e do modo como a pessoa vivencia a sua dor

Entendida frequentemente como uma experiência complexa e multidimensional, a dor crónica é uma condição biopsicossocial associada a uma incapacidade significativa, em elevado número de casos, para a realização das atividades diárias, dada a interferência que esta representa na vida da pessoa. Associada a esta situação, encontra-se um conjunto de fatores que interferem no processo de viver com dor crónica, nomeadamente as condições relacionadas com a situação de dor, condições relacionadas com as características da pessoa, e, ainda, outras condições sociais e da comunidade.

A aplicação do BPI(pt) permitiu-nos identificar que os participantes, se encontram na generalidade, com níveis de intensidade de dor média elevados, nomeadamente quanto ao máximo de dor sentida na última semana ($M = 7,99$; $DP = 2,42$), nomeadamente quanto ao máximo de dor sentida na última semana. Salientamos que estes valores foram obtidos numa amostra que estava a ser acompanhada em regime de ambulatório numa UDC, o que poderia fazer prever que a sua dor estaria controlada.

Os resultados evidenciaram que existe uma relação positiva entre a *Severidade da dor* e a *Interferência da dor* na vida das pessoas - quando a dor se torna mais intensa, interfere mais na vida das pessoas.

Determinados eventos, quer clínicos, como por exemplo: o agravamento da dor, quer os que ocorrem no contexto social e familiar, influenciam a consciencialização das mudanças no estilo de vida e, conseqüentemente, no padrão de resposta à condição de saúde.

Relativamente a outros aspetos clínicos pesquisados, encontramos que a *intensidade da dor* (avaliada numa escala de 0-10) relaciona-se positivamente com o nível de *interferência da dor* na vida da pessoa. Verificamos ainda que, quanto maior a intensidade da dor, menos a pessoa se sente capaz (*autoeficácia*) de controlar a sua dor. Esta circunstância pode ser explicada pelo facto de que ter o sintoma controlado pode aumentar a perceção de ser capaz de intervir numa dada situação. Esta relação negativa também existe relativamente à *qualidade de vida*. Quanto maior a intensidade da dor, as pessoas apresentam uma perceção de menor qualidade de vida relacionada com a dor e menor qualidade de vida relacionada com o *desempenho físico*, com a *saúde mental* e com a *componente mental*.

A *duração da dor* relaciona-se positivamente com a *severidade da dor* e com a *interferência da dor* na vida das pessoas. À medida que a dor se vai prolongando no

tempo os níveis de severidade da dor aumentam e a dor vai interferindo mais nas atividades diárias. Também esta duração da dor influencia a utilização de estratégias para lidar com a dor. À medida que aumenta a duração da dor, diminui a utilização das estratégias de *coping*: *Catarse* e *Distração*. De facto, ao longo do percurso de investigação por várias vezes as pessoas com dor crónica referenciavam que não adiantava falar sobre a sua dor, pois sentiam que as pessoas já não acreditavam no seu sofrimento, preferindo não falar, isolando-se muitas vezes do contacto com os outros.

A severidade da dor relaciona-se positivamente com a interferência da dor na vida das pessoas (Figura 12).

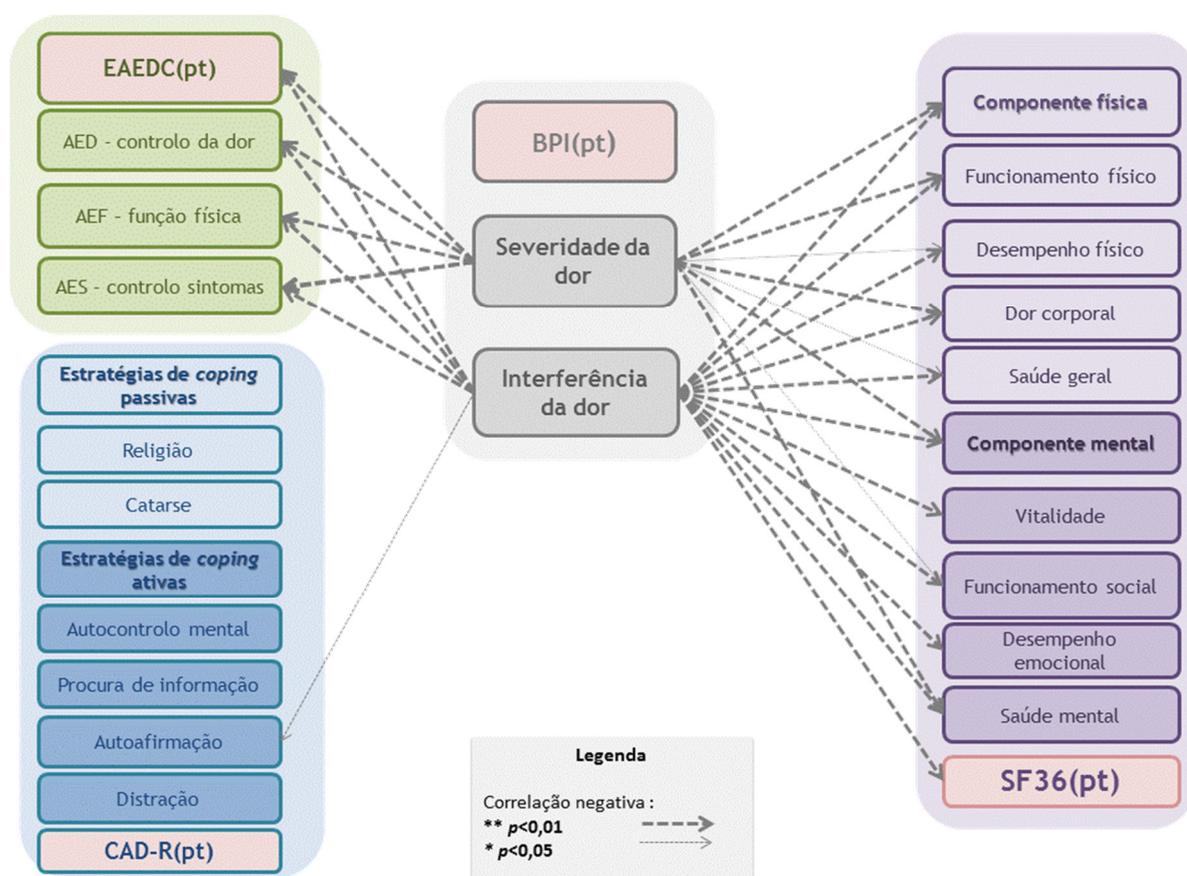


Figura 12. Correlação entre as estratégias de *coping*, autoeficácia face à dor crónica e qualidade de vida

Foram identificadas algumas influências da *severidade* e *interferência da dor* na utilização das *estratégias de coping*, na *crença de autoeficácia* e na *qualidade de vida* da pessoa com dor crónica. Os resultados obtidos no presente estudo, indicam-nos que:

- quanto maior a severidade da dor e a interferência da dor na vida das pessoas, menor a crença na autoeficácia face à dor crónica em todas as suas dimensões (AED, AEF e AES), ou seja, as pessoas sentem-se menos capazes de controlar a

dor, de realizar determinadas atividades diárias e de controlar outros sintomas associados à dor crónica.

- quanto maior a *interferência da dor* na vida das pessoas, menor utilização da estratégia de *coping autoafirmação* (que destaca a importância da pessoa não se render à dor, animando-se para fazer frente à mesma), mais difícil se torna enfrentar e lidar com a própria dor;
- quanto maior a *severidade da dor* menor a percepção de *qualidade de vida* nas suas dimensões: *funcionamento físico, dor corporal, saúde mental* (associação muito significativa) e nas dimensões: *desempenho físico, na saúde em geral e no funcionamento social* (associação significativa).
- Quanto maior a *interferência da dor* crónica na vida das pessoas menor a percepção da *qualidade de vida* em todas as suas dimensões.

O conhecimento sobre a influência que a dor tem na qualidade de vida da pessoa, permite orientar as pessoas com dor crónica para estratégias mais adaptativas, promovendo uma atitude face à dor mais eficaz (melhoria dos níveis de confiança no controlo da dor, e na sua capacidade para gerir a dor e os outros sintomas relacionados).

A condição de viver com dor crónica muda a vida. As pessoas deixam de fazer o que habitualmente faziam, gastam mais tempo na realização das atividades diárias elementares e/ou necessitam de ajuda para as desenvolver. Entre elas foram destacadas as atividades inerentes ao cuidar de si, ao cuidar da casa, e, em alguns casos ao cuidar dos outros. Do mesmo modo, também foram relatadas mudanças significativas ao nível da atividade em geral, com ênfase na sua atividade laboral - o ter de alterar o tipo de trabalho, deixar de trabalhar por incapacidade ficando desempregado, ou por vezes, ser “empurrado” para a reforma antecipada; ao nível do relacionamento com os outros - maior isolamento, maior irritação, mau-humor; com o sono e, nas atividades lúdicas, a dor interfere nas saídas e na participação nas atividades sociais. Este padrão parece caracterizar o nível de interferência da dor na vida da pessoa com dor crónica.

De facto, à medida que a pessoa vai apresentando mais limitações nas suas atividades devido à sua dor crónica, observa-se uma percepção de menor *qualidade de vida* relacionada com o *funcionamento físico*, com o *desempenho físico*, com a *dor corporal*, com a *saúde em geral* e a *vitalidade* da pessoa e mais necessidade de terapias/tratamentos para o alívio da dor.

Ao referirmos a existência de grupos de pessoas mais vulneráveis à dor crónica, identificamos as mulheres como um desses grupos. De facto, os resultados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres

relativamente ao nível de *severidade da dor* e ao nível da *interferência da dor* na vida das pessoas. As mulheres são as que referem maior severidade da dor e níveis maiores de interferência da dor nas suas vidas quando comparadas com os homens.

As diferenças relativamente ao sexo surgem igualmente ao nível da utilização das estratégias de *coping*. As mulheres utilizam mais a estratégia de *coping Religião* em comparação com os homens, ou seja, fazem recurso à fé e à oração na busca de algum alívio para a sua dor ou na tentativa de conseguir força e orientação para a sua situação.

Relativamente à percepção sobre a *Qualidade de vida*, são também as mulheres que apresentam uma percepção da QdV significativamente inferior à do sexo masculino, ao nível do *funcionamento físico*, no domínio *Vitalidade*, e no domínio *Saúde mental*, assim como nas suas componentes: *mental e física*, apresentando entre outras situações, sensação de menos energia e mais situações de alterações psicológicas.

Das características individuais da pessoa com dor crónica, foram avaliadas a idade, o nível de escolaridade, o estado civil. Os resultados evidenciaram que a **idade** da pessoa com dor crónica é um fator que influencia, de forma negativa, a *Procura de Informação*, a crença de autoeficácia para a *função física* (AEF), assim como a percepção sobre a *Qualidade de vida* relacionada com o *Funcionamento físico* e com a sua *Saúde em geral*. Assim, à medida que a idade avança, a *Procura de informação* relacionada com a dor e seu controlo é menos utilizada pela pessoa, assim como as *estratégias de coping ativas*. Uma percepção de maior limitação no seu nível de saúde, na resistência à doença e limitações nas atividades físicas, tais como o autocuidado, andar a pé, subir escadas, entre outras, avançam com a idade da pessoa, e, assim, pode levar a pessoa a acreditar numa menor capacidade de realizar determinadas atividades no seu dia-a-dia.

No presente estudo, o nível de *escolaridade* influencia a utilização da estratégia de *Procura da Informação*. São os participantes com maior nível de escolaridade que relataram uma maior utilização desta estratégia que supõe a obtenção de informação para poder controlar ou diminuir a dor.

Relativamente ao estado civil, verificou-se que os participantes viúvos tendem a uma menor utilização da *Catarse* enquanto estratégia de *coping* face à dor crónica. Com a utilização desta estratégia a pessoa tenta procurar apoio emocional, verbalizando o seu problema a outras pessoas, não tanto para encontrar soluções, mas para libertar-se emocionalmente. Estes resultados podem explicar-se, eventualmente, pela solidão ou isolamento após a situação de viuvez, sem disposição para estar com os outros, ou ainda não ter com quem falar para partilhar o quanto dói e assim ajudar a suportar a dor.

Existem também diferenças entre o estado civil e a percepção da *Qualidade de vida* no domínio da *Vitalidade*. Neste domínio é o grupo dos indivíduos separados ou divorciados que apresentam uma média mais elevada, podendo sentir-se com mais energia que os restantes grupos. Já no domínio da *Saúde Mental*, as pessoas viúvas foram as que apresentaram médias mais elevadas e, as casadas ou em união de facto as que apresentam médias inferiores. Por outro lado, os indivíduos solteiros apresentam médias mais elevadas relativamente à crença de autoeficácia para o *controlo dos sintomas* (AES), ou seja os indivíduos solteiros acreditam na sua capacidade, julgam-se mais eficazes no controlo de sintomas relacionados com a dor, provavelmente pelo seu sentido de maior independência. As crenças são importantes aspetos a atender pois, se as crenças são disfuncionais sobre a dor e o controlo dos sintomas podem tornar-se a realidade interna e controlar/condicionar o comportamento da pessoa.

Conhecer as características dos clientes com dor crónica que se constituem como condições pessoais que podem condicionar a evolução de uma situação aguda a crónica, surge como uma atividade necessária aos profissionais. Das condições pessoais que podem influenciar a evolução da situação de dor podemos considerar as expectativas que a pessoa tem face à dor e ao tratamento, os significados atribuídos, as crenças associadas, a atitude face à dor, o nível de preparação e conhecimento, o suporte percebido e a percepção de ser capaz de lidar com a dor e os sintomas associados (crença de autoeficácia). A avaliação destes aspetos ajudam a identificar áreas de intervenção de enfermagem, e por essa via, tornarem-se mais significativos no seu atendimento à pessoa com dor crónica.

Das crenças importantes para a vivência e controlo da dor crónica, a autoeficácia é uma das que merece destaque. A *autoeficácia* refere-se à crença da pessoa na sua própria capacidade para realizar determinadas atividades, nomeadamente no uso eficaz de estratégias para fazer face à dor. Os resultados obtidos através da utilização da EAEDC(pt) demonstraram a existência de níveis médios de autoeficácia, mas mais reduzida ao nível da *autoeficácia para o controlo da dor* (AED), seguida da *autoeficácia para o controlo dos sintomas* (AES) e da *autoeficácia para a função física* (AEF) com médias mais elevadas. A *autoeficácia face à dor crónica* em geral (EAEDC) apresenta valores moderados, o que indica que as pessoas apresentam moderada certeza acerca das suas capacidades para realizar determinadas atividades tais como andar, ir às compras, continuar a realizar a maioria das suas atividades, impedir que a dor interfira no sono, realizar atividades com os familiares, e controlar outros sintomas, entre outras.

A dor crónica apresenta uma série de implicações na *qualidade de vida* percebida pelas pessoas. Através da aplicação do SF36-v2(pt), verificamos que a média mais elevada, ou seja melhor percepção de qualidade de vida situou-se ao nível do *Funcionamento social* seguida do *Desempenho emocional* e da *Saúde em geral*. Com médias inferiores, ou seja, menor percepção de qualidade de vida, situaram-se ao nível da *Dor corporal* e do *Desempenho físico*. De uma forma genérica podemos dizer que as pessoas com dor crónica apresentaram melhor percepção de qualidade de vida na *componente mental* (que engloba o funcionamento social, o desempenho emocional, a saúde mental e a vitalidade) do que na *componente física* (que engloba o funcionamento físico, dor corporal, desempenho físico e a saúde em geral).

Outro aspeto estudado foi a coabitação com outras pessoas. Relativamente ao número de pessoas que coabitam com a pessoa com dor crónica, verificamos que quanto maior o *número de pessoas do agregado familiar* (pessoas com quem vivem), mais os participantes utilizam a estratégia *Procura de Informação*, assim como apresentam uma percepção de melhor qualidade de vida relacionada com o seu *Desempenho físico*. Isto indica que a coabitação com um maior número de pessoas parece influenciar de forma positiva a *Procura de informação* e a percepção da pessoa sobre o seu desempenho no trabalho ou outras atividades diárias. A justificação para este achado refere-se, eventualmente ao fator protetor da família, onde busca apoio, informação, suporte, ajudando a superar de forma mais saudável este processo de viver com dor.

A *interferência que a dor* tem na vida das pessoas, assim como com a utilização da estratégia de *coping Autocontrolo mental* está associada positivamente com o número de terapias / de tratamentos efetuados para o alívio da dor. Verifica-se que existe uma associação negativa entre a autoeficácia para a função física (AEF), a percepção de qualidade de vida relacionada com: o *funcionamento físico*, com o *desempenho físico*, com a *dor corporal*, com a *vitalidade* e percepção da *saúde em geral* com o numero de terapias usadas com a alívio da dor.

Tal como já mencionámos, as pessoas com dor crónica efetuam regimes terapêuticos complexos, nomeadamente regimes medicamentosos alargados. Referem no entanto, que a sua dor não está a ser bem tratada ou controlada, apontando entre outras motivos, falta de eficácia dos medicamentos que lhes são prescritos. Este aspeto deve ser considerado e averiguado no sentido de pesquisar a causa da dor que não melhora.

Relativamente ao *alívio sentido* (controlo da dor), quanto maior o alívio sentido na última semana, mais se sentiram capazes de controlar a sua dor e os sintomas associados, bem como para realizar as atividades diárias. Igualmente, um melhor controlo da dor

implica melhor capacidade para realizar as atividades diárias, logo uma percepção de melhor qualidade de vida nos domínios *funcionamento físico, dor corporal, saúde em geral, desempenho físico e saúde mental*, ou seja, em relação à percepção de qualidade de vida nas componentes: *física e mental*.

Do exposto, verificamos a importância que deve ser atribuída à avaliação destas variáveis relacionadas com as características da pessoa (variáveis sociodemográficas) assim como das características da dor (variáveis clínicas).

Os resultados que emergiram do percurso inicial deste estudo permitiram constatar, entre outros aspetos, que existem grupos mais vulneráveis. Verificamos que a dor crónica está frequentemente associada a determinadas variáveis sociodemográficas e clínicas que indicam a existência de grupos de maior vulnerabilidade, nomeadamente: as mulheres, os mais idosos, as pessoas com baixa escolaridade e, as que não se encontram com atividade laboral ativa (por reforma, atestado ou desemprego). De facto, a vulnerabilidade pode ser descrita *como uma situação em que fatores internos e externos podem conjugar-se de forma a dificultar a opção por estratégias de coping que facilitem o processo de viver com dor crónica, expondo o indivíduo a situações de risco, recuperação prolongada ou adaptação ineficaz. Ou seja, o facto de ser mulher, idoso, com baixa escolaridade, sem atividade laboral no momento, pode constituir-se como fatores de risco para o controlo da dor.*

Neste estudo, as pessoas apresentam, na sua maioria, dor musculoesquelética, localizada principalmente ao nível da região lombar, ou ainda nas articulações, de longa duração, sendo habitualmente referenciada como persistente ou contínua. Este resultado é sobreponível aos estudos realizados neste âmbito, com implicações persistentes nas atividades do quotidiano destas pessoas. Inevitavelmente, a maioria destas pessoas faz regimes terapêuticos complexos para fazer face aos processos patológicos subjacentes, tais como doenças osteomusculares, neoplasias e depressão, bem como consequência do tratamento e controlo da dor crónica.

Estes aspetos apontam-nos para a existência de grupos de pessoas com um risco acrescido de vir a experimentar dor crónica. Os discursos das pessoas mencionam um processo de diagnóstico de dor e de referenciação lento ou muito lento, com encaminhamentos sucessivos para diferentes especialistas até obterem o diagnóstico e tratamento adequados. Esta circunstância leva a repercussões em termos de saúde e da sua qualidade de vida. Esta demora e a não sinalização atempada destes grupos vulneráveis leva a uma identificação de dor mais tardia, retardando uma possível intervenção, que se precoce, evitaria em alguns casos, a cronicidade da situação de dor.

Assim, viver com dor crónica, corresponde a um processo, considerado como uma transição saúde/doença, múltipla, simultânea e não desejada (Figura 13).

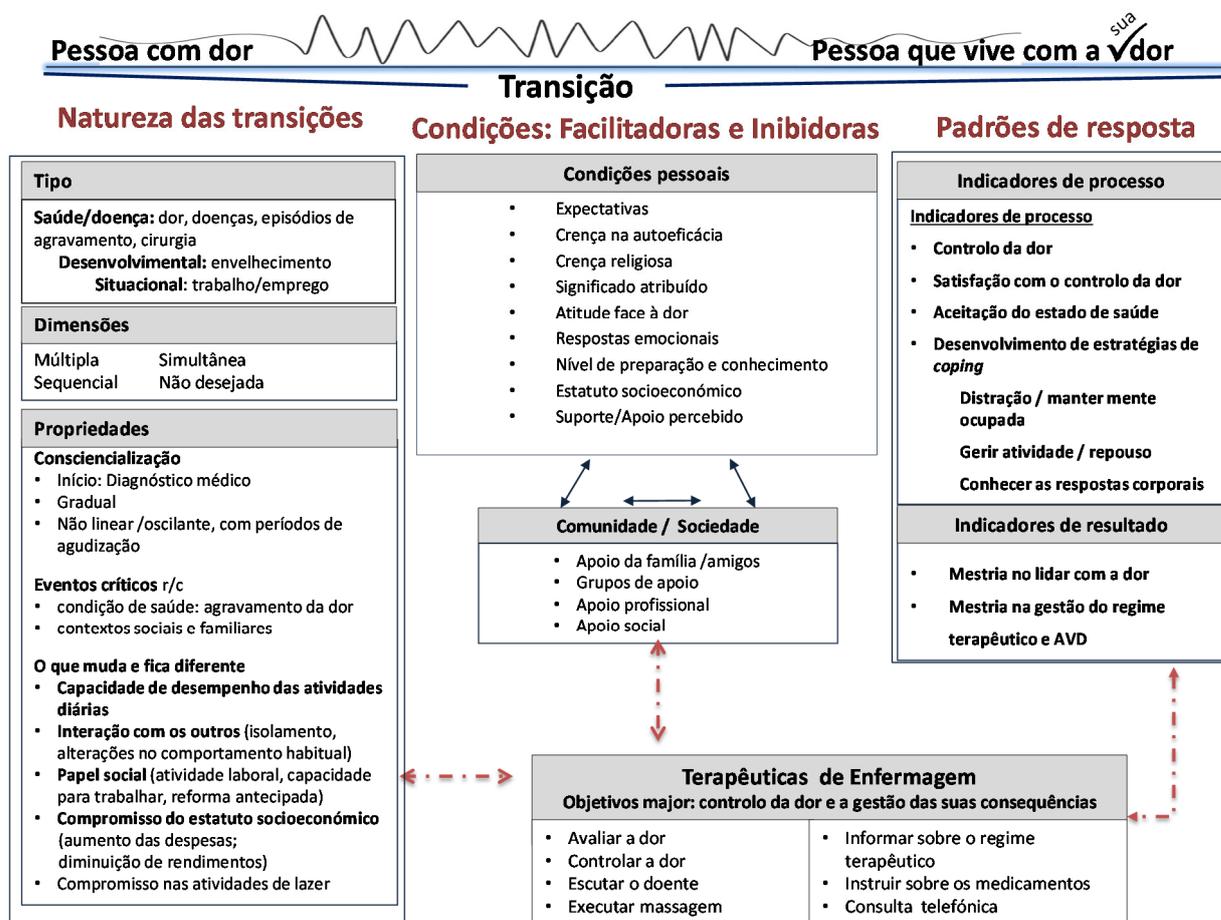


Figura 13. Transição vivenciada pela pessoa com dor crónica

Este processo de viver com dor crónica é habitualmente identificado, mas nem sempre se vislumbra um término. Reporta-se a um percurso que decorre num período longo ou muito longo, numa sequência de acontecimentos mais ou menos relevantes e que influenciam o decurso da transição, até atingir estabilização numa nova condição de saúde. Mas, da realidade ressalta a visão de um percurso difícil por parte da pessoa com dor, que se cruza com profissionais que, nem sempre valorizam a dor expressa pelo cliente dos cuidados.

A dor crónica é por definição prolongada no tempo. Este prolongamento parece ser favorecedor de uma tomada de consciência sobre a cronicidade da situação, proporcionando à pessoa aprendizagem e conhecimento do seu corpo, o desenvolvimento de capacidades para melhor gerir as atividades, a aprendizagem sobre as formas de lidar com a dor e suas consequências.

A consciencialização deste processo inicia-se de forma gradual, com um padrão não linear. É o viver com dor o dia-a-dia, as suas consequências e o caráter de cronicidade que determina uma maior consciencialização das mudanças que esta situação produz.

Outro aspeto que ressalta na consciencialização do processo de transição são as mudanças que vão ocorrendo na vida da pessoa. De facto, qualquer que tenha sido o processo patológico ou as condições de trabalho desfavoráveis que deram origem à dor crónica, trazem consigo um conjunto de implicações negativas na vida da pessoa. São as implicações nas atividades diárias e as implicações sociais que a dor acarreta, que fazem com que a pessoa se vá consciencializando da transição que está ocorrendo.

No decorrer do processo há condições que influenciam positivamente -facilitando- ou negativamente - inibindo a transição, como as condições pessoais ou ainda outras, mais relativas ao ambiente que rodeia a pessoa com dor crónica. Das condições pessoais que podem influenciar o processo de transição saudável destacam-se as crenças pessoais, as atitudes face à dor e os significados atribuídos à situação vivenciada.

A atribuição de significado, positivo ou negativo, a um determinado evento ou condição de saúde depende da singularidade e do projeto de saúde individual. O significado atribuído à condição de dor crónica foi neste contexto, extremamente negativo, significando algo desagradável, principalmente associado às implicações da dor na vida do dia-a-dia. Face à vivência da dor crónica emergem respostas emocionais negativas à dor - vergonha, tristeza e sofrimento - que revelam fragilidade e vulnerabilidade emocional desencadeada pela condição de saúde. A falta de vontade e/ou falta de energia para a realização de pequenas tarefas foi outro aspeto referido e que vem interferir no processo para uma transição mais saudável, desencadeando uma perceção de imagem negativa.

Também as expectativas quanto ao futuro e as crenças face ao controlo da dor parecem ter sido modeladas pela informação proporcionada pelos profissionais em cada contexto, e assim geram expectativas, reais nuns casos (o que revelou ser facilitador) ou irreais noutros casos (o que se revelou ser dificultador). Viver com dor desencadeia numas pessoas autoeficácia positiva e, noutras, autoeficácia negativa. A autoeficácia positiva permite lidar de uma maneira mais favorável com a dor crónica e facilita a adaptação às mudanças que ela acarreta, e assim, à sua integração no estilo de vida.

A atitude positiva face à necessidade de lidar com a dor, como por exemplo o pensar positivo, o otimismo e o humor parecem ajudar as pessoas com dor crónica a viver o dia-

a-dia. Outro aspeto positivo refere-se ao autocontrolo, perceção de que tem capacidade para, de alguma forma, controlar a sua dor.

Manter-se informado sobre a situação pode ser indicador de uma melhor preparação para lidar com a mesma, constituindo condição facilitadora no processo de transição. De facto, neste estudo a *procura de informação* enquanto estratégia de *coping* foi utilizada de forma moderada (nem muitas, nem poucas vezes) pelos participantes. No entanto, a sua utilização é mais frequente por aqueles que apresentam níveis mais elevados de escolaridade e menos idade.

Pelo contrário, a falta de preparação para lidar com a dor crónica pode ser um fator inibidor para atingir a mestria que se pretende numa transição saudável. De facto, as pessoas necessitam de informação sobre a sua situação para desenvolverem competências para lidar com a situação, pelo que fazem uso de recursos como: a internet, dos livros e dos profissionais de saúde e sugerem formas para os profissionais fornecerem a informação. A posição do ICN referente à temática “*Informed Patients*” (142) considera como fundamental a participação do cidadão, atribuindo uma importância fundamental à informação, como determinante na tomada de decisão.

O baixo estatuto socioeconómico constitui um fator que pode condicionar o decurso da transição. Esta condição associada a necessidades económicas influencia o acesso aos recursos, nomeadamente aqueles necessários para lidar melhor com a nova condição de viver com dor crónica, com consequências efetivas na perceção da qualidade de vida. Os resultados do presente estudo evidenciam que a situação de dor pode desencadear faltas ao trabalho, atestado médico, reforma antecipada e pode ser causa de incapacidade para o trabalho e desemprego.

Entender as condições que influenciam o processo de viver com dor crónica (fatores de alívio e agravamento da situação de dor crónica) é um aspeto importante sobre o qual os enfermeiros devem estar atentos. A falta de avaliação sistemática destes aspetos resulta numa lacuna para o processo diagnóstico e consequentemente no planeamento das intervenções.

As mudanças ocorridas neste processo de viver com dor crónica levam à necessidade sentida de apoio. O apoio é solicitado e surge a vários níveis, tais como o apoio familiar, o apoio dos amigos e colegas e a necessidade de apoio informativo, que muitas vezes é proporcionado por parte dos profissionais de saúde. Para lidar melhor com a dor crónica a pessoa solicita apoio a um leque de profissionais de saúde, que pertencendo a uma equipa multidisciplinar, apresentam papéis definidos e deveras importantes no sentido de contribuir para atingir um objetivo: o controlo da dor e a gestão das suas

consequências. Os enfermeiros podem assumir um papel relevante no contexto de equipa e oferecer cuidados para o controlo da dor, através de um leque de terapêuticas de enfermagem que vão desde a massagem, ao toque terapêutico, à escuta ativa da pessoa, bem como da informação proporcionada.

Dos recursos da comunidade, as pessoas com dor crónica esperam receber o apoio da família e amigos, apoio social, apoio profissional e de grupos de apoio relacionados com a sua condição de saúde. Identificar os recursos da comunidade que apoiem as diferentes áreas afetadas destas pessoas, emerge como uma necessidade. Esta realidade surge como uma oportunidade para os profissionais de saúde ajudarem o cliente a perceber o suporte profissional, as soluções que oferecem e a sua disponibilidade para um acompanhamento mais próximo.

Os indicadores de processo traduzem-se nos níveis de controlo da dor, na satisfação com o controlo da dor, na aceitação do estado de saúde e na utilização de estratégias de *coping* face à dor crónica. A resposta ao nível de satisfação com o controlo da dor é expressa pela satisfação associada ao alívio da dor obtido e à satisfação face ao atendimento proporcionado pelos profissionais de saúde. No entanto, verifica-se que mesmo que continuem com dor, as pessoas apresentam níveis elevados de satisfação que são traduzidos pelo suporte profissional obtido no decurso deste processo.

No sentido de lidar com a dor e suas interferências, a pessoa utiliza um conjunto de estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais - *estratégias de coping*. No presente estudo, verificamos que as pessoas recorrem mais à estratégia *Autoafirmação*, o não se deixar abater pela dor, animando-se para a poder superar, recorrendo à *Religião*, à *Procura de informação*, à *Distração* e à *Catarse*. O *Autocontrolo mental* é a estratégia de *coping* menos utilizada, indicando que as pessoas não recorrem tanto a esforços mentais para controlar a dor, ou seja, não se concentram na sua dor tentando diminuí-la mentalmente (tentando perceber a dor de forma menos intensa).

Neste processo de transição os indicadores de resultado traduzem-se por mestria no lidar com dor, mestria na gestão do regime terapêutico e atividades de vida do dia-a-dia, retomando a vida social sempre que possível, elaborando novas rotinas e uma reformulação positiva, no sentido de conseguir viver bem ainda que com dor crónica.

3.4.2. Dos aspetos da organização dos cuidados direcionados para a pessoa com dor crónica

Neste percurso de investigação foram identificados alguns aspetos que caracterizam o modelo de cuidados em uso no acompanhamento das pessoas com dor crónica, reportando-se às respostas das organizações face às necessidades em cuidados destas pessoas.

Os cuidados prestados à pessoa com dor crónica acontecem em *contextos* clínicos diversos, sendo influenciados pelo tipo de unidades de cuidados existentes. Este atendimento pode ocorrer no contexto dos CSP, porta de entrada no SNS, até às UDC, onde são prestados cuidados mais especializados no contexto hospitalar, embora de cariz ambulatorio. Dada a prevalência da dor crónica, uma grande maioria das pessoas afetadas por esta situação encontram-se na comunidade sendo atendidas por médicos de família.

Verificamos pelo discurso dos participantes a não existência de programas específicos para o acompanhamento da pessoa com dor crónica no âmbito dos CSP, observando-se uma intervenção indireta pela via de alguns projetos mais genéricos. De facto, a recente reestruturação dos CSP e a estruturação da Rede Nacional de Cuidados Continuados tem oferecido a possibilidade aos clientes do SNS de integrar projetos, idealizados por profissionais de saúde, entre eles, por enfermeiros. De entre estes projetos foram referenciados alguns com um cariz preventivo de situações dolorosas, outros de promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis e ainda de reabilitação, que, só indiretamente podem ajudar as pessoas que vivem com dor crónica.

No entanto, a *estrutura dos serviços* nem sempre é facilitadora da implementação de novas estratégias. Os serviços disponibilizados nos diferentes contextos são muitas vezes condicionados pela estrutura física existente (possibilitando ou não intervenções mais especializadas), pelos locais de prestação de cuidados (ambulatorio, internamento ou domicílio), pelos recursos humanos (número e qualificação dos profissionais para o acompanhamento das pessoas com dor) e recursos materiais disponíveis.

A *continuidade dos cuidados* é influenciada pela articulação existente dos cuidados de saúde. A articulação que lentamente tem surgido entre os ACES e os diferentes contextos tem sido considerada uma mais-valia. Nestes contextos, tem emergido, de forma ténue, a implementação de uma estratégia de intervenção de continuidade, através de enfermeiros de referência, para os casos clínicos de dor crónica.

Uma melhor *articulação* implica a existência de *fluxos de informação* que clarifiquem a situação real das pessoas com dor crónica e o conjunto de terapêuticas instituídas, pelos diferentes elementos da equipa de saúde e nos diferentes contextos dos cuidados, promovendo a *continuidade dos cuidados*. A sua ausência ou a escassez de informação partilhada conduz à falta de indicadores de qualidade ou de satisfação dos utentes face às UDC, ao controlo da dor crónica e outros. Apesar da introdução progressiva das orientações da DGS na área da dor, falta informação sobre a implementação das mesmas, ou seja, se elas foram ou não integradas na prática e se elas geraram mudanças. Outros constrangimentos têm influenciado a *qualidade de cuidados* neste domínio, nomeadamente a falta de tempo e de pessoal nos diferentes contextos de cuidados que foram apontados como razões para as lacunas em termos da avaliação das necessidades das pessoas. Todos estes aspetos parecem influenciar a qualidade dos cuidados prestados e o acompanhamento da pessoa com dor crónica.

3.4.3. Dos aspetos relacionados com a conceção dos cuidados

As pessoas com dor crónica são pessoas cuja condição determina, em muitos casos, a dependência de pessoas para as atividades de autocuidado, necessitando por isso de prestadores de cuidados, que na maior parte das vezes são membros da família. Por este motivo, quando o enfermeiro toma por foco de atenção a dor crónica, o cliente pode ser a própria pessoa ou a parceria entre a pessoa com dor e o respetivo prestador de cuidados. No entanto, pelos discursos apresentados, esta parceria nem sempre é evidente na realidade dos cuidados, sendo pouco referenciada.

O processo de *conceção de cuidados* à pessoa com dor crónica tem início na recolha de dados. A ausência de sistematização na avaliação da dor e valorização do seu impacto na vida da pessoa emergiu no discurso dos participantes, em todos os contextos de cuidados. Por outro lado, a sua ausência também contribui para uma maior dificuldade na identificação de outros domínios para além da dor crónica, situações que requerem cuidados de enfermagem, tais como: Gestão do Regime Terapêutico, Autocontrolo da Dor, *Coping* (estratégias adaptativas).

Os participantes apontam para a existência de um modelo de cuidados, onde a ênfase está centrada na realização de intervenções resultantes de prescrição (que emergem sistematicamente no discurso dos profissionais), e que giram em torno dos fármacos a administrar e dos tratamentos (TENS, Neuroestimuladores, Bombas infusoras intratecais, etc.) para o alívio da dor. Esta realidade dos cuidados revela uma visão ainda muito

presente do modelo biomédico, ao invés do frequentemente presente no discurso dos profissionais para esta área dos cuidados - o modelo biopsicossocial.

A definição de estratégias de intervenção não farmacológicas ou de intervenções autónomas emerge pontualmente no contexto da prática dos cuidados. Das intervenções de enfermagem autónomas referenciadas pelos participantes, as mais frequentemente descritas, situam-se nos domínios do informar, do determinar (nomeadamente a avaliação/monitorização da dor), do executar, atender e gerir. Dos discursos dos profissionais compreende-se a necessidade de uma preparação mais específica dos enfermeiros relativamente a intervenções que estes podem desenvolver de forma autónoma, tais como: massagem, toque terapêutico, musicoterapia, relaxamento, imaginação orientada, informoterapia, entre outras.

Alguns enfermeiros reconheceram lacunas de preparação/formação para trabalhar nesta área da dor, apresentando dificuldades, nomeadamente, em alguns locais, pela não utilização de *guidelines* e outras orientações clínicas baseadas na evidência, pelo que é necessária formação adequada, conjugando diferentes tipos de conhecimentos profissionais e o desenvolvimento de competências clínicas diferenciadas no âmbito da dor crónica.

Os participantes referem dificuldades no *acesso aos cuidados*, nomeadamente em obter os tratamentos adequados, as consultas do médico de família e do médico especialista, e também, no acesso às UDC. Em função das dificuldades que observam, as suas expectativas são baixas, quer face ao tratamento, quer face ao possível alívio da sua dor. Nas UDC, acreditando ser, frequentemente, o seu último recurso, as pessoas com dor crónica expressam, na sua grande maioria, satisfação com o atendimento proporcionado nestas unidades.

Dos dados obtidos pelos clientes e também pelos enfermeiros, constata-se a pouca valorização atribuída ao acompanhamento das pessoas com dor crónica ao nível dos CSP, onde se necessita de estruturas de suporte. Contudo, é neste contexto de cuidados onde se assiste a uma crescente escassez de recursos quer materiais, quer humanos, com as consequências negativas que isso acarreta.

No contexto hospitalar, no âmbito da dor crónica, existe uma visibilidade cada vez mais crescente das UDC, aliás, sempre citadas quando se fala no acompanhamento deste grupo de pessoas com dor, nomeadamente em termos das políticas de saúde. Embora seja frequente o discurso por parte dos profissionais da necessidade de uma abordagem multidisciplinar e de intervenções mais diversificadas para a dor crónica, a verdade é

que estas intervenções existem apenas nas unidades mais especializadas, dependendo dos recursos existentes. No entanto, a abrangência/cobertura destas UDC é ainda reduzida, em relação à prevalência da dor crónica em Portugal. Globalmente, verifica-se a existência de grandes lacunas na estrutura de organização de cuidados que suporte o acompanhamento das pessoas com dor crónica, que deverá ser mais especializada e multiprofissional.

Os resultados tornam evidente a existência de um modelo em uso de acompanhamento da pessoa com dor crónica, que ainda não é a expressão real do modelo exposto. Ao evoluirmos na análise das contingências associadas ao hiato entre os dois modelos, constatámos a necessidade de evoluir para um modelo de acompanhamento sustentado no processo de transição, que se integre num modelo de organização de cuidados que seja um contributo para a sistematização do processo de cuidados de Enfermagem; para a articulação, a continuidade dos cuidados e a integração dos cuidados entre os diferentes contextos de cuidados de saúde.

Do exposto, resultou a necessidade do debate sobre como estruturar um modelo de acompanhamento adequado às mudanças existentes na organização de cuidados, bem como às necessidades das pessoas com dor crónica - cuja proposta envolve peritos nesta área de atuação reunidos num grupo de discussão com este propósito.

Foi neste contexto, que partimos para a fase seguinte: a reflexão em torno dos principais elementos estruturantes para um modelo de cuidados de acompanhamento de enfermagem para a dor crónica.

4. A PESSOA COM DOR CRÓNICA - UM MODELO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

Na fase II do estudo e tendo em vista definir linhas estruturantes para o desenvolvimento de um modelo de acompanhamento de enfermagem à pessoa com dor crónica, utilizamos o *grupo de discussão*, como estratégia metodológica. Apresentamos de seguida as estratégias desenvolvidas nesta fase, fazendo referência aos aspetos essenciais relativos ao grupo de discussão, nomeadamente, modo de construção e funcionamento, sessões desenvolvidas, estratégias de recolha e análise dos dados obtidos. Posteriormente, apresentamos os aspetos estruturantes do modelo de acompanhamento de enfermagem à pessoa com dor crónica como resultado dos consensos gerados no grupo de discussão.

No quadro 33 apresentamos um esquema síntese dos principais elementos metodológicos do percurso de investigação efetuado nesta fase, nomeadamente o objetivo da etapa, a técnica de recolha de dados, os participantes no estudo e os procedimentos de análise de dados.

Quadro 33 - Esquema síntese da metodologia do estudo - Fase II

FASE II - DESENVOLVER UM MODELO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOR CRÓNICA			
Objetivos	Técnica de recolha de dados	Participantes	Análise dos dados
Construir o modelo de acompanhamento de enfermagem	Grupo de discussão: 3 sessões	13 Enfermeiros de vários contextos: CSP; Cuidados Paliativos; UDC; Escola Superior de Enfermagem	Análise de conteúdo da discussão produzida durante as sessões do grupo de discussão

4.1. ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PARA A DEFINIÇÃO DO MODELO

Tal como já referimos, nesta fase do estudo recorreremos ao *Grupo de discussão* como técnica de recolha de informação. As expressões “*Grupo focal*”, “*Grupo focal de*

discussão” e “*Grupo de discussão*” são frequentemente utilizadas na literatura como equivalentes (143).

A expressão original, “*Focus group*” aponta para uma entrevista de grupo muito orientada para um determinado assunto, com dinâmicas de grupo muito focalizadas, sendo legítimo designá-las por “*Grupos focais*” (144). No sentido de enfatizar a interação e a discussão profunda que nestes grupos se procura, são habituais designações do tipo “*Grupo de discussão*” (105; 145; 146).

A utilização de grupos focais é uma técnica de investigação qualitativa na qual se agrupam pessoas com base numa semelhança, que se envolvem numa discussão sobre um tema específico (147), procurando compreender “... *aquilo que fundamenta as opiniões das pessoas e as suas experiências...*” (148 p. 12), a partir da riqueza das discussões que geram.

De acordo com Nogueira-Martins e Bogus (149) para a otimização da dinâmica interativa que deve existir num *grupo de discussão*, este deve ser constituído por um mínimo de seis e máximo de vinte pessoas cujas opiniões e experiências, dada a sua relevância, são solicitadas simultaneamente. O número de participantes deve ser determinado pelos objetivos do estudo (150). Grupos maiores limitam a participação, a oportunidade de troca de ideias, o aprofundamento do tema e os registos dos dados (151). Deste modo, ao desenhar o grupo, o investigador deve ter presente que não pode correr o risco de colocar em causa o potencial de interação entre os participantes (105).

Neste estudo, o *grupo de discussão* apresentou características que facilitaram o desenvolvimento desta fase. Em primeiro lugar, é de realçar a qualidade dos participantes, o envolvimento e a vinculação ao projeto que se estava a desenvolver. Em segundo lugar, a experiência e o conhecimento real dos tópicos abordados, nomeadamente a experiência prática do dia-a-dia em contextos clínicos diversificados, assim como diversas áreas de ensino e de especialidade. Por último, a disponibilidade demonstrada pelos participantes no sentido de abraçar um projeto que acreditamos poder contribuir para uma melhor sistematização dos cuidados de enfermagem às pessoas com dor crónica e à construção dos pilares para o modelo de acompanhamento de enfermagem nesta área.

Para a participação nas diferentes sessões do grupo de discussão, foi nosso propósito encontrar e construir um grupo que respondesse às finalidades do trabalho a desenvolver. A seleção dos enfermeiros que aceitaram participar no grupo de discussão do presente estudo, obedeceu a determinados critérios de inclusão (não cumulativos):

- Ser enfermeiro do contexto de ação da prática dos cuidados (hospitalar - UDC, Unidades de Cuidados Paliativos de internamento e comunidade - ECCL, CS) com experiência no acompanhamento de pessoas com dor crónica;
- Ser enfermeiro com experiência e conhecimento avançado na área da teoria das transições de Meleis e domínio da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Anexo 33).

Para além dos critérios expostos, tivemos em consideração a proveniência dos participantes, uns oriundos do contexto dos CSP, outros do contexto hospitalar e ainda do ensino de enfermagem. Assim, a amostra foi constituída por enfermeiros de diferentes locais de intervenção dos enfermeiros e que satisfizessem os critérios de inclusão, num total de treze enfermeiros: das UDC do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro EPE - Vila Real, da ULSM, do Centro Hospitalar São João - Porto, do Centro Hospitalar do Porto, do IPO do Porto; dos Cuidados paliativos da ULSM (unidade de cuidados paliativos da comunidade) e do IPO Porto (unidade de cuidados paliativos - internamento); das unidades de cuidados na comunidade do ACES da Maia e do ACES - Gaia; e, da ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Relativamente ao local de trabalho, este é um grupo heterogéneo, dada a proveniência dos vários contextos de trabalho dos enfermeiros. Tendo em consideração a profissão dos participantes, podemos considerar o grupo homogéneo, pois trata-se de um grupo constituído só por enfermeiros. Sob o ponto de vista do tempo de experiência profissional, o grupo é heterogéneo, com uma experiência profissional que variava entre 9 a 30 anos e na área de acompanhamento de pessoas com dor variava entre 8 a 20 anos. As idades dos participantes no grupo de discussão variaram entre 32-51 anos.

Quanto às funções e cargos desempenhados, existiam participantes especialistas (nas áreas de enfermagem: comunitária, médico-cirúrgica e reabilitação), enfermeiros graduados e enfermeiros, envolvidos na prestação direta de cuidados e docentes de enfermagem. Os participantes apresentavam diferentes graus académicos, desde licenciado, mestre e doutor. A formação relativa à área específica da dor era também muito variada, desde algumas horas de formação até mais de 200 horas.

Para o funcionamento das várias sessões do *grupo de discussão* e sabendo que o tempo de cada reunião do grupo de discussão depende da natureza do problema em questão, baseamo-nos nas recomendações de alguns autores. Ribeiro (147) refere que cada reunião deve decorrer num espaço de tempo de cerca de duas horas. Nogueira-Martins e Bogus (149) e Gatti (152) referem entre noventa minutos e três horas, para que a recolha de dados seja funcional, se evite o cansaço dos participantes e para a

manutenção do foco do problema, com vista à obtenção de informações suficientes para uma boa análise. No presente estudo, as sessões duraram aproximadamente três horas.

No funcionamento do grupo de discussão, de acordo com Gatti (152), o moderador deve fornecer informações ao grupo deixando os participantes à-vontade, informando-os acerca do que se espera deles, da rotina da reunião e da duração da mesma. Devem ser explicados ainda, os objetivos do grupo de discussão, a forma de registo, a anuência dos participantes, a garantia do sigilo do registo e dos nomes, deixando claro a importância das reflexões e opiniões formuladas pelos participantes nas sessões. Para este efeito, após seleção dos participantes, foi efetuado um convite, através de contacto telefónico, para que o profissional integrasse o grupo de discussão. Posteriormente, foi enviada uma carta convite dando algumas informações aos participantes, tais como o número de sessões, datas de realização, horas de início e duração prevista para as mesmas, assim como o local da realização (Anexo 34).

No presente estudo, no processo de desenvolvimento das sessões notámos um evoluir no trabalho de grupo. Iniciou-se com um processo de conhecimento do próprio grupo (embora alguns elementos já tivessem trabalhado em conjunto, ou existisse algum conhecimento prévio, para outros era o primeiro contacto). Seguiu-se uma fase de consciencialização das atividades a desenvolver e das dificuldades inerentes à sua concretização. Nesta etapa, foi lembrado pelo moderador do grupo, a importância da participação de todos e de cada um em particular, dada a relevância das suas opiniões e experiências diversificadas.

Na fase de normalização do trabalho de grupo verificou-se uma focalização nos objetivos, frequentemente lembrado pelo moderador, uma dinâmica na interação, discutindo aspetos nem sempre concordantes entre os participantes. Estes aspetos são referidos por Krueger e King (153) como sinais do início da fase produtiva do grupo.

Tendo por base o defendido por Fathalla (154), foi criado no grupo de discussão um clima confortável para a troca aberta de opiniões, estimulando a discussão, mantendo a discussão focada e convidando todos a participar. Outra preocupação consistiu em proporcionar um ambiente agradável, em que as pessoas se sentissem confortáveis e as interações fossem facilitadas, aspeto importante na opinião de Gibbs (155). De acordo com Ressel, Gualda e Gonzalez (144), desempenhamos em simultâneo o papel de moderador e investigador, facto que não impediu a eficácia do funcionamento do grupo. Relativamente à intensidade da moderação, Lewis (150) refere que esta pode depender das circunstâncias, podendo resumir-se ao papel de mero ouvinte. A nossa moderação pode ser classificada como pouco interventiva, deixando emergir o conjunto de opiniões

dos peritos do grupo de discussão, indo de encontro aos objetivos da estratégia que implementamos.

De acordo com os objetivos do projeto delineamos o número de sessões. Realizamos três sessões com o grupo de discussão e foram traçados objetivos para cada uma das sessões, expressos nos *tópicos para o grupo de discussão* (Anexo 34).

Logo no primeiro encontro ficou combinada a possibilidade de qualquer um dos intervenientes poder propor paragens e intervalos nos trabalhos. Esta possibilidade mostrou-se particularmente útil na gestão do tempo disponível. As pausas e intervalos foram geridos a partir da perceção de sinais de cansaço ou desvio dos assuntos essenciais (105).

As questões da organização, coordenação e moderação deste grupo de trabalho estiveram a cargo da investigadora. Os encontros foram realizados nas instalações da ESEP, numa sala de reunião, nas datas mencionadas no guião.

Na primeira sessão deu-se a conhecer aos participantes a natureza do trabalho já desenvolvido, do trabalho a desenvolver, os objetivos delineados e a metodologia a utilizar. Nesta sessão pretendeu-se desenvolver os princípios orientadores para a definição do modelo de acompanhamento das pessoas com dor crónica; na segunda, a definição dos aspetos essenciais centrados nos dados/diagnósticos/intervenções e resultados associados à dor crónica; e, na última sessão, a apresentação e discussão de uma proposta de modelo de acompanhamento de enfermagem.

Existiu por parte dos participantes uma forte adesão às sessões programadas e às atividades solicitadas como complemento das sessões presenciais (*“tipo trabalho de casa”*), nomeadamente aquando da solicitação da identificação das necessidades em cuidados, das intervenções de enfermagem e dos resultados esperados dirigidos às pessoas com dor crónica. No início de cada sessão, realizamos uma síntese da sessão anterior e explicitamos o objetivo da mesma.

Após ter sido acordado com os participantes do *grupo de discussão*, procedemos à gravação áudio das sessões. Nos dias que se seguiram, procedemos à audição dos registos, à sua transcrição e análise. A utilização deste tipo de estratégias para a recolha de material relativo aos grupos de discussão está amplamente difundida na literatura (144; 156).

Tal como nos refere Krueger (153) e Pereira (105) a audição cuidadosa das gravações e a transcrição abreviada das sessões é um processo moroso. Esta nossa opção revelou-se uma estratégia favorecedora de um maior rigor e riqueza dos dados. No trabalho de

interpretação que realizamos dos dados que emergiram das diferentes sessões, fomos construindo um modelo de análise orientado para a criação de uma lógica explicativa dos conceitos e elementos estruturantes de um modelo de acompanhamento das pessoas com dor crónica (Anexo 35). Do processo de análise dos resultados emergiram pontos para a discussão seguinte, que permitiu gerar consensos para o trabalho de construção do modelo.

4.2. MODELO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOR CRÓNICA

O dispositivo de investigação levado a cabo corroborou a necessidade de dar resposta à pergunta de partida: *Qual o modelo de cuidados de enfermagem que melhor resposta poderá dar às necessidades da pessoa com dor crónica, promovendo a articulação e a continuidade de cuidados?*

De facto, da análise ficou patente a existência de algum nível de dissonância entre as orientações referidas nos “*modelos expostos*” dos planos definidos e os “*modelos em uso*” no contexto da ação. Por isso, interessava saber como seria possível diminuir o distanciamento atualmente verificado entre os modelos de exercício profissional em uso no acompanhamento da pessoa com dor crónica e os modelos expostos.

A definição de um modelo de acompanhamento de enfermagem pressupõe delinear um conjunto de elementos fundamentais e princípios definidos com um enquadramento que fornece a estrutura para a implementação na prática e posterior avaliação dos cuidados. A existência de uma estratégia claramente definida e um modelo articulado de acompanhamento vai ajudar a garantir que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, estejam em sintonia, trabalhando em direção a um conjunto de objetivos e sendo capazes de avaliar o desempenho com base nesse acordo.

Na construção do modelo, seguimos as orientações de Strauss e Corbin (157), no sentido de que este deve integrar como elementos: o fenómeno, as condições, as estratégias, o contexto, as ações e as consequências.

A partir das categorias centrais, e num processo de refinamento, procedemos a uma configuração do modelo, que resultou da reorganização das dimensões das categorias. Ao relacionarmos as propriedades de cada categoria, englobámos subcategorias, redimensionando as condições. Integrámos os factos ou acontecimentos que criaram situações, alocando-os aos atores envolvidos (pessoa com dor crónica/família), de

acordo com a natureza da relação. O resultado das ações/interações traduz-se nas consequências, nomeadamente no seu impacto sobre a pessoa com dor crónica/família. Com esta nova configuração, os dados convergem numa explicação coerente do fenómeno em estudo.

Em conformidade com a análise documental realizada e com os testemunhos dos profissionais entrevistados percebemos que, em termos de políticas de saúde, estão definidas as condições para o desenvolvimento de serviços centrados no alívio e tratamento da dor. Tanto os documentos da DGS como as orientações emanadas pela OE fornecem as orientações profissionais para o acompanhamento da pessoa com dor crónica. Contudo, a maior sistematização referente à organização dos cuidados centrados na pessoa com dor crónica centra-se em cuidados altamente diferenciados: UDC. Assistimos atualmente à reformulação dos CSP, que apresenta novas estruturas organizacionais e novas formas de encarar a assistência das pessoas, num modelo de cuidados de maior proximidade com a pessoa no seu ambiente comunitário e familiar. Desta forma, encontram-se reunidas as condições necessárias para que se introduzam também novos modelos de cuidados, que favoreçam o acompanhamento das pessoas com dor crónica.

Um modelo representa a estruturação da realidade de uma disciplina, uma abstração e uma conceção, uma forma de entender e de estruturar uma realidade dando-lhe sentido. Por isso, encaramos o modelo a desenvolver como um modo de descrever o que se faz e o que se pode fazer. Do debate sobre as estruturas centrais na conceção deste modelo de cuidados emergiram três elementos estruturantes: **as políticas de saúde, a organização dos cuidados e o processo de cuidados.**

As instituições/organizações de saúde influenciam, e são influenciadas, pelas políticas de saúde. A visão e a missão definidas pelas instituições condicionam a operacionalização dos cuidados por parte dos profissionais de saúde; também as competências dos profissionais de saúde influenciam os contextos dos cuidados e, consequentemente, as organizações.

Um modelo de atendimento à pessoa com dor crónica visa promover o controlo da dor, a independência, o bem-estar e a qualidade de vida, dando ênfase a programas de prevenção e promoção, que incentivem o autocontrolo da sua condição de saúde. Centra-se na necessidade de uma prestação de cuidados mais orientada para as necessidades de cuidados da pessoa com dor crónica, independentemente do contexto em que esta se encontre. Assume-se como um garante da continuidade e coordenação dos cuidados.

É, neste sentido, que os profissionais que já hoje lidam com as pessoas com dor crónica assumem que é necessário inovar nas práticas e rentabilizar os recursos.

Como resultado da análise ao modelo de cuidados em uso e fruto das reflexões e consensos gerados no grupo de discussão, emerge um conjunto de pressupostos que definem o enquadramento para a implementação na prática de um ***modelo de cuidados de enfermagem que responda às necessidades da pessoa com dor crónica, promovendo a articulação e a continuidade de cuidados***. Assim, este modelo caracteriza-se por:

- Focalizar a atenção na pessoa com dor crónica, que vive uma transição saúde-doença, entendida como elemento central do modelo; e a família, entendida como contexto e como parceiro de cuidados;
- Orientar para serviços clínicos específicos que acompanhem a pessoa com dor e sua família, fortalecendo a tónica nos cuidados de saúde primários;
- Integrar a gestão de casos, suportada pelo enfermeiro, como um processo colaborativo com vista a responder com qualidade, às necessidades e potencialidades da pessoa com dor crónica;
- Desenvolver o processo de cuidados, como produto da interação cliente/família-enfermeiro;
- Promover uma gestão eficaz do “fluxo” das pessoas com dor;
- Gerir eficazmente os recursos humanos e materiais, em particular os recursos da comunidade;
- Melhorar os fluxos de informação de forma a facilitar e melhorar o processo de continuidade de cuidados;
- Facilitar aos profissionais de saúde o acesso e a partilha de informação de qualidade no momento e no ponto de prestação de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Possuir uma abordagem multiprofissional integrada, ao longo do *continuum* dos cuidados.

ELEMENTOS ESTRUTURANTES

A definição do modelo engloba um conjunto de princípios que caracterizem os seus elementos estruturantes e as relações entre eles. Como referimos anteriormente, no modelo que concebemos, assumimos como elementos que ajudam a sistematizar os

princípios orientadores para a implementação deste modelo de cuidados: as políticas de saúde, a organização dos cuidados e o processo de cuidados centrado no cliente/família (Figura 14).

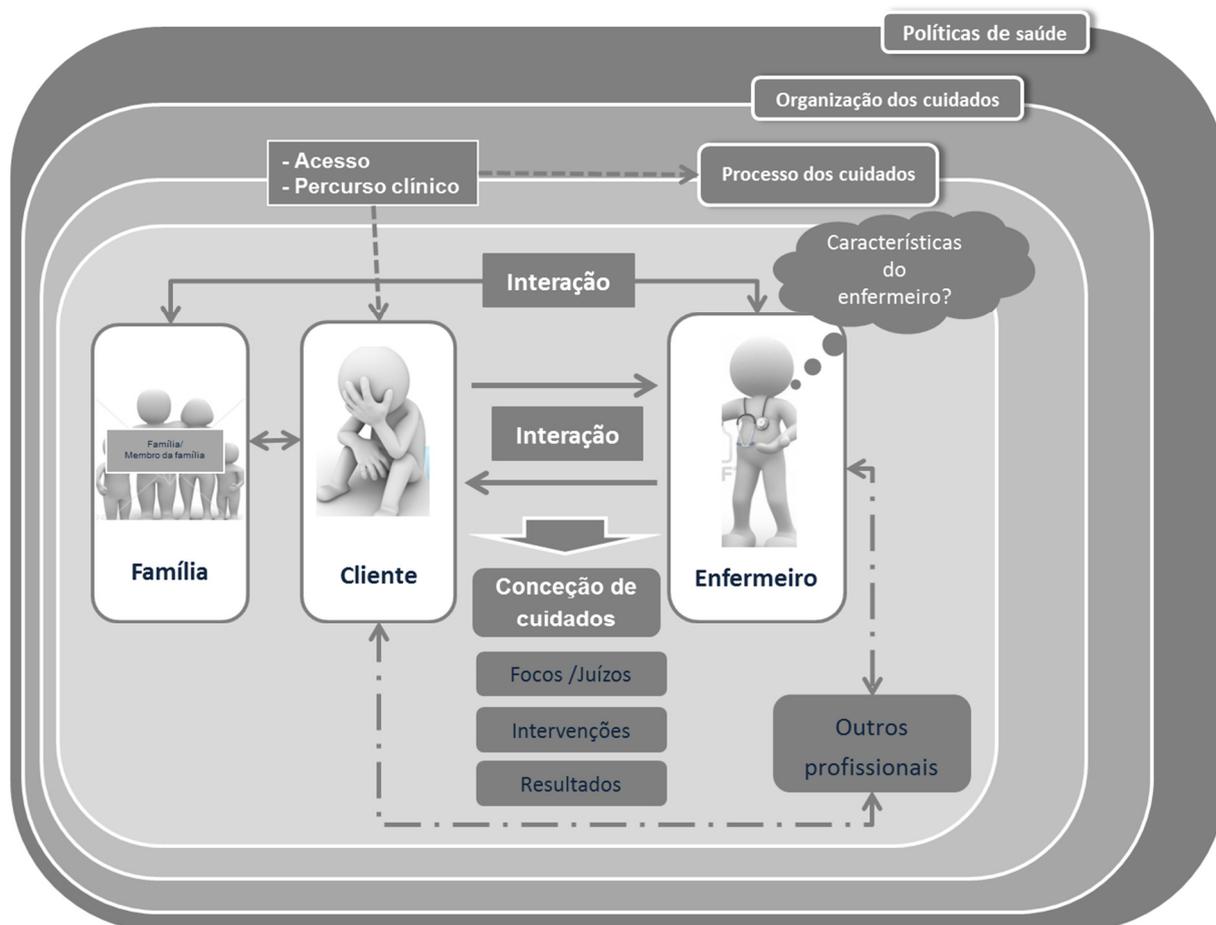


Figura 14. Modelo de acompanhamento de enfermagem à pessoa com dor crónica

As políticas de saúde

Atualmente existe uma diversidade de orientações políticas centradas na dor crónica: o PNCDor da DGS (45), que veio dar continuidade, numa versão atualizada, ao anterior PNLCDor (158). O presente documento integra orientações sobre a avaliação da dor da pessoa, apresentados no manual de boas práticas sobre dor (88) e orientações da DGS: A dor como 5º sinal vital, o registo sistemático da intensidade da dor (23) e as orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa (159). Atualmente, a Dor é uma das prioridades do Ministério da Saúde, encontrando-se incluída no novo Plano Nacional de Saúde, que vigora em 2011-2016, onde é salientado que “em complementaridade às intervenções adequadas para as doenças específicas, o controlo

da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde” (160).

Quando lemos a atual Lei de Bases da Saúde (161) verificamos na sua referência BASE II, que *“a política de saúde tem âmbito nacional e obedece às seguintes diretrizes:*

- a) A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado;*
- b) É objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;*
- c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;*
- d) Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;*
- e) A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;*
- f) É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;*
- g) É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços;*
- h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;*
- i) É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade”.*

Todos concordaremos que os pressupostos subjacentes à política de saúde, se encontram adequados, face ao que se pretende para um modelo de cuidados de acompanhamento de uma pessoa com dor crónica. Contudo, a pragmatização destas orientações no contexto da prática clínica face à pessoa com dor crónica, não tem obtido o sucesso que seria expectável face ao exposto.

O facto da dor crónica afetar cerca de 36,7% da população adulta em Portugal (1), com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano tem, de acordo com o relatório “*Pain Proposal*” (29), sido reconhecido em termos de políticas de saúde nos últimos anos. Contudo, o mesmo relatório (à semelhança dos relatos de clientes e de profissionais da saúde apresentados neste documento) salienta a existência de alguma falta de informação do público em geral e dos profissionais da saúde para a problemática da dor crónica, o que tem dificultado a implementação das medidas propostas. Tal como nos refere Castro-Lopes e colaboradores (29), as pessoas com dor crónica também consideram difícil o acesso aos serviços de saúde, o processo de diagnóstico e referenciação demorado e relatam dificuldades em obter os tratamentos adequados.

Na realidade, o processo de diagnóstico e de referenciação dos casos que necessitam de uma abordagem mais diferenciada é, na maior parte das vezes, muito lento, o que poderá facilmente emergir da falta de sensibilização, competências específicas e/ou formação do profissional da saúde de primeiro contacto, bem como, de aspetos de organização e coordenação entre serviços. As questões centradas na sensibilização e na formação dos profissionais da saúde são aspetos que emergiram também da discussão do grupo de peritos, perspetiva sobreponível aos discursos recolhidos nas entrevistas realizadas aos profissionais de saúde. Desta forma, o grupo de discussão partilha da opinião expressa no relatório “*Pain Proposal*” (29 p. 10), relativamente ao desenvolvimento de estratégias preconizadas no PNCDor e integradas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016:

- a) Apostar na formação pré e pós-graduada e formação contínua dos profissionais de saúde na área da dor crónica;
 - Privilegiar nos currículos básicos no ensino pré e pós-graduado em saúde, dando mais visibilidade à dor, com uma maior ênfase no diagnóstico e tratamento da dor;
- b) Uma maior alocação de profissionais de saúde dedicados à área da dor;
 - Captar mais profissionais com formação para a área da dor;
- c) Promover a educação e capacitação dos doentes;
 - Desenvolver campanhas de sensibilização e informação direcionadas à população em geral e às pessoas com dor crónica em particular;
 - Fomentar a organização das pessoas com dor crónica em associações de doentes e grupos de suporte;

- Envolver as associações de doentes nos processos de tomada de decisão na área da dor crónica;
- d) Promover a recolha de dados sobre a Dor: disponibilidade e qualidade do registo clínico;
- Criação de um registo informatizado padronizado da Dor Crónica a nível nacional, que torne possível a comparação de dados entre os diferentes serviços e um tratamento e análise de dados integrados.
- e) Proceder a uma utilização eficiente dos recursos existentes, que permitirá reduzir custos e trazer o tão desejado alívio às pessoas que sofrem de dor crónica.

A organização dos cuidados

Os cuidados à pessoa com dor crónica existem tanto ao nível dos CSP como ao nível dos cuidados diferenciados. Ao nível hospitalar existem serviços já direcionados para o atendimento das pessoas com dor crónica - UDC. Estas unidades englobam diferentes profissionais e oferecem cuidados especializados, nomeadamente médicos e de enfermagem. A referenciação para estas unidades, como foi possível verificar pela análise prévia realizada, ocorre de forma pouco sistematizada, é considerada sempre como um fim de linha e somente alguns clientes têm acesso.

O tratamento da dor crónica é feito predominantemente ao nível dos CSP, dada a elevada prevalência da dor crónica. Todavia, os serviços melhor preparados para tratar a dor crónica são os serviços hospitalares, nomeadamente as UDC, que são frequentemente consideradas unidades de tratamento da dor de última linha. Por isso, nos debates existentes, considerou-se importante a manutenção destas estruturas no modelo organizacional do tratamento da dor, apontando para a criação de mais UDC, obedecendo a um sistema crescente de abrangência e de complexidade. No entanto, é urgente a necessidade de responder de forma adequada através da referenciação destas pessoas com dor crónica, onde os enfermeiros poderão ter um papel fundamental, à semelhança do ocorrido na RNCCI. Esta proposta assenta na promoção de uma gestão e utilização eficiente dos recursos existentes com o objetivo do controlo eficaz da dor crónica.

A questão da referenciação foi uma temática amplamente discutida pelos peritos. A consciência de que os recursos são finitos, associado ao conhecimento de que aproximadamente três milhões de portugueses vivem com dor crónica, pautou a discussão em torno da questão *“este programa de acompanhamento é para quem? Ou seja, quais são os critérios para as pessoas com dor crónica serem incluídas neste*

referencial” (P1). Do resultado da discussão percebeu-se que um dos desafios está na identificação e referenciação das pessoas que vivem com dor crónica e necessitam de cuidados diferenciados. A este propósito, um perito refere que “o problema está na base, é lá que eles [pessoas com dor] estão perdidos” (P2).

Qualquer pessoa a quem tenha sido identificado o diagnóstico de dor no momento do contacto com o profissional de saúde, mas não tendo os critérios para uma referenciação para as equipas especializadas nesta área, deve ser reavaliada no mínimo passado três meses, mantendo a sua vigilância.

Assim, a definição de circuitos e fluxos de referenciação da pessoa com dor crónica para uma rede nacional é prioritária, podendo os restantes circuitos de informação e procedimentos a ter em conta, por todos os intervenientes no acompanhamento, serem objeto de orientações específicas. Uma referenciação uniforme para as estruturas de apoio à pessoa com dor crónica é um requisito estruturante para uma rede nacional de resposta de cuidados adequados e de proximidade, a qual pressupõe a homogeneidade de procedimentos como fator facilitador do acesso aos serviços. Neste sentido, justifica-se um processo de sinalização das pessoas com dor crónica, onde serão destinatários das UDC ou das Equipas de Cuidados Continuados à Pessoa com Dor Crónica (ECCPDC), as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- Ter dor crónica (com mais de três meses de evolução) que, tendo sido efetuada uma história de dor, apresentem níveis de severidade de dor ou interferência da dor na vida diária moderada ou intensa (avaliada através do BPI(pt) - Breve Inventário da Dor);
- Ter dor crónica e compromisso na gestão do regime terapêutico, evidenciado por dificuldade em lidar com o regime terapêutico complexo e/ou por ausência de controlo de dor;
- Falta de suporte familiar ou de outros significativos, quando este se assume como essencial para o controlo da dor da pessoa.

O acesso a estas estruturas de cuidados deverá ser realizado através do médico de família e enfermeiro de família, que assegurarão o acompanhamento e a avaliação das respostas a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades na sua área de incidência. Esta ideia foi defendida por alguns peritos quando expressaram que *“os enfermeiros de família [...] devem indicar dos seus clientes, os que têm dor crónica”* e *“na posse e verificação destes critérios, deve/pode encaminhar para este tipo de serviços, ou mesmo o enfermeiro do contexto do hospital pode encaminhar para estes serviços, ou para o enfermeiro de família e este depois referenciar” (P1).*

As pessoas com dor crónica podem aceder a estas estruturas de apoio através de duas proveniências: hospital ou comunidade (domicílio ou outro local de residência).

O planeamento da alta de pessoas com dor crónica internados em hospitais que careçam de cuidados após a alta requer o envolvimento da equipa do respetivo serviço hospitalar, a qual deverá sinalizar para as UDC ou para as ECCPDC essa necessidade em cuidados.

A referenciação de doentes que se encontrem no domicílio, ou de outro local onde residam à data da referenciação (ex: lares), poderá ser efetuada por qualquer profissional de saúde que identifique a necessidade em cuidados de saúde. A valorização da identificação das pessoas que vivem com dor crónica seja em que contexto for, foi outra das preocupações expressas pelos peritos, ao afirmarem que *“a dor é subavaliada, é subvalorizada”* (P4).

A situação do doente identificado deve ser avaliada pela equipa assistencial do Centro de Saúde, de forma a verificar se as necessidades em cuidados implicam referenciação para uma Unidade da Dor Crónica ou para a Equipa de Cuidados Continuados à Pessoa com Dor Crónica (ECCPDC).

Os critérios de alta deste tipo de cuidados na área da dor resultam da inversão da situação, isto é, quando a dor tem impacto controlado nas atividades de vida diária, quando há evidência de uma gestão eficaz do regime terapêutico e/ou quando o cuidador familiar evidencia mestria nas estratégias promotoras do controlo da dor (Figura 15).

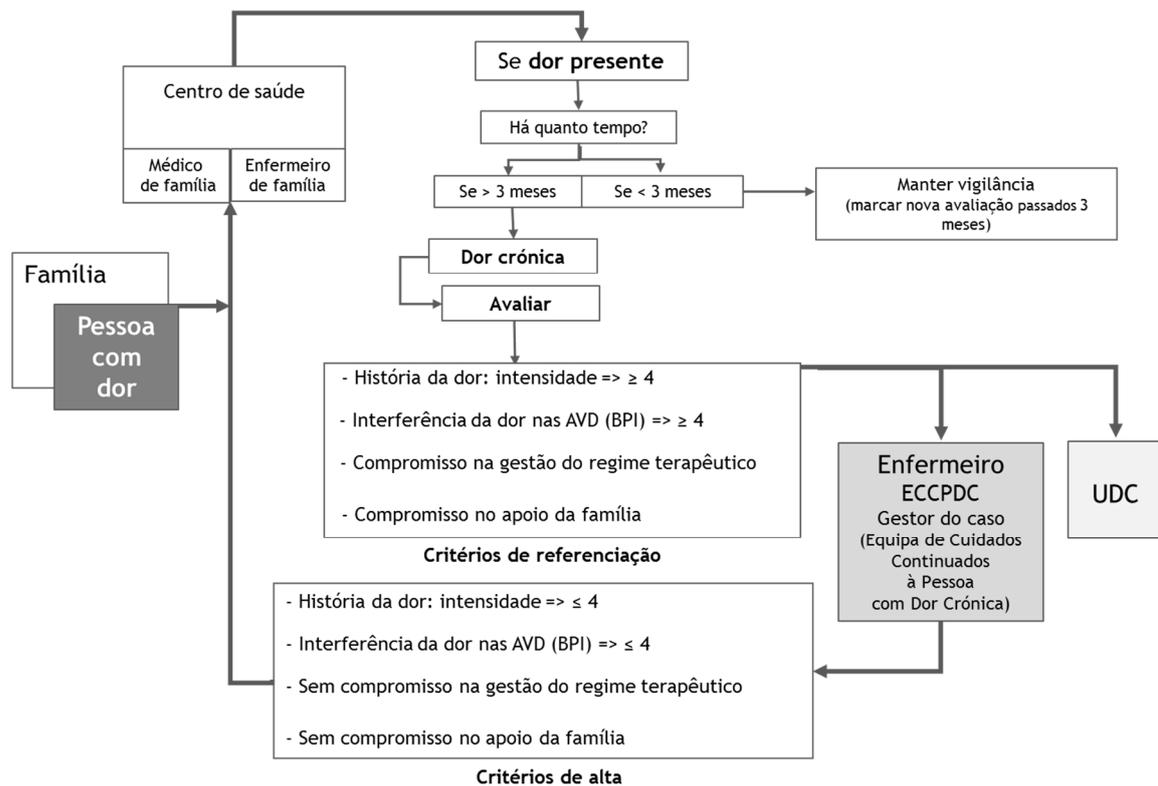


Figura 15. Esquema da referência das pessoas com dor crónica

A noção da necessidade de profissionais bem preparados para dar resposta às necessidades destas pessoas foi patente entre os peritos. A ideia vigente foi de que “*este programa [...] deve ser protagonizado por “enfermeiros, especialistas no âmbito da dor”*” (P1). Todavia, a coordenação de esforços deverá existir entre os profissionais isto é, “*o enfermeiro de família deveria avaliar e ir até onde pode e deve atuar, e a partir dali sim, passa para uma instância superior*” (P4).

Esta vertente de *cuidados de enfermagem avançados na área da dor* pressupõe que os mesmos sejam prestados por enfermeiros com reconhecimento de proficiência na prestação de cuidados nessa área. Estes enfermeiros deverão exercer funções tanto nas Unidades da Dor Crónica como nas Equipas de Cuidados Continuados à Pessoa com Dor Crónica. Neste modelo de acompanhamento assume-se que pelo menos um enfermeiro com estas características deveria integrar cada uma das equipas de cuidados referenciadas, sendo identificado de entre a equipa de enfermagem como o mais qualificado para o efeito. Assim, cada instituição de saúde divulgará qual o enfermeiro responsável pelo acompanhamento destas pessoas e qual o processo de encaminhamento. Assume-se ainda que a prestação de cuidados desenvolvida pelo enfermeiro gestor de cada caso possa decorrer na instituição ou no domicílio.

O enfermeiro gestor de caso na área da dor deverá assumir a responsabilidade de fazer uma recolha da história clínica adequada, avaliando questões de estilo de vida que podem afetar a pessoa com dor crónica e a resposta aos tratamentos e medicamentos, coordenar os cuidados de enfermagem prestados, fazendo a ligação entre a equipa multidisciplinar, no sentido de dar respostas às necessidades das pessoas com dor crónica e suas famílias.

O grupo de discussão entendeu que estes profissionais deverão ter formação avançada na área da dor. Para que tal aconteça deverá ser disponibilizado junto dos profissionais um programa de formação na área da dor, cujos princípios básicos estão assentes no Curriculum da IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor) (162). Este Curriculum assenta na natureza multidimensional da dor; na avaliação da dor; no tratamento/controlo da dor e a referência a condições clínicas na área da dor. É um facto, que a natureza multidimensional da dor exige uma abordagem interprofissional para avaliação e gestão. Assim, os profissionais precisam garantir que o tratamento da dor seja baseado em princípios éticos e em orientações clínicas baseadas em evidências.

Os enfermeiros desempenham um papel central na gestão eficaz da dor, dado o contacto frequente com os clientes dos cuidados numa variedade de contextos (por exemplo, domicílio, hospital, ambulatório, comunidade). Esse contacto frequente coloca o enfermeiro numa posição única para: identificar as pessoas que têm dor; realizar uma avaliação de dor de forma abrangente, incluindo o seu impacto sobre a pessoa e os seus familiares; iniciar ações para controlar a dor e avaliar a eficácia dessas ações.

O processo de cuidados centrado no cliente/família

A Enfermagem é uma ciência que, para ter sentido, necessita de ser integrada na prática de cuidados. Neste sentido, procuramos tornar mais explícitos os pressupostos teóricos que sustentam as opções tomadas no desenvolvimento do modelo de cuidados de enfermagem no acompanhamento da pessoa com dor crónica.

No contexto do atual estudo, pretendíamos conhecer a forma como a pessoa vivencia a sua dor. Só assim, a prática de enfermagem pode facilitar essas mesmas transições promovendo o sentido de bem-estar. Ou seja, o modelo de cuidados de enfermagem no acompanhamento da pessoa com dor crónica deverá ter em atenção, as transições associadas a todo o tipo de mudanças que ocorrem ou podem ocorrer na vida da pessoa, alterações decorrentes, neste caso, de um processo de doença (transição saúde-doença).

Como nos refere Meleis e colaboradores (135), em todas as transições está inerente a necessidade da pessoa incorporar novo conhecimento, alterar comportamentos, e assim, alterar o conceito de si num contexto social. Silva (163 p. 27) acrescenta ainda que *“as transições no domínio de enfermagem referem uma mudança no estado de saúde, no papel, no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades, e podem processar-se tanto a nível individual como familiar”*.

Algumas pessoas que vivem com dor crónica experienciam simultaneamente várias transições, o que confere algum nível de complexidade ao processo de cuidados. Frequentemente experienciam transições saúde/doença (por ex. relacionados com doença, episódio de agravamento, cirurgia), desenvolvimentais (por ex. relacionadas com o processo de envelhecimento) e situacionais (por ex. relacionadas com perda de emprego).

A pessoa que vive com dor crónica representa, na sua generalidade, um cliente com necessidades em cuidados complexas. A complexidade inerente aos cuidados refere tanto os aspetos relacionados com as características individuais como com as características da dor e com a interação entre ambas.

As pessoas que vivem com dor crónica vivem-no durante muito tempo. De facto, a consciencialização da cronicidade da dor surge gradualmente, através da constatação, dia após dia, de que a dor não passa. A prescrição de um regime medicamentoso é frequentemente a primeira proposta de tratamento. Estas são pessoas com regimes terapêuticos complexos, tendo por base processos patológicos. Porém, e mesmo medicadas, percebemos que a dificuldade no controlo da dor existe. Estas pessoas vivem o seu dia-a-dia com limitações na sua autonomia, verificando-se que quanto maior a intensidade da dor maior é a sua interferência nas AVD e menor a perceção de qualidade de vida. Os clientes mais vulneráveis são as mulheres, os mais idosos, os que possuem baixa escolaridade e aqueles que, pela sua condição de saúde, não podem trabalhar. Acresce ainda que pelos baixos rendimentos, muitas vezes associados à reforma por invalidez, pela incapacidade de manter uma atividade laboral contínua, estas situações estão associadas a um baixo estatuto socioeconómico. Para além disso, o aumento de despesas associadas ao tratamento da dor e à necessidade de ajuda nas tarefas agrava ainda mais esta situação.

Viver com dor crónica é influenciada pelas características das pessoas, podendo desencadear limitações em aspetos básicos do dia-a-dia, como por exemplo: caminhar, subir e descer, levantar-se, tomar banho, vestir-se e despir-se, ler, conduzir. Mesmo o

relacionamento com os outros fica condicionado, provocando isolamento, ou tornando o trabalhar, por vezes, insuportável.

As características da dor estão relacionadas com o tipo de dor, com a duração da dor, com a intensidade. No âmbito deste estudo, tal como acontece noutros contextos, a dor crónica mais frequente é a musculoesquelética. A presença de dor resulta de processos patológicos tais como doenças osteoarticulares e neoplasias. Em muitos casos, a dor que estas pessoas sentem pode persistir durante muitos anos, até encontrar um ponto de equilíbrio - controlo da dor.

A consciencialização do que muda e fica diferente decorre de forma gradual. De facto, o viver o dia-a-dia com dor crónica promove a consciencialização do que fazia e que já não consegue fazer - seja a nível das tarefas domésticas, seja a nível da interação com os outros. Por isso, avaliar a consciencialização, enquanto atividade de diagnóstico, deverá ser realizada em todos os contactos.

Na realidade, é fundamental que o enfermeiro tenha em atenção as condições que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as suas consequências. Para isso, deverá estar atento aos significados que a pessoa lhe atribui, às expectativas que tem face à nova situação, ao nível de conhecimento e à capacidade para lidar com a dor crónica. Assim, no âmbito do processo diagnóstico importa recolher dados que permitam, por exemplo, caracterizar a sua atitude face à dor (positiva/negativa); as crenças que influenciam a forma como lidam com a dor que sentem (acreditar que é capaz de lidar com a dor ou não); e, o nível de conhecimento para lidar com a dor (sobre a dor, sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor, sobre gestão do regime terapêutico).

O ambiente, quer o humano, quer o físico, em que a pessoa que vive com dor se insere pode constituir-se como um fator facilitador ou inibidor. As condições da comunidade, em particular a família, assumem particular relevo como recurso terapêutico. De facto, a crescente incapacidade das pessoas para realizar as atividades básicas de vida, exige que existam outras pessoas que as auxiliem naquilo que não conseguem fazer sozinhas. Por um lado, este padrão de substituição acaba por ter efeito positivo no alívio da dor porque pode diminuir os fatores de agravamento da dor. Por outro, a preparação e conhecimento do cuidador familiar, quer no que se refere às estratégias não farmacológicas, quer no que se refere à gestão do regime terapêutico, pode constituir fator facilitador.

Neste modelo, a família é entendida, por um lado, como contexto social onde vive a pessoa com dor crónica, e por outro, como um parceiro nos cuidados. A família é percebida como uma fonte de apoio quando compreende o impacto que a dor tem na pessoa com dor crónica. De facto, do percurso de investigação, a referência à família por parte das pessoas com dor crónica, surge explicitando a forma como esta pode constituir-se como um recurso. É na família que procuram apoio em várias áreas: para que não desanime, na compreensão da situação, na ajuda a ultrapassar e a não desistir, na companhia, na obtenção de informação, na catarse, no apoio ou substituição nas atividades instrumentais da vida diária. Face ao exposto, a necessidade de envolver um membro da família prestador de cuidados (MFPC) e a inclusão sistemática da família ou significativos no processo de cuidados é um princípio elementar deste modelo.

Na figura seguinte procura-se ilustrar algumas atividades de diagnóstico que permitem recolher dados clínicos essenciais para os diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é entendido como um enunciado dum julgamento clínico sobre a resposta humana aos problemas de saúde reais ou potenciais, ou aos processos de vida, numa pessoa, família ou comunidade (16).

CLIENTE: Pessoa com dor e família	
Dados gerais	Idade, sexo, profissão, estado civil, etc.
Avaliar a dor	Como dói, onde dói, quanto tempo dói, se progride, se é contínua/intermitente, quais as sensações associadas, ...
Avaliar consciencialização	Como entende as mudanças, quais as mudanças que antevê - limitações físicas, na atividade laboral, na interação com os outros, necessidade de ajuda de outros,...
Avaliar crenças	Face à dor, face ao tratamento/medicação, face à autoeficácia percebida,...
Avaliar o efeito da dor nas AVD	O que a dor impede de realizar, se dói em repouso/movimento,...
Avaliar fatores de alívio/agravamento	Atividades que aumentam/diminuem a dor,...
Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Gerir atividade/repouso, aplicar frio/calor, ...
Avaliar habilidades para usar estratégias de alívio da dor	Massagem, distração,...
Avaliar capacidade para gerir regime terapêutico	Como gere o regime terapêutico, nível de conhecimento acerca do regime terapêutico, ...
Avaliar resposta à medicação/tratamento	Nível de dor, efeitos da medicação/tratamento,...
Avaliar apoio da família	Quem ajuda, quando ajuda, em que ajuda, qual a perceção sobre o suporte recebido,...

Figura 16. Exemplos de atividades de diagnóstico na área da dor

O processo de recolha de dados é uma etapa essencial do processo de cuidados. O rigor com que as atividades de diagnóstico são implementadas garantem a recolha de dados clínicos de qualidade e, conseqüentemente, diagnósticos de enfermagem precisos. A interpretação e a valorização dos dados permitem identificar o diagnóstico, que pode ter como dados relevantes quer os dados clínicos recolhidos como outros diagnósticos (Figura 17).

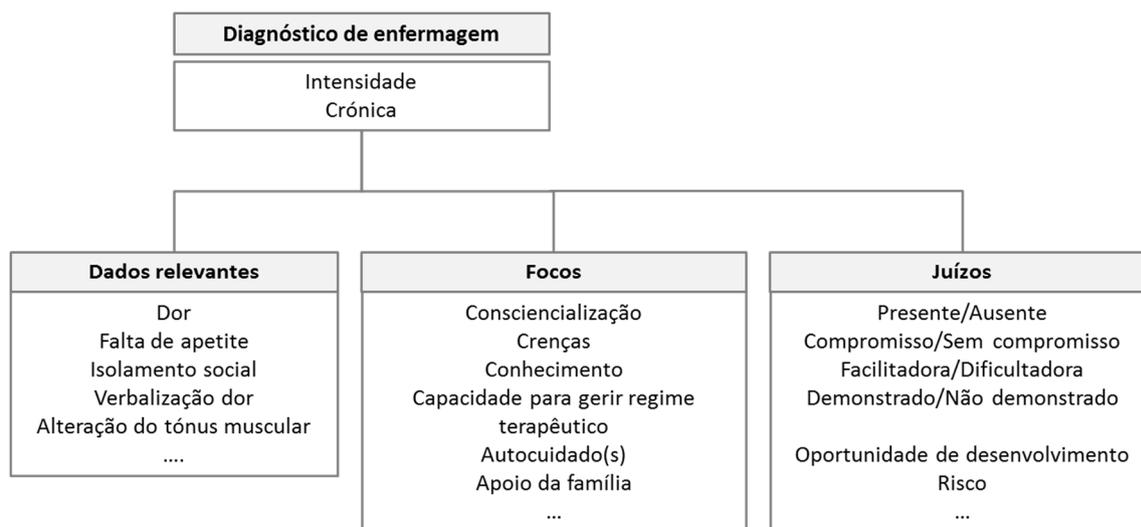


Figura 17. Estrutura categorial representativa de diagnósticos de enfermagem centrados na pessoa com dor (adaptado de Heimar e colaboradores (164)).

De acordo com Meleis (165) o processo diagnóstico pode ser considerado, em si mesmo, uma terapêutica de enfermagem. De facto, de acordo com aquela autora, as terapêuticas de enfermagem englobam todas as acções intencionalmente implementadas para cuidar dos clientes, abrangendo o conteúdo, tanto das intervenções, como os objetivos de enfermagem. Assim, ao facilitar a expressão de como tem sido viver com a sua dor, estimula-se a reflexão sobre a situação.

A partir dos diagnósticos identificados é possível determinar um plano de cuidados individual para aquele cliente e sua família. O facto do enfermeiro possuir formação avançada nesta área permite-lhe mais facilmente oferecer um leque de terapêuticas promotoras do controlo da dor.

A implementação das intervenções envolve a avaliação da sua eficácia, isto é, comparar o impacto da intervenção nos diagnósticos de enfermagem iniciais. A análise da efetividade das intervenções deve ser realizada tomando por referência os critérios de resultado negociados com o cliente e/ou família. Assumindo que cada cliente possui um

plano terapêutico próprio, também a avaliação da efetividade das intervenções terá um *timing* definido caso a caso.

Estes princípios estão em conformidade com o conceito de transição. De facto, a integração de novos conhecimentos e novas habilidades, de modo a encontrar um novo equilíbrio de ser e de estar, exige tempo. Assim, a avaliação do decorrer da transição pode ser obtido por avaliações periódicas em torno do controlo da dor, da satisfação com o controlo da dor e da efetividade das estratégias de *coping* usadas.

A mestria será atingida com o tempo através de, por ex. ganhos em conhecimento sobre a dor, ganhos em conhecimentos sobre as estratégias de alívio da dor que funcionam em si, ganhos em habilidades para executar massagem.

A definição de indicadores é essencial para monitorizar a efetividade do programa. Esta necessidade foi expressa pelos peritos, referindo que importa identificar indicadores centrados na organização. Durante a discussão foram apresentados como exemplos de indicadores centrados na organização: internamentos por dor não controlada, consumo de medicamentos, recurso a consultas não programadas e adesão às consultas/tratamentos; e como exemplos de indicadores clínicos: o nível percebido de dor e capacidade para o autocuidado.

A documentação do processo de cuidados é um requisito essencial para garantir a continuidade e a avaliação dos cuidados. De facto, também as áreas relacionadas com o registo e o processamento de dados são fundamentais. É indispensável que essa comunicação seja constante, compreensível, partilhando informação, com documentação detalhada dos aspetos clínicos (caraterísticas da dor, forma como a pessoa vivencia a SUA dor, terapêuticas planeadas/efetuadas e resultados obtidos com as mesmas). Para isso, os enfermeiros necessitam de sistematizar o processo de documentação de enfermagem e usar uma linguagem classificada.

A documentação das pessoas com dor crónica, quer as que usufruam de acompanhamento diferenciado no âmbito da dor, quer as que foram identificadas com dor crónica mas que não revelam critérios de inclusão definidos para acederem aos cuidados diferenciados é essencial para conhecer esta realidade. De facto, importa *“patrocinar um estudo visto numa perspetiva mais próxima e ver qual a dimensão das pessoas com dor crónica que, numa perspetiva de enfermagem, têm um nível de controlo da dor e um nível de limitação nas suas capacidades de desempenho devido à dor”* (P1). A sistematização da documentação destes achados clínicos, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, nutre do ponto de vista epidemiológico, a identificação de dados com potencial de fundamentar a tomada de decisão política.

A documentação dos cuidados deverá tomar por referência a CIPE®. Esta é uma classificação de Enfermagem em uso nos contextos dos cuidados, integrada nos sistemas de informação informáticos. É uma terminologia partilhada para expressar os elementos da prática de enfermagem (o que fazem os enfermeiros, relacionado com que necessidades humanas ou condições dos clientes, para produzir certos resultados) permite descrições da prática de enfermagem de tal modo que facilita comparar as práticas entre cenários clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempo. Uma terminologia partilhada também identificará a contribuição particular dos enfermeiros na equipa de cuidados de saúde multidisciplinar e diferenciará as práticas dos enfermeiros peritos e de outros prestadores de cuidados de saúde (16).

O desafio atual é, com recurso à CIPE®, integrar as atividades de diagnóstico e os padrões de dados clínicos que podem ser recolhidos e os diagnósticos que lhes estão associados. Importa ainda sistematizar as intervenções de enfermagem e as atividades que as concretizam. Podendo existir um padrão de cuidados (catálogo), em cada contexto de cuidados deverá ser especificado o respetivo padrão de documentação.

5. CONCLUSÕES

Nesta conclusão dá-se particular ênfase aos contributos que a tese pode ter no delinear de novas formas de acompanhar as pessoas nesta área de cuidados, às implicações para a prática dos cuidados, para a investigação e para o ensino mais avançado nesta área da dor.

Salientamos que a promoção do controlo da dor é recomendada como uma norma de boa prática clínica dos enfermeiros (88), cujo resultado é fundamental para a vivência deste processo com bem-estar e qualidade de vida. No entanto, através da divulgação do estudo da prevalência em Portugal (1; 29) constata-se a elevada prevalência da dor na população adulta em Portugal, com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano.

Um dos resultados significativos deste percurso de investigação é a identificação do nível de severidade e de interferência da dor na vida da pessoa (níveis médios de dor e interferência da dor nas atividades de vida - moderados; em que cerca de 79% dos participantes apresentavam dor moderada a severa. Realçamos que estes dados se reportam a pessoas com dor crónica que estavam a ser assistidos numa UDC e portanto com um acompanhamento profissional especializado.

O presente estudo veio reforçar a ideia de que existem grupos de pessoas mais vulneráveis entre as pessoas que vivem com dor crónica. De facto, constatamos que a perceção de severidade da dor e a interferência da dor nas atividades de vida é superior nas mulheres, nos mais idosos, naqueles que não apresentam atividade laboral ativa no momento (por reforma, atestado ou desemprego) e têm baixo nível de escolaridade. Estas pessoas apresentam ainda, na sua maioria, regimes terapêuticos complexos para o controlo da dor associadas a um conjunto de tratamentos da doença subjacente, sendo que a maior percentagem (73,5%) de pessoas que recorre à consulta de dor crónica apresenta dor músculo-esquelética.

É um facto que muitas pessoas vivem com dor durante muito tempo. A vivência do processo de transição saúde/doença que pode ocorrer nesta situação sucede frequentemente num período de tempo longo (duração média da dor de 7 anos) ou muito longo (duração máxima 38 anos). Este prolongamento da dor no tempo vai proporcionando uma consciencialização gradual quanto à cronicidade da situação, principalmente relacionada com as mudanças que vão ocorrendo no dia-a-dia.

A dor muda a vida, as pessoas e as suas circunstâncias. Das mudanças decorrentes deste processo de viver com dor são exemplos, as mudanças no trabalho, na atividade em geral, nomeadamente deixar de fazer o que habitualmente faziam, gastar mais tempo na execução de tarefas simples do dia-a-dia e o passar a depender de outros para a realização destas atividades, acrescidas de alterações na disposição e portanto na interação com os outros, no padrão de sono, entre outras.

Os resultados evidenciaram que a interferência que a dor tem na vida das pessoas depende da sua severidade/intensidade, duração, mas também com o número de terapias efetuadas; por isso, tratar ou controlar a dor é, de facto, um passo importante.

Para se adaptarem às situações adversas causadas pela dor crónica as pessoas utilizam estratégias de *coping* diversas. Verifica-se, contudo, que as pessoas com dor utilizam poucas estratégias para lidar com a sua dor, embora as estratégias de *coping* que utilizam sejam maioritariamente ativas. A utilização de determinado tipo de estratégias difere de pessoa para pessoa: as mulheres procuram suporte na religião; os viúvos utilizam menos a catarse; os que têm maior nível de escolaridade procuram mais informação, ao contrário dos mais velhos; e, quanto mais terapias as pessoas estiverem a usar maior a perceção de autocontrolo mental. Por sua vez, a autoafirmação, enquanto estratégia de *coping*, correlaciona-se negativa e significativamente com a interferência da dor na vida da pessoa.

Também a perceção de autoeficácia é influenciada por variáveis sociodemográficas como o estado civil e variáveis de condição como a severidade da dor e interferência da dor nas AVD. Quanto maior a severidade da dor e a interferência desta nas AVD, menos as pessoas se sentem capazes de realizar as atividades diárias e de controlar outros sintomas associados à dor crónica.

A dor afeta a qualidade de vida, sendo essa influência negativa, superior nas mulheres. Apresentam melhores resultados face à dimensão da qualidade de vida *vitalidade*, os separados ou divorciados relativamente aos casados ou em união de facto, percebendo-se assim a influência de outras transições. De facto, a severidade da dor afeta

negativamente a qualidade de vida das pessoas com dor crónica, em todas as suas dimensões, com exceção da vitalidade e desempenho emocional; e, quanto maior interferência da dor nas AVD menor a percepção da qualidade de vida em todas as suas dimensões.

Este estudo permite-nos concluir que a vivência da transição é influenciada por fatores que tendem a favorecer ou dificultar a vivência de uma transição saudável. Os participantes evidenciaram que a vivência da dor crónica sofre influência das crenças pessoais, dos significados atribuídos à situação de dor e da atitude da pessoa face à dor. Também o baixo estatuto socioeconómico constitui um fator que pode condicionar a forma como a pessoa vive com a sua dor crónica. Manter-se informado sobre a situação e as estratégias de alívio da dor podem ser indicadores de uma melhor preparação para lidar com a dor.

As mudanças ocorridas neste processo de viver com dor crónica levam à necessidade sentida de apoio, que é solicitado a vários níveis: família, amigos e profissional. O suporte familiar ou de pessoas significativas neste contexto, não se restringe somente ao apoio emocional, muitas vezes referenciado pelos participantes, mas a sua utilidade é demonstrada também na gestão da doença e do regime terapêutico complexo e no apoio necessário na dependência a que muitos ficaram sujeitos. Incluir a família/pessoa significativa no plano terapêutico emerge assim como uma necessidade. Outro aspeto é a necessidade de identificar outros recursos da comunidade que apoiem as diferentes áreas afetadas destas pessoas.

O recurso a uma equipa multiprofissional para controlar a dor crónica é muitas vezes imprescindível. Os enfermeiros, enquanto elementos desta equipa multidisciplinar podem assumir um papel relevante no contexto da equipa e oferecer cuidados para o controlo da dor, através de um leque de terapêuticas. Dos discursos das pessoas com dor crónica, emergiu um certo desconhecimento do papel que os enfermeiros podem desempenhar enquanto recurso nesta área de cuidados.

As pessoas com dor crónica estão em diferentes contextos de cuidados (casa, CS, hospital, lares), mas foi na comunidade que encontramos um maior número de pessoas com dor crónica. No percurso de investigação, foram identificados alguns aspetos que caracterizam as respostas das organizações face às necessidades em cuidados destas pessoas e a inexistência de programas específicos nesta área. No entanto, foi verificado que os profissionais da saúde que lidam com estas pessoas, nomeadamente os enfermeiros, reconhecem a necessidade de mudança, quer dos contextos, referindo-se à necessidade de mais recursos disponíveis, quer da necessidade de melhorar a conceção

de cuidados, para adequarem de forma mais eficaz as estratégias terapêuticas. Para este último aspeto emerge como uma necessidade a formação avançada na área da dor.

Os serviços disponibilizados nos diferentes contextos são condicionados pelas estruturas existentes (possibilitando ou não intervenções mais especializadas), pelos locais de prestação de cuidados (ambulatório, internamento ou domicílio), pelos recursos humanos (número e qualidade dos profissionais) e recursos materiais disponíveis. Emergiu igualmente a necessidade da continuidade dos cuidados para um acompanhamento mais próximo, visando uma gestão mais eficaz de regimes terapêuticos complexos e maximização da adesão terapêutica.

Para uma melhor articulação é necessário a existência de fluxos de informação que clarifiquem a situação real das pessoas com dor crónica e o conjunto de terapêuticas instituídas pelos diferentes elementos da equipa de saúde nos diferentes contextos dos cuidados. Este aspeto é crucial para a prestação de cuidados de qualidade.

No percurso de investigação recorreremos a um grupo de discussão que impulsionou o desenvolvimento dos aspetos estruturantes para um modelo de acompanhamento das pessoas com dor crónica.

O modelo de cuidados de enfermagem deve caracterizar-se por: focalizar a atenção na pessoa com dor crónica e família; orientar para serviços clínicos específicos que acompanhem a pessoa com dor e sua família, com tónica nos CSP; integrar a gestão de casos, suportada pelo enfermeiro; desenvolver o processo de cuidados, como produto da interação cliente/família-enfermeiro; promover uma gestão eficaz do “fluxo” das pessoas com dor; gerir eficazmente os recursos humanos e materiais; melhorar os fluxos de informação de forma a facilitar e melhorar o processo de continuidade de cuidados; facilitar aos profissionais de saúde o acesso e a partilha de informação de qualidade no momento e no ponto de prestação de cuidados; e, possuir uma abordagem multiprofissional integrada, ao longo do *continuum* dos cuidados.

O modelo de acompanhamento de enfermagem assenta em três elementos estruturantes: as políticas de saúde, a organização dos cuidados e o processo de cuidados.

Relativamente às políticas de saúde, através da análise da legislação no âmbito da dor, confirmou-se a importância atribuída atualmente a esta problemática. A dor crónica é considerada um problema major na população portuguesa. A falta de informação dos profissionais de saúde e da população em geral para esta problemática também ficou

desocultada, assim como a sua repercussão na implementação das medidas necessárias para o controlo do problema.

As pessoas com dor crónica encontram-se em qualquer contexto. Assim, os cuidados são prestados tanto ao nível dos CSP como ao nível dos cuidados diferenciados. No entanto, ficou claro neste percurso de investigação que o enfermeiro de família constitui-se como o elemento-chave para a identificação e o encaminhamento para cuidados de enfermagem na área da dor. Estes cuidados de enfermagem serão prestados por enfermeiros, constituindo-se como gestores de caso. Os critérios de referenciação para este tipo de cuidados são: ter dor crónica com mais de três meses de evolução, apresentar níveis de intensidade e interferência da dor na vida diária moderada a intensa, apresentar compromisso na gestão do regime terapêutico e ter falta de apoio social.

Dada a influência que determinadas características pessoais têm no processo de viver com dor crónica, estas tem que ser tidas em consideração no momento de avaliação da pessoa, podendo desta forma identificar-se grupos mais vulneráveis. Neste modelo, a família é um princípio elementar sendo fundamental promover o seu envolvimento no processo de cuidados.

O modelo de cuidados de enfermagem no acompanhamento da pessoa com dor crónica deverá ter em atenção que as transições estão associadas a mudanças que ocorrem ou podem ocorrer na pessoa, resultantes deste processo de viver com dor. Por este motivo, é fundamental que o enfermeiro tenha em consideração as condições que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as suas consequências. No presente modelo dá-se ênfase às etapas do processo de cuidados, referindo-se a etapa do processo diagnóstico como uma etapa basilar, permitindo recolher dados clínicos essenciais para os diagnósticos de enfermagem e para a determinação de um plano de cuidados individual para aquele cliente e sua família. Na proposta do modelo que resultou do percurso de investigação realizado, emerge a necessidade de uma formação avançada na área da dor para estes enfermeiros que permitirá oferecer um leque de terapêuticas mais alargadas promotoras do controlo da dor. A avaliação dos resultados obtidos e o registo sistemático de todo o processo de cuidados é um requisito essencial para garantir a continuidade dos cuidados.

Deste percurso resultou o reconhecimento do caminho que ainda está por fazer nesta área da dor crónica. O recurso à CIPE®, como ferramenta para representar conteúdos clínicos de enfermagem nos sistemas de informação e a integração dos diferentes

elementos do processo de cuidados nesta área da dor crónica emerge como uma mais-valia na elaboração de um padrão de cuidados.

O estudo apresenta limitações, desde logo pelos critérios de seleção dos participantes, nomeadamente as pessoas com dor crónica. A primeira parte do estudo junto das pessoas com dor crónica foi exclusivamente centrado em pessoas que são acompanhadas em unidades de dor crónica, não integrando logo à-priori as pessoas que, vivendo com este tipo de dor, nunca foram referenciadas, ou não tiveram oportunidade de aceder a uma destas unidades.

O número de contactos do grupo de discussão ficou restrito a três momentos. Ficou constatado o imenso trabalho que há a fazer nesta área dos cuidados à pessoa com dor crónica, tais como: a emergência do catálogo de cuidados nesta área, a discussão sobre o refinamento dos dados clínicos relevantes para a identificação dos possíveis diagnósticos de enfermagem relacionados com a situação de dor crónica, a questão das terapêuticas de enfermagem que emergem nesta área e ainda dos indicadores possíveis. Este é um trabalho que emerge desta área em desenvolvimento.

Como resultado final deste processo com o grupo de discussão apresenta-se um modelo concebido tendo alguns aspetos estruturantes que permitem desenvolver uma nova perspetiva de intervenção dos enfermeiros.

É nossa opinião que este estudo tem relevância para a prática de enfermagem, pelo que, além da sua divulgação, pretendemos continuar a investigação nesta área e influenciar a prática clínica através do ensino graduado e pós-graduado.

Pensamos ser desejável a sua operacionalização em novos projetos e, eventualmente, em parceria com instituições de saúde na reestruturação dos processos, alicerçados no *modelo de acompanhamento de enfermagem das pessoas com dor crónica*.

Em síntese consideramos que este estudo apresenta um contributo para que seja possível a identificação de pessoas mais vulneráveis permitindo aos enfermeiros antecipar algumas dificuldades na vivência da transição saúde/doença, potenciar alguns fatores que podem influenciar positivamente este processo e planear um acompanhamento com diferentes níveis de intensidade e intencionalidades face às características individuais de cada uma das pessoas com dor crónica.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Azevedo, Luís, et al. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. No 8 (Aug.) de 2012, Vol. 13, pp. 773-778.
2. Kralik, Debbie. 'Moving on': the transition to living well with chronic illness. 3 s.l. : Way Ahead, 2006. Vol. 10, pp. 4-8.
3. Kralik, Van Loon e Telford. Transition in chronic illness: understanding transition. Nov. de 2005. Booklet 11. RDNS Research Unit.
4. Kralik, Debbie e Telford, Kerry. *Transition in Chronic Illness: Pain*. Booklet 7. s.l. : RDNS Research Unit., 2005.
5. Cook, Harold e Pietruszewski, Pam. *Process Improvement Report: Chronic Pain - Patient Focus Group Report*. s.l. : Institute for Clinical Systems Improvement, 2005.
6. Hasenbring, M., Hallner, D. e Klasen, B. Psychological mechanisms in the transition from acute to chronic pain: over- or underrated? *Schmerz*. 15, Dec de 2001, Vol. 6, pp. 442-447.
7. Söderberg e Lundman. Transitions experienced by women with fibromyalgia. *Health Care for Women International*. 22, 2001, pp. 617-631.
8. AETMIS, Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé. *Management of chronic (non-cancer) pain: organization of health services (AETMIS 06-04)*. Montréal: : AETMIS, 2006. pp. 15-85.
9. Meleis, Afaf e Trangenstein, Patricia. Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. Nov./Dec. de 1994, pp. 255-259.
10. Meleis, Afaf. *Theoretical Nursing Developing & Progress*. 4ª Edição. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
11. Paiva e Silva, Abel. "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, Jan/Abr de 2007, Vols. 1-2, pp. 11-20.
12. Toombs, Barnard e Carson. *Chronic illness. From experience to policy*. Bloomington and Indianapolis : Indiana University Press, 1995.

13. Rabiais, Sara, Nogueira, Paulo e Falcão, José. A dor na população portuguesa: alguns aspetos epidemiológicos. *Revista DOR*. 12, 2004, Vol. 2.
14. Ospina, Maria e Harstall, Christa. *Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain: Evidence from Systematic Reviews. HTA 30: Series A Health Technology Assessment*. Canada : Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2003. p. 56p. Jan. 2003. ISBN 1-896956-74-2.
15. Ribeiro, Ana e Cardoso, Alexandrina. Dor: um Foco da Prática dos Enfermeiros. *Revista Dor*. 1, 2007, Vol. 15, pp. 6-15.
16. ICN. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2006.
17. Lazarus e Folkman. *Stress, appraisal and coping*. Nueva York : Springer, 1984.
18. Kerr et al. Patient characteristics and quality of life among a sample of Australian chronic pain clinic. *Internal Medicine Journal*. 2004, Vol. 34, pp. 403-409.
19. OE. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa : OE, 2002.
20. Sales, Cibele, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Rev Bras Cancerol*. :3, 2001, Vol. 47, pp. 263-272.
21. Lamé, et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*. Feb. de 2005, Vol. 9, 1, pp. 15-24.
22. Widar, Ahlstrom e EK. Health-related quality of life in persons with long-term pain after a stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2004, Vol. 13, pp. 497-505.
23. DGS. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *CIRCULAR NORMATIVA n.º 9/DGCG*. Lisboa : DGS, 2003. p. 4 p.
24. DGS, Portugal. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Lisboa : DGS, 2001.
25. —. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa : DGS, 2008.
26. OE, Ordem dos Enfermeiros. DOR: Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros - Junho de 2008 *Cadernos OE*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2008. Vol. 1, p. 55. 978-972-99646-9-5.
27. ICN. *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*. Geneva : ICN, 2008.

28. Cox, C. Legal responsibility and accountability. *Nursing Management*. 17, 3,, 2010, pp. 18-20.
29. Castro-Lopes, José, et al. *Pain Proposal - A Dor Crónica em Portugal*. 2010.
30. Azevedo, Luís Filipe et al. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Revista Dor*. 4, 2007, Vol. 15, p. 57p.
31. Metzger C, et al. *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures : Lusociência, 2002.
32. JCI. *Approaches to Pain Management: Na essential Guide for Clinical Leaders*. 2ª edição. . EUA : Joint Commission Resources, Inc (JCR), 2010.
33. Widerström-Noga, E.G. Pain: A multidimensional problem of national priority. *J Rehabil Res Dev*. (1), 2009, Vol. 46, pp. vii-ix.
34. Cadden, K.A. Better pain management. *Nurs Manage*. Aug. de 2007, Vol. 38, pp. 30-35.
35. IASP. IASP Taxonomy. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm-Pain>. [Online] 8 de May de 2011.
36. McCaffery, Margo e Beebe, Alexandra. *Dolor: Manual clínico para la práctica de enfermería*. Barcelona : Salvat Editores, 1992.
37. Tegeder, I. e Lotsch, J. Current evidence for a modulation of low back pain by human genetic variants. *J Cell Mol Med*. 2009, Vol. 13, pp. 1605-1619.
38. Edwards, R. R. Genetic predictors of acute and chronic pain. *Current Rheumatology Reports*. 2006, Vol. 8, pp. 411-417.
39. Larner, Douglas. Chronic Pain Transition: A Concept Analysis. *Pain Management Nursing*. 15, set de 2014, Vol. 3, pp. 707-717.
40. Turk, D. C. e Wilson, H. D. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: Conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain & Headache Reports*. 14 , 2010, Vol. (2), pp. 88-95.
41. Cedraschi, C. e Allaz, A. How to identify patients with a poor prognosis in daily clinical practice. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 19, 2005, pp. 577-591.
42. Turk, D. C. e Okifuji, A. Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70, 2002, pp. 678-690.

43. **DGS, Portugal. Ministério da Saúde.** Circular Normativa nº 15/2010. 2010-12-14. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. 2010.
44. **IASP.** Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain Suppl.* S1-S226, 1986, Vol. 3.
45. **DGS.** Plano Nacional de Controlo da Dor . s.l. : DGS, 2008.
46. **Gurcay, Eda, et al.** Acute low back pain: Clinical course and prognostic factors. *Disability and Rehabilitation.* 31, 2009, pp. 840-845.
47. **Shaw, W. S., et al.** Psychiatric disorders and risk of transition to chronicity in men with first onset low back pain. *Pain Medicine.* 2010, Vol. 11, pp. 1391-1400.
48. **Ramond, A., et al.** Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care-a systematic review. *Family Practice.* 28, 2011, Vol. (1), pp. 12-21.
49. **Grotle, M., Vollestad, N. K. e Brox, J. I.** Clinical course and impact of fear-avoidance beliefs in low back pain: Prospective cohort study of acute and chronic low back pain: II. *Spine (Phila Pa 1976).* 31, 2006, pp. 1038-1046.
50. **Lavand'homme, Patricia.** The progression from acute to chronic pain. *Current Opinion in Anaesthesiology.* 24, 2011, pp. 545-550.
51. **McGreevy, K., Bottros, M. M. e Raja, S. N.** Preventing chronic pain following acute pain: Risk factors, preventive strategies, and their efficacy. *European Journal of Pain Supplements.* 2011, Vol. 5, pp. 365-372.
52. **Perkins, F. e Kehlet, H.** Chronic pain as an outcome for surgery. *Anaesthesiology.* 2000, Vol. 93, pp. 1123-1133.
53. **Apkarian, A., Baliki, M. e Geha, P.** Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology.* 87, 2009, Vol. (2), pp. 81-97.
54. **Sabato, Alessandro Fabrizio.** Idiopathic Breakthrough Pain. *Clinical Drug Investigation.* 2010, Vol. 30, pp. 27-29.
56. **Breivik, et al.** Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2005, Vol. 10, pp. 287-333.
57. **Ospina, Maria e Harstall, Christa.** *Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain: Evidence from Systematic Reviews.* HTA 30: Series A Health Technology Assessment. Canada : Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2003. p. 6.
58. **Almeida, A. e Leite-Almeida, H.** Como é que as emoções controlam a dor? *Ser Saúde.* 2006, Vol. 1, pp. 64-78.

59. Grunnenthal, Fundação. A abordagem bio-social da dor crónica. A dor como doença. *Documentos de apoio*. Amadora : Fundação Grunnenthal, 2010.
60. Alon, Eli. Chronic Pain: A Disease in its Own Right. *Newsletter*. 2012.
61. Minson, Fabiola, et al. *II Consenso Nacional de Dr Oncologica*. São Paulo : EPM - Editora de Projetos, 2011.
62. BH., McCarberg e R., Billington. Consequences of neuropathic pain: quality-of-life issues and associated costs. 2006, Vols. 12 (Suppl 9):S263-8.
63. Dias, Sofia. Dor crónica: uma ameaça à qualidade de vida da Pessoa Idosa? . *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal : s.n., 2010.
64. Bidarra, Andrea. *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Lisboa : s.n., 2010. Tese de Mestrado apresentada no âmbito do Curso de Curso de Mestrado em Ciências da Dor.
65. Turk, et al. Developing patient-reported outcome measures for pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 125, 12 de 2006, Vol. 3, pp. 208-215.
66. Dobkin, Patricia L. e Boothroyd, Lucy J. Organizing Health Services for Patients with Chronic Pain: When There Is a Will There Is a Way. *PAIN MEDICINE*. 2007.
67. EFIC. <http://www.efic.org/index.asp?sub=B47GFCF5J4H43I>. [Online] 2013.
68. Gouveia, Miguel e Augusto, Margarida. Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2, 2011, Vol. 29 , pp. 100-107.
69. Conway, Jane e Higgins, Isabel. *Literature review: Models of care for pain management. Final Report*. 2011. October.
70. Case Management Society of America. <http://www.cmsa.org/>. [Online] 2011. [Citação: 29 de junho de 2011.]
71. Kathol, Rogers, Perez, Rebecca e Cohen, Janice. *The Integrated Case Management Manual. Assisting complex patients regain physical and mental health*. New York : Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0633-9.
72. Turk, D.C. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain*. 6, 2002, Vol. 5, pp. 353-355.
73. Saturno, Pedro J. e Soriano, Francisco López. *Indicadores de buenas prácticas Sobre manejo del dolor - Informe final resumido*. Plataforma SinDOLOR. 2012.

74. IASP, International Association for Study of Pain. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de poucos recursos*. Seattle : Andreas Kopf e Nilesh B. Patel, 2010.
75. DGS, Portugal. Ministério da Saúde. *Ganhos em Saúde em Portugal - Ponto da situação - Relatório do Diretor-Geral e Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa : DGS, 2002.
76. —. Circular Normativa nº 09/DGCG. 2003-06-14. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. 2003.
77. DGS, Portugal. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas 2004-2010*. Lisboa : DGS, 2004.
78. Caseiro, José Manuel. *Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas*. 3ª Edição s.l. : Caseiro, Dr. José Manuel, 2008.
79. DGS, Portugal. Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 14/2010. 2010-12-14. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 2010.
80. OBSERVDOR, Centro Nacional de Observação em Dor. *Relatório do Centro Nacional de Observação em Dor - Inquérito sobre as condições hospitalares existentes para o tratamento da: dor crónica, dor aguda pós-operatória, dor do parto. Relatório Final*. 2010.
81. Sousa, Paulino. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista Enfermagem*. Especial - 70 anos, 2009, Vol. 22, pp. 884-94.
82. World Health Organization. *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. Geneva: Switzerland : World Health Organization, 2008.
83. UMCC, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. *Apostar na melhoria continua da qualidade*. *Revista A rede*. Nov. de 2011. Vol. 2, p. 20.
84. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Indicadores de desempenho na Unidade de Cuidados da Comunidade*. Mar de 2010. http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/indicadores_daucc_vf.pdf.
85. UMCCI. *Proposta de Revisão do Plano Nacional de Cuidados Paliativos*. s.l. : PROPOSTA DE REVISÃO, Mai. de 2010.
86. —. *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 - 2013 do SNS Portugal*. Lisboa : s.n., Dez. de 2010.
87. Carpenito-Moyet, Lynda Juall. *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª. Porto : Porto Editora, 2011.

88. OE. DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros - Junho de 2008 *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 2008. Vol. 1, p. 55. 978-972-99646-9-5.
89. Ribeiro, Ana e Santos, Célia. Coping e dor cronica. *Revista Servir*. 3 e 4, Mai-Ago de 2008, Vol. 56, pp. 99-111.
90. NPC e APS. Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. 2005.
91. Briggs, E. Assessment and expression of pain. *Art e Science Pain series:2. Nursing Standart*. 2010, Vol. 25, pp. 35-38.
92. Leão, E. e Mendonça, S. Indicadores de Gerenciamento da Dor em Adultos. [autor do livro] Leão et al. *Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão*. São Paulo : Yendis, 2008, p. 301.
93. IASP. Assess the person, not just the pain. *PAIN: Clinical Updates*. 1993, Vol. 1, pp. 1-8.
94. MacIntyre et al. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. [ed.] Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Melbourne : s.n., 2010. ISBN: 978-0-977517-4-4-2.
95. Teixeira, M. J. e Yeng, I. T. Avaliação da Dor. [autor do livro] M. J. Teixeira. *Dor: Manual para o Clínico*. S. Paulo : Atheneu, 2007, p. 584 p. ISBN: 8573798505 9788573798500.
96. Guarda, H. Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não comunicante Verbalmente - Escala Doloplus 2. *Dor*. 2007, Vol. 15.
97. Batalha, L., Santos, A. e Guimarães, H. Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2005,, Vol. 36, pp. 201-207.
98. OE, Ordem dos Enfermeiros. *Conselho de Enfermagem - Padrões de Qualidade*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001.
99. Castillo-Bueno, M.D., et al. Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*. 2010, Vol. 8 (28), pp. 1112-1168.
100. Munn, Z. Review Summaries: Castillo-Bueno, M.D.; Moreno-Pina, J.P.; Martinez-Puente, M.V.; Artiles-Suarez, M.M.; Company-Sancho, M.C.; Garcia-Andres (2010) et al. Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic rev. *Journal of Advanced Nursing*. 2011, Vol. 67 (4), pp. 722-727.

101. **Pereira, Isabel Maria Gomes.** *A dor no Exercício Profissional do Enfermeiro, num Serviço de Urgência: processo de tomada de decisão, fatores inibidores e estratégias de melhoria.* Escola Superior de Enfermagem do Porto . Porto : s.n., 2011. Tese de Mestrado apresentada à ESEP no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
102. **Leão, E. R. e Mendonça, S. H. F.** Indicadores de Gerenciamento da Dor em Adultos. *Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão.* São Paulo : Yendis, 2008, p. 301 p.
103. **Polit, Denise F. e Beck, Cheryl Tatano.** *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* 7ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2011.
104. **Sousa, Paulino.** *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo.* Coimbra : Formasau - Formação e Saúde, Lda, 2006.
105. **Pereira, Filipe.** *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.* Porto : s.n., 2007. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao ICBAS Porto.
106. **Fortin, Marie-Fabienne.** *O processo de investigação: da concepção à realização.* Loures : Lusociência, 2000. pp. 249-256.
107. **Pimenta, C., Koizumi, M. e Teixeira, M.** Dor crónica e depressão: estudo em 92 doentes. *Rev. Esc. Enf. USP.* 1, mar de 2000, Vol. 34, pp. 76-83.
108. **Pestana, M.H. e Gageiro, J.N.** *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS®.* 3ªed. Lisboa : Sílabo, Lda., 2005.
109. **Polit, D. e Hungler, B.** *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 3ª. Porto Alegre : Artes Gráficas, 1995.
110. **Fife-Schaw, C.** Levels of Measurement. [autor do livro] GM Breakwell, et al. [ed.] GM Breakwell, et al. *Research Methods in Psychology.* London : Sage, 2006.
111. **Matos, M., et al.** Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research.* 2009, Vol. 19, pp. 68-80.
112. **Pestana, M. H. e Gageiro, J. N.** *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS®.* 2ªed. Lisboa : Edições Sílabo, 2000.

113. Cleeland, Charles S. *The Brief Pain Inventory: User guide*. Texas : Charles S. Cleeland, 2009.
114. Cleeland, CS e Ryan, KM. Pain Assessment: Global Use of the Brief pain Inventory. *Ann Acad Med*. 23, Mar de 1994, Vol. 2, pp. 129-138.
115. Cleeland, CS, et al. Pain and Treatment of Pain in Minority Patients with Cancer. *Ann Internal Med*. 127, Nov. de 1997, Vol. 9, pp. 813-816.
116. THE UNIVERSITY OF TEXAS (M. D. ANDERSON CANCER CENTER). Symptom assessment tools. Brief Pain Inventory (BPI). 2007.
117. JCAHO e NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL. Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. s.l. : Patricia H. Berry, et al, 2001.
118. Emery, Marie-Pierre, Perrier, Laure-Lou e Acquadro, Catherine. Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database (PROQOLID): Frequently asked questions. *Health and Quality of Life Outcomes*. 3, 2005, Vol. 12.
119. Correia, L, et al. Tradução e adaptação cultural de três instrumentos psicométricos para avaliação da dor. *Livro de resumos do Congresso Multidisciplinar de dor*. 2006.
120. Soriano, J. e Monsalve, V. CAD: Questionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista Sociedad Española del Dolor*. 9 de 2002, pp. 13-22.
121. —. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Sociedad Española Del Dolor*. Oct./Nov. de 2004, Vol. 11:7, pp. 407-414.
122. Vale Lima, Jorge. *Tradução e validação do “Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R)” na pessoa com dor crónica*. Universidade Católica Portuguesa. Porto : s.n., 2008. Tese de Mestrado em Enfermagem.
123. Soucase, B., Monsalve, V. e Soriano, J. F. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista Sociedad Española del Dolor*. 2005, Vol. 12, pp. 8-16.
124. Salvetti, Marina De Góes e Pimenta, Cibele Andruccioli de Mattos. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev. Psiq. Clín*. 32, 2005, Vol. 4, pp. 202-210.
125. Anderson, K.O. [et al.]. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*. 63, Oct de 1995, Vol. 1, pp. 77-84.

126. **Ferreira, P.** Adaptação cultural e linguística. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. *Revista Acta Médica Portuguesa*. 2000a, Vol. 13, pp. 55-66.
127. —. Testes de validação. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. *Revista Acta Médica Portuguesa*. 2000b, Vol. 13, pp. 119-127.
128. **Ghiglione, Rodolphe e Matalon, Benjamin.** *O inquérito: teoria e prática*. 4ª ed. Oeiras : Celta Editora, 2001. p. 336 p.
129. **Bardin, Laurence.** *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70, Lda, 2009.
130. **Silverman, D.** Analysis talk and text. [autor do livro] N. Denzin e Y.S.(orgs.) Lincoln. *Handbook of qualitative research*. London : Sage Publications Inc, 2001, pp. 821-834.
131. **Minayo, M.C.S.** *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo : Hucitec, 2007.
132. **Odena, Oscar.** Using Specialist Software for Qualitative Data Analysis. Education on line. [Online] 2007. [Citação: 20 de maio de 2008.] <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/165945.htm>.
133. **Richards, Lyn.** Teach-yourself NVivo 7: the introductory tutorials. [Online] 2006. [Citação: 20 de jan. de 2007.] www.lynrichards.org.
134. **Lichtman, Marilyn.** Review note to Patricia Bazeley & Lyn Richards. *Forum Qualitative Social Research [On-line Journal]*. 2001.
135. **Meleis, Afaf, et al.** Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*. 23, 2000, Vol. 3, pp. 12-28.
136. **OE.** *Conselho de Enfermagem - Padrões de Qualidade*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001.
137. **Meleis, Afaf e Trangenstein, Patricia.** Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. Nov./Dec. de 1994, pp. 255-259.
138. **Dochterman, Joanne e Bulechek, Gloria.** *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2008.
139. **Canaval, Gladys, et al.** La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*. Abr. de 2007, pp. 8-24.
140. **Strauss, Anselm e Corbin, Juliet.** *Pesquisa qualitativa - Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2. Porto Alegre : Artemed , 2008.

141. Pimenta, CAM e Cruz, DALM. Crenças em dor crónica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006, Vol. 40 (3), pp. 365-373.
142. ICN. Informed Patients. Position Statement. <http://www.icn.ch/psinfopatiens03.htm>. [Online] 2007. [Citação: 10 de Março de 2007.]
143. Vaughn, Sharon, Schumm, Jeanne e Sinagub, Jane. *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. California : Sage Publications, 1986.
144. Ressel, L. B., Gualda, D. M. R. e Gonzalez, R., M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. *International Journal of Qualitative Methods*. 1, 2002, Vol. (2). article 5. On line <http://www.ualberta.ca/~ijqm>, em 22-05-03 .
145. Webb, C. e Kevern, J. Focus groups as a research method: a critique of some. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, Vol. 33 (6), pp. 798-805.
146. Kitzinger, J. The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health*. 1, 1994, Vol. 16, pp. 103-121.
147. Pais-Ribeiro, José Luís. *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª. Porto : Livpsi, 2010.
148. Morgan, D. L. The Focus Group Guidebook. [autor do livro] D. L. Morgan e R. A. Krueger. *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. California : Sage, 1998, Vol. 1.
149. Nogueira-Martins, M. e Bogus, C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 3, 2004, Vol. 13, pp. 44-57.
150. Lewis, M. *Focus group interviews in qualitative research: a review of the literature* . [On line: <http://casino.cchs.usyd.edu.au/arrow//reader/rlewis.htm>, em 23-07-2002] 1998. Action Research Electronic Reader .
151. Silva, João e Assis, Silvana. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 1, 2010, Vol. 10, pp. 146-152.
152. Gatti, B. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília : Líber Livro Editora, 2005.

153. **Krueger, R. e King, J.** Involving Community Members in Focus Groups. [autor do livro] D. Morgan e R. Krueger. *Focus groups Kit*. California : Sage, 1998, Vol. Vol. 5.
154. **Fathalla, Mahmoud F.** *A Practical Guide for Health Researchers*. WHO Regional Publications Eastern Mediterranean Series 30. Cairo : World Health Organization, 2004. ISBN 92-9021-363-9.
155. **Gibbs, A.** *Social Research Update 19: Focus Group Issue nineteen; Social Research Update*. Guildford, England : Departement of Sociology University of Surrey, 1997. On line: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU19.html>, em 20-05-2003.
156. **Krueger, R.** Moderating Focus Groups. [autor do livro] D. Morgan e R. Krueger. *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California : Sage, 1998 b, Vol. 4.
157. **Strauss, Anselm e Corbin, Juliet.** *Pesquisa qualitativa - Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª. Porto Alegre : Artemed, 2008.
158. **DGS.** Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa : DGS, 2001. p. 60 p. ISBN 972 9425 95 7.
159. —. - Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Orientação da DGS. Nº15/2010 de14/12/2010. Lisboa : DGS, 2010. p. 17 p.
160. —. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa : DGS, 2012.
161. **Portugal - Lei de Bases da Saúde. DR - Lei nº 27/2002, de 8 de Nov.** In <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>. [Online] 2002.
162. **IASP.** IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/Curricula/Nursing/default.htm>. [Online] 2013.
163. **Silva, Maria Antónia Taveira da Cruz Paiva e.** *Intenções dominantes nas conceções de enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. 2011. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem.
164. **Marin, H, Peres, H e Sasso, G.** Categorical structure analysis of ISO 18104 standard in nursing documentation. *Acta Paul Enferm.* 26, 2013, Vol. 3, pp. 299-306.
165. **Meleis, Afaf.** *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York : Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

166. Polit, Denise, Beck, C. e Hungler, B. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª. Porto Alegre : Artmed, 2006.
167. OBSERVDOR, Centro Nacional de Observação em Dor. *Inquérito sobre as condições hospitalares para o tratamento da: Dor crónica, Dor aguda pós-operatória, Dor do parto*. 2010.
168. Marconi, M. e Lakatos, E. M. *Técnicas de pesquisa*. 4ª ed. . São Paulo : Editora Atlas, 1999.
169. Portugal. Despacho n.º 10280/2008 de 11 de Março. Comparticipação de medicamentos opióides, dor crónica não oncológica. *Publicado no Diário da Republica n.º 69 de 8 de Abril de 2008*. 2008.
170. Hughes, RG. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. s.l. : AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. Vol. 1, (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation).
171. Fernandes, Ananda. Enfermagem e Dor. *Revista Dor*. 1, 2007, Vol. 15, p. 5.
172. Folhas, Graça, et al. Massagem e Relaxamento Para Alívio da Dor Oncológica: Projeto «Bem-estar». *Revista DOR*. 1, 2007, Vol. 15, pp. 37-40.
173. Wells, Nancy, Pasero, Chris e McCaffery, Margo. Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. [autor do livro] Ronda Hughes. [ed.] Ronda Hughes. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD : AHRQ Publication, 2008, pp. 469-497.
174. Kumar, Neeta. *WHO Normative Guidelines on Pain Management: Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO*. Geneva : WHO, 2007. p. 50 p.
175. McCaffery, M. e Beebe, A. *Dolor, Manual Clínico para la Prática de Enfermería*. Barcelona : Salvat, 1992.
176. Oware-Gyekye, F. Pain Mangement: The Role of Nurse. *West African Journal of Nursing*. May de 2008, Vol. 19, pp. 50-54.
177. Craig, J. V. e Smyth, R. L. *Prática Baseada na Evidência: Manual Para Enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2004. p. 301 p. ISBN: 972-8383-61-4.
178. Mcewen, M. e Wills, E. M. *Bases Teóricas Para a Enfermagem*. 2ª Edição. São Paulo : Artmed, 2007. p. 563 p. ISBN: 978-0-7817-6283-0.

179. **Loiselle, C., [et al.].** *Canadian Essentials of Nursing Research*. Philadelphia : The Point, 2010. p. 501 p. ISBN: 9781605477299160547729.
180. **Gerrish, K. e Lacey, A.** *The Reasearch Process in Nursing*. Sixth Edition . s.l. : Wiley- Blackwell, 2010. p. 568 p. ISBN: 978-1-4051-9048-0.
181. **OE. REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.** [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf] 2011.
182. **Carpenito-Moyet, Juall Lynda.** *Nursing Care Plans and Documentation*. EUA : Lippincott Williams Wilkins, 2009.
183. **Dellaroza, Mara, Pimenta, Cibebe e Matsuo, Tiemi.** Prevalência e caracterização da dor crónica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*. (5), mai de 2007, Vol. 23, pp. 1151-1160.
184. **Harstall, C. e Ospina, M.** How Prevalent Is Chronic Pain? *Pain Clinical Updates*. 2, june de 2003, Vol. XI, pp. 1-4.
185. **Ritto, Cristina, et al.** *Manual de Dor Crónica*. Lisboa : IPOLisboa, 2012.
186. **Bodenheimer, Thomas.** Interventions to Improve Chronic Illness Care: Evaluating Their Effectiveness. *Disease Management*. 2003, Vols. 6, N°2, pp. 63-71.
187. **Powell, Richard, et al.** Pain Histoy and Pain Assessment. [autor do livro] IASP. *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*. Seatle : Andreas Kopf and Nilesh B. Patel, 2010.
188. **ICN.** *Framework of competencies for the nurse specialist*. Geneva : ICN, 2009.
189. **WA Health Networks.** *Model of Care: Overview and Guidelines*. s.l. : WA Governement: Department of Helth, 2007.
190. **RNAO, Registered Nurses Association of Ontario.** Assessment and Management of Pain. Toronto, Canada : Registered Nurses Association of Ontario, 2002. Revised 2007 (Supplement Enclosed).
191. **Lynch ME, Campbell FA, Clark AJ, Dunbar M, Goldstein D, Peng P, Stinson J, Tupper H.** A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*. 2008, Vol. 136, pp. 97-116.
192. —. Waiting for treatment for chronic pain: a survey of existing benchmarks: towards establishing evidence based benchmarks for acceptable waiting times. *Pain Res Manage*. 2007, Vol. 12, pp. 245-248.

193. **IASP, International Association for the Study of Pain.** Task Force on Wait-Times. [ed.] IASP Council. 2013.
194. **Sapeta, Paula.** Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos. *Revista Dor.* 1, 2007, Vol. 15, pp. 17-21.
195. **Wong, WS e Fielding, R.** Prevalence and characteristics of chronic pain in the general population of Hong Kong. *J Pain.* 2011, Vol. 12, pp. 236-245.
196. **Johannes, CB, et al.** The prevalence of chronic pain in United States adults: Results of an internet-based survey. *J Pain.* 2010, Vol. 11, pp. 1230-1239.
197. **Eriksen, J, et al.** Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain.* 2003, pp. 221-228.
198. **Yu, HY, et al.** Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Manag Nurs.* 2006, Vol. 7, pp. 2-11.
199. **Rustoen, T, et al.** Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain.* 2004, Vol. 8, pp. 555-565.
200. **Blyth, FM, et al.** Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain.* 2001, Vol. 89, pp. 127-134.
201. **Catala, E, et al.** Prevalence of pain in the Spanish population: Telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain.* 2002, Vol. 6, pp. 133-140.
202. **LeResche, L.** Epidemiologic perspectives on sex differences in pain. . [autor do livro] R. (Ed.) Fillingim. *Sex, Gender and Pain.* Seattle : IASP Press, Seattle, 2000, pp. 233-249.
203. **Jones, C.** *The relationship between health status, life satisfaction, and humor as a coping mechanism among noninstitutionalized older adults.* The Florida State University. Florida : s.n., 2010. Doctoral dissertation. Recuperado em 19 janeiro de 2012 de http://etd.lib.fsu.edu/theses/available/etd-04012010-122959/unrestricted/Jones_C_Dissertation_2010.pdf.
204. **Dunn, K. e Horgas, A. - Religious and Nonreligious Coping in Older Adults Experiencing Chronic Pain.** *Pain Manag Nurs.* (1), 2004, Vol. 5, pp. 19-28.
205. **Salveti, Marina, et al.** Autoeficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crónica. *Rev. Psiq. Clín.* (3), 2007, Vol. 34, pp. 111-117.

206. Krein, Sarah, et al. Overcoming the Influence of Chronic Pain on Older Patients' Difficulty With Recommended Self-Management Activities. *The Gerontologist*. 1, 2007, Vol. 47, pp. 61-68.
207. Nicholas, Michael. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*. 2007, Vol. 11, pp. 153-163 .
208. Bandura, A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*. 2, 2004, Vol. 31, pp. 143-164.
209. Bernardes, Sonia e Lima, Maria. A contextual approach on sex-related biases in pain judgements: The moderator effects of evidence of pathology and patients' distress cues on nurses' judgements of chronic low-back pain. *Psychology and Health*. December de 2011, Vol. 26, pp. 1642-1658.
210. Amendoeira, José. Cuidado de enfermagem da intenção à ação. O que pensam os estudantes? *Revista nursing*. jul-ago de 2000.
211. Portugal. Despacho n.º 10279/2008 de 11 de Março. Comparticipação de medicamentos opióides na dor oncológica moderada a forte. *Publicado no Diário da Republica n.º 69 de 8 de Abril de 2008 - 2.ª Série*. 2008 b.
212. Gröne e Garcia-Barbero. *Trends in integrated care: reflections on conceptual issues*. World Health Organization. Copenhagen : s.n., 2002.
213. IASP. Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain Suppl* . 3, 1986, Vols. S1-S226.
214. Basto, M. *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa : Rei dos Livros, 1998.
215. UMCCI. *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. 2007.
216. Elliott, A, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 354, 1999, pp. 1248-1252.
217. Pereira, Filipe. *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. 2007. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências B.

218. Akbas, M. e Öztunç, G. Examination of Knowledge About and Nursing Interventions for the Care of Patients in Pain of Nurses Who Work at Çukurova University Medical Faculty Balcali Hospital. *Pain Management Nursing*. Sep. de 2008, Vol. 9, pp. 88-95.
219. Azevedo et al., Luís Filipe. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. 15, 2007, Vol. 4.
220. Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, JL e Jensen, M. Interferência da Dor na Vida Diária: Validação de uma versão Portuguesa da Escala de Interferência da Dor do Brief Pain Inventory. <http://www.agir.pt>. [Online] 2009. Comunicação apresentada no âmbito do V Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade. Disponível em <http://www.agir.pt>.
221. Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, JL. e Jensen, M. Influência do sexo no coping com a dor em pessoas com dor crónica musculoesquelética. [Online] 2010.
222. OBSERVDOR, Centro Nacional de Observação em Dor. *Inquérito sobre as condições hospitalares existentes para o tratamento da: Dor crónica, Dor aguda pós-operatória, Dor do parto*. Nov. 2010.
223. RNCCI. *Rede Nacional de Cuidados Continuados - Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. 2007.
224. Santos, Emanuel Francisco Morgado dos. *Dor crónica dos mais velhos: Adaptação de instrumentos de avaliação da dor e papel do enfermeiro*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa : s.n., 2007. Dissertação do Curso de Mestrado em Psicogerontologia.
225. Ketele e Roegiers. *Metodologia de recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa : Instituto Piaget, 1999.
226. Martins, Carla. *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga : Psiquilibrios, 2011.
227. ICSI, Institute For Clinical Systems Improvement. *Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain*. Fifth Edition Nov. s.l. : ICSI, 2011. p. 112 p.

228. **ICSI, Institute for Clinical Systems Improvement.** Assessment and management of chronic pain. Bloomington (MN) : Institute for Clinical Systems Improvement, Nov. de 2011. p. 112 p.
229. **Im, Eun-Ok e Meleis, Afaf.** Situation-Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach. 22, Dec. de 1999, Vol. 2, pp. 11-24.
230. **Davidson, Patricia, et al.** Beyond the Rhetoric: What do we mean by a “Model of care”? *Australian Journal of Advanced Nursing.* 3, 2006, Vol. 23, pp. 47-55.
231. **Chesterton, L., et al.** Gender differences in pressure pain threshold in healthy humans. *Pain.* 2003, Vol. 101, pp. 259-266.
232. **Berkley, K., et al.** Pain: sex/gender differences. [autor do livro] A. Pfaff, et al. *Hormones, Brain and Behavior.* London : Academic Press, 2002, Vol. 5, pp. 409-442.
233. **Chick e Meleis.** Transitions: a nursing concern. [autor do livro] P. L., ed. CHINN. *Nursing research methodology: issues and implantation.* Gaithersburg : MD: Aspen, 1986.

7. ANEXOS

Anexo 1. Pedido de autorização ao conselho de administração/comissão de ética da ULS

Anexo 2. Consentimento informado solicitado aos participantes no estudo

Anexo 3. Consentimento para utilização dos instrumentos de recolha de dados

Anexo 4. Questionário sociodemográfico e clínico

Anexo 5. Inventário resumido da dor - BPI(pt)

Anexo 6. Questionário de *coping* face à dor crónica - CAD-R(pt)

Anexo 7. Escala de autoeficácia face à dor crónica - EAEDC(pt)

Anexo 8. Questionário de qualidade de vida - SF36 v2(pt)

Anexo 9. Inventário resumido da dor - BPI(pt) - análise da consistência interna

Anexo 10. Correlação entre severidade e interferência da dor com a idade e com quem vive

Anexo 11. Severidade e interferência da dor em função do estado civil

Anexo 12. Severidade e interferência da dor em função dos graus de ensino

Anexo 13. Severidade da dor e a interferência da dor em função da profissão

Anexo 14. Análise dos componentes principais do questionário de *coping* face à dor crónica

Anexo 15. Correlação entre as subescalas do CAD-R(pt)

Anexo 16. Estratégias de *coping* em função do sexo

Anexo 17. Estratégias de *coping* em função do estado civil

Anexo 18. Estratégias de *coping* em função da profissão

Anexo 19. Correlação entre as estratégias de *coping* com as variáveis clínicas

Anexo 20. Análise dos componentes principais da EAEDC(pt), valores próprios e específicos (eigenvalue), variância e consistência interna de cada fator

Anexo 21. Correlação entre as subescalas da EAEDC(pt)

Anexo 22. Correlação entre as subescalas da EAEDC(pt) e o BPI(pt)

Anexo 23. Autoeficácia face à dor crónica em função do sexo

Anexo 24. Autoeficácia face à dor crónica em função do estado civil

Anexo 25. Autoeficácia face à dor crónica em função dos graus de ensino

Anexo 26. Autoeficácia face à dor crónica em função da profissão

Anexo 27. Correlação entre as subescalas do CAD-R(pt) e as subescalas da EAEDC(pt)

Anexo 28. Análise das diferenças entre as dimensões da qualidade de vida em função dos graus de ensino

Anexo 29. Análise das diferenças entre as dimensões da qualidade de vida em função da profissão

Anexo 30. Guião da entrevista a efetuar às pessoas com dor crónica

Anexo 31. Carta dirigida aos profissionais de saúde - “informantes-chave”

Anexo 32. Pedido/autorização para recolha de informação junto dos profissionais de saúde

Anexo 33. Carta convite aos participantes no grupo de discussão

Anexo 34. Tópicos para grupo de discussão

Anexo 35. Análise de dados qualitativos - grupo de discussão

Anexo 1. Pedido de autorização ao conselho de administração/comissão de ética da ULS

Ex.^{mo} Sr.
Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da investigação

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, coordenadora do trabalho de investigação na área: “A pessoa com dor crónica – acompanhamento de enfermagem”, que se pretende desenvolver na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), nomeadamente no contexto dos Centros de Saúde e Hospitalar, vem por este meio solicitar a V^a Ex^a, autorização para a recolha de dados, no âmbito desta investigação.

Este percurso de investigação insere-se no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, e tem como orientador o Prof. Doutor Paulino Sousa.

Em anexo apresentamos a explicitação do processo de recolha de dados, assim como os instrumentos a utilizar em cada uma das fases, no capítulo da metodologia do projecto de investigação.

Agradecendo desde já toda a disponibilidade para a análise do pedido solicitado, com os melhores cumprimentos,

Porto, 1 de Abril de 2008

Ana Leonor Alves Ribeiro



ULSM 26/05/08 1880 SAIDA

À
Escola Superior de Enfermagem do Porto
A/C Exma. Sra. Profª Ana Leonor Alves Ribeiro
Rua Dr. António Bernardino Almeida
4200-072 Porto

V/ Ref.ª

V/ Comunicação
01/04/2008

N/ Ref.ª
CA/CMC

Assunto: Pedido de autorização para a realização do projecto de investigação: “ A pessoa com dor crónica – acompanhamento de enfermagem.”

Na sequência da carta de V. Exa., referente ao assunto mencionado em epígrafe, e em conformidade com o despacho do Sr. Enfermeiro Director, de 20 de Maio de 2008, informa-se que o estudo se encontra autorizado nos termos definidos pela Comissão Ética o qual se transcreve:

“ Foi decidido nada a opor à realização do estudo.”

Com os melhores cumprimentos,

A Directora do Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental



(Maria de Lurdes Andrade)

Anexo 2. Consentimento informado solicitado aos participantes no estudo

No sentido de assegurar o consentimento informado dos participantes, foi solicitado aos intervenientes a sua disponibilidade em participar e incluído um conjunto de informações sobre o estudo - que garantem a decisão informada - e garantias de respeito pelos aspetos éticos (Anexo 2). Foi explicado todo o processo de recolha de dados, posterior análise e publicitação dos resultados. A explicação foi dada ao participante para que possuísse toda a informação necessária para a tomada de decisão. Informar sobre o estudo, implica dar informações apropriadas, assegurando que os potenciais participantes compreendem a informação e têm possibilidade de livre escolha - participar voluntariamente (166). Sempre que necessário foi possível parar a entrevista ou marcar um novo contacto (nomeadamente na próxima consulta), o que aconteceu, algumas vezes, no decurso do presente estudo. Cada participante forneceu o seu consentimento informado ao investigador, antes de iniciar a respetiva entrevista.

Foram clarificados os benefícios e prejuízos da participação no estudo e o facto de que não se preverem prejuízos para os participantes. Foi dada garantia que a qualidade da assistência não seria afetada pelo facto de participar, ou não, no estudo. Ou seja, foi enfatizado o carácter voluntário da participação, podendo os participantes mudar a sua decisão em qualquer momento do estudo. Foi assegurado a dignidade dos participantes e o respeito.

Foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, recorrendo à atribuição de códigos de identificação. Na realização da entrevista foi utilizada a gravação áudio, autorizada pelos intervenientes, procedendo-se à destruição das gravações após a sua transcrição.

Ainda na primeira fase do estudo, no sentido de caracterizar a organização dos cuidados de saúde na dor crónica, foram efetuadas entrevistas a profissionais de saúde que decorreram, umas face-a-face e que foram gravadas e posteriormente transcritas; em outras, os dados foram obtidos através da resposta às questões da entrevista, por escrito fazendo recurso ao correio eletrónico (email). Nesta fase tivemos em consideração o consentimento informado, a confidencialidade da informação e os benefícios pela participação. Foram solicitadas as devidas autorizações para a realização das entrevistas sempre que necessário.

Considerando todo o processo de investigação, tivemos em atenção os pressupostos éticos relativos à investigação e prestados todos os esclarecimentos aos participantes deste estudo.

Estudo: A pessoa com dor crónica - para um modelo de acompanhamento de enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

MORADA

TELEFONE

Eu, abaixo assinado, concordo em participar no estudo que me foi proposto, disponibilizando-me para uma entrevista e para o preenchimento dos questionários aplicados no âmbito desta investigação.

A entrevista será realizada por uma enfermeira da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora deste estudo, devidamente identificada e terá lugar num local a combinar com a pessoa com dor crónica.

Data ___/___/___

O doente _____

O enfermeiro _____

Anexo 3. Consentimento para a utilização dos instrumentos de recolha de dados

Página Web 1 de 2

De: Luís Filipe R Azevedo <lazevedo@med.up.pt>
Assunto: Re: BPI-pedido de autorização
Data: Seg, Julho 14, 2008 3:10 pm
Para: "Ana Leonor" <ana@esenf.pt>

Cara Ana,

Temos, evidentemente, todo o gosto em poder disponibilizar a versão portuguesa do BPI para utilização no âmbito da sua investigação. Junto envio cópias dos dois formatos disponíveis da versão portuguesa do BPI. Por enquanto, poderá citar a referência abaixo, futuramente, teremos disponível a publicação relativamente ao artigo específico sobre a validação da versão portuguesa do BPI.

Azevedo LF, Costa-Pereira A, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, Patto T, Vaz-Serra S, Abrunhosa R, Carvalho CJ, Cativo MC, Correia D, Correia J, Coucelo G, Craveiro Lopes B, Loureiro MC, Silva, B e Castro-Lopes JM.. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica.. Dor 2008; 15 (4): 6-56.

Muito atentamente,

Luís Azevedo.

At 19:43 07-07-2008, you wrote:

>Caro Luís Azevedo

>

>Neste momento estou a realizar uma investigação, no âmbito do Doutoramento
>em Enfermagem da UCP, intitulada
>"A pessoa com dor crónica - um modelo de acompanhamento de enfermagem".
>A investigação decorrerá em duas fases, numa delas pretendemos:
>conhecer quais as estratégias utilizadas pela pessoa para lidar com a dor
>crónica, a percepção da pessoa sobre a auto-eficácia e a percepção da
>pessoa sobre a sua qualidade de vida, assim como a interferência da dor
>nas actividades de vida da pessoa.

>No sentido de dar resposta aos objectivos apresentados serão utilizados os
>seguintes questionários: O questionário de coping face à dor crónica
>CAD-R (versão portuguesa); a Escala de Auto-eficácia para a dor crónica
>"Chronic Pain Self-Efficacy Scale" e o Questionário da Qualidade de Vida
>SF-36 v2, assim como o Breve Inventário da Dor (BPI).

>Gostaria de saber se me é autorizada a utilização do BPI - versão
>portuguesa e se é possível obter uma cópia do referido instrumento.

>Obrigado desde já

>

>--

>Ana Leonor Alves Ribeiro - Professora Coordenadora
>Escola Superior de Enfermagem do Porto - Pólo São João
>Rua Dr. António Bernardino de Almeida
>4200-072 Porto
>Ext: 163
>Tel: +351225073500
>Fax: +351225096337
>EMAIL: ana@esenf.pt

Luís Filipe Ribeiro de Azevedo
Serviço de Bioestatística e Informática Médica
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Al. Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

E-mail: <<mailto:lazevedo@med.up.pt>>lazevedo@med.up.pt
<http://sbim.med.up.pt>
Tel.: +351.22.5513622; Fax: +351.22.5513623

http://webmail.esenf.pt/src/printer_friendly_bottom.php?passed_ent_id=0&mailbox=I... 15-07-2008

De: "Cleeland,Charles" <cleeeland@mdanderson.org>
Assunto: RE: Brief Pain Inventory
Data: Ter, Maio 17, 2011 16:15
Para: "Ana Leonor" <ana@esenf.pt>

You have our permission to use the BPI as you describe. Good luck with your study.

Charles S. Cleeland, PhD
McCullough Professor of Cancer Research
Chair, Department of Symptom Research
Division of Internal Medicine
U.T. M.D. Anderson Cancer Center, Unit 1450
1400 Pressler
Houston, Texas 77030
713:745-3470

From: Ana Leonor [mailto:ana@esenf.pt]
Sent: Tuesday, May 17, 2011 9:10 AM
To: Cleeland,Charles
Subject: Brief Pain Inventory

Dear Professor Charles Cleeland

About the BPI (Brief Pain Inventory) that you are the author, I know that it was translated to Portuguese version by the group:

Luís Filipe Ribeiro de Azevedo
Serviço de Bioestatística e Informática Médica
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Al. Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

I have got the permission from Luís Azevedo's group to use Portuguese version, and I have the results of their research.
As I am doing a doctoral study about people with chronic pain and pretend to use it, I would like to ask your permission to use your scale translated into Portuguese version.

Yours faithfully

Ana Leonor Ribeiro

--

Ana Leonor Alves Ribeiro - Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. Antonio Bernardino de
Almeida
4200-072 Porto
TM: +351 916684366

EMAIL:
ana@esenf.pt

Anexos

untitled-2
Tamanho 9.4 k
Hora: text/html

De: "Anderson,Karen" <koanderso@mdanderson.org>
Assunto: RE: Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSS)
Data: Ter, Maio 17, 2011 17:48
Para: "Ana Leonor" <ana@esenf.pt>

Dr. Ribeiro,

You have my permission to use the scale, as translated into Portuguese.

Good luck with your study!

Karen Anderson

From: Ana Leonor [mailto:ana@esenf.pt]
Sent: Tuesday, May 17, 2011 8:44 AM
To: Anderson,Karen
Subject: Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSS)

Dear Professor Karen O. Anderson, PhD, MPH

About the Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSS) that you are the first author, I know that it was translated to Portuguese/Brazilian version with your permission in 2005.

I have got the permission from Brazilian translators Marina Salvetti and Cibele Pimenta to use their version, and I have the results of their research. As I am doing a doctoral study about people with chronic pain, and I pretend to use it, I would like to ask your permission to use your scale translated into Portuguese version.

Yours faithfully

Ana Leonor Ribeiro

--

Ana Leonor Alves Ribeiro -
Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
TM: 916684366

EMAIL: ana@esenf.pt

Anexos

untitled-2
Tamanho 7.5 k
Hora: text/html

Jorge Luís Machado do Vale Lima

Mestre em Enfermagem
Enfermeiro Especialista na área de
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Email: jorge.valelima@gmail.com

Exma. Senhora Professora Coordenadora:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do questionário de coping face à dor crónica reduzido (CAD-R), no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos,
Jorge Luís Machado do Vale Lima

Vila Nova de Gaia, 17 de Maio de 2011

De: José Soriano Pastor <jose.f.soriano@uv.es>
Assunto: RE: Autorização para utilização da versão portuguesa d o CAD_R
Data: Sex, Maio 20, 2011 12:02
Para: "Ana Leonor" <ana@esenf.pt>

Por mi parte no hay problema, pero necesito saber en qué términos debo redactar la autorización o si con este email es suficiente.

Un cordial saludo

José Soriano

De: Ana Leonor [mailto:ana@esenf.pt]
Enviado el: jueves, 19 de mayo de 2011 20:23
Para: jose.f.soriano@uv.es
Asunto: Autorização para utilização da versão portuguesa d o CAD_R

Caro Prof. Doutor Jose Soriano

É do nosso conhecimento a vossa autorização para a tradução e validação do CAD-R (Cuestionario de afrontamiento al dolor cronico reduzido) para a população portuguesa por Jorge Vale Lima (2008).

Venho por este meio solicitar a autorização para a utilização do CAD-R (versão portuguesa) no ambito da investigação a ser desenvolvida no Doutoramento em Enfermagem da Universidade Catolica Portuguesa.

Agradeço desde já,

Ana Leonor Alves Ribeiro

--
Ana Leonor Alves Ribeiro -
Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
TM:
916684366
EMAIL: ana@esenf.pt

Anexos

untitled-2
Tamanho 4.1 k
Hora: text/html

Página Web 1 de 1

De: "Marina Salvetti" <mgsalveti@hotmail.com>
Assunto: Chronic-Pain Self-Efficacy Scale
Data: Sex, Julho 18, 2008 7:13 pm
Para: ana@esenf.pt
CC: "Cibele Pimenta" <parpca@usp.br>

Ana Leonor,
Fico contente com seu interesse em utilizar a Escala de auto-eficácia para dor crônica (AEDC) validada para a língua portuguesa. Você tem autorização para utilizar a escala sim.
Pedimos apenas que depois que você publicar os resultados do seu estudo nos encaminhe uma cópia.
Encaminho a escala e o método de cálculo do escore.
Qualquer dúvida entre em contato novamente.

Atenciosamente,

Marina de Góes Salvetti
Enfermeira, Mestre em Enfermagem na Saúde do AdultoDoutoranda da Escola de Enfermagem da USP Membro do Grupo de Pesquisa "Dor, controle de sintomas e cuidados paliativos"
11-9907-8667
11-4784-2032

Instale a Barra de Ferramentas com Desktop Search e ganhe EMOTICONS para o Messenger! É GRÁTIS!
<http://www.msn.com.br/emoticonpack>

Anexos

untitled-[1.2]
Tamanho: 1.1 k
Hora: text/html
Escala AEDC.doc
Tamanho: 119 k
Hora: application/msword
score.doc
Tamanho: 26 k
Hora: application/msword

http://webmail.esenf.pt/src/printer_friendly_bottom.php?passed_ent_id=0&mailbox=I... 01-08-2008

Anexo 4. Questionário sociodemográfico e clínico

Entrevista/ Inquérito nº _____ Data ___/___/___

Consulta 1ª Consulta de seguimento

Estudo de investigação:

A pessoa com dor crónica - um Modelo de acompanhamento de enfermagem -

Os inquéritos em seguida apresentados abordam questões relacionadas com a sua dor e o impacto que esta tem na sua vida. Este estudo tem como objectivo definir um modelo de intervenção de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com dor crónica.

Assim, a sua colaboração poderá contribuir para um melhor acompanhamento e tratamento da sua dor e, ao mesmo tempo, ajudar outras pessoas que em Portugal, tal como você, sofrem de dor. Todos os dados fornecidos são confidenciais e só serão usados para os objectivos deste estudo. Após o esclarecimento de todas as dúvidas sobre o trabalho e sobre os questionários utilizados, agradecemos que dê o seu consentimento explícito para a utilização destes dados no contexto deste estudo.

Dados demográficos e de saúde

Idade ____ anos. Sexo Feminino Masculino

Estado civil Solteiro Casado ou em união de facto Separado ou Divorciado Viúvo

Escolaridade Qual é o ano de escolaridade mais elevado que chegou a completar?

Escola primária/ 1º Ciclo do ensino básico	2º e 3º ciclos do ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior
<input type="checkbox"/> analfabeto	<input type="checkbox"/> 5º ano	<input type="checkbox"/> 9º ano	<input type="checkbox"/> Bacharelato
<input type="checkbox"/> 1º ano	<input type="checkbox"/> 6º ano	<input type="checkbox"/> 10º ano	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> 2º ano	<input type="checkbox"/> 7º ano	<input type="checkbox"/> 11º ano	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> 3º ano	<input type="checkbox"/> 8º ano	<input type="checkbox"/> 12º ano	<input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> 4º ano			

Actividade laboral: Neste momento, qual das seguintes possibilidades descreve melhor a sua situação laboral?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalhador por conta de outrem a tempo inteiro (ex. funcionários públicos, trabalhadores dependentes, etc.) | <input type="checkbox"/> Trabalhador por conta própria a tempo inteiro |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador a tempo parcial (part-time) | <input type="checkbox"/> Desempregado, com experiência laboral previa |
| <input type="checkbox"/> Desempregado, à procura do 1º emprego | <input type="checkbox"/> Doméstica |
| <input type="checkbox"/> Estudante | <input type="checkbox"/> Atestado médico/ baixa.
Se sim, à quanto tempo nos últimos meses _____ |
| <input type="checkbox"/> Reformado | |
| <input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____ | |

Profissão: _____ Religião/ Crença _____

Local de residência: _____ Com quem vive _____

Regime terapêutico prescrito _____

Adesão ao RT_ Sim Não Doenças / patologias associadas _____

Tipo de dor _____ Intensidade da dor (tipo de escala) _____

Há quanto tempo tem dor _____

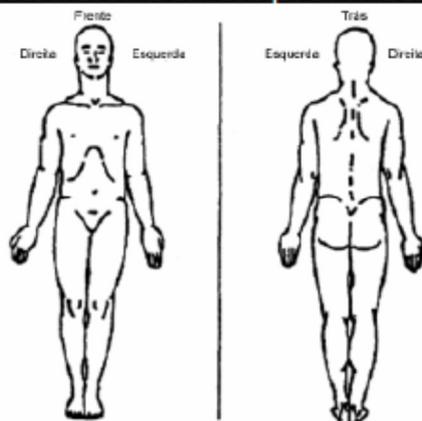
Satisfação com o controlo da dor (0-10) (0-nada satisfeito; 10-completamente satisfeito) _____

Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

Sim Não

2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu mínimo durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em média.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste preciso momento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio
alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

B Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

F Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

G Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

Anexo 6. Questionário de *coping* face à dor crónica - CAD-R(pt)

QUESTIONÁRIO DE COPING FACE À DOR – REDUZIDO (CAD-R)

© Soriano, J. y Monsalve, V. (2002)

Traduzido por Vale Lima, Jorge (2006)

Nesta folha encontrará uma série de frases relacionadas com o que faz quando tem dor. Deve **colocar uma cruz** no espaço mais adequado. **Não há respostas certas ou erradas**, simplesmente interessa-nos saber a sua opinião. **Por favor não deixe nenhuma pergunta sem resposta**. Muito obrigado.

ITEM	Nunca	Poucas Vezes	Nem muitas Nem poucas	Muitas Vezes	Sempre
1. Ignoro a dor pensando noutra coisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Falo com um profissional (médico, psicólogo, sacerdote, etc), sobre o problema para que me ajude a fazer-lhe frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Rezo para me curar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Procuo algum amigo que me compreenda e que ajude a sentir-me melhor com a dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Esqueço-me de tudo e concentro-me na minha dor tentando que desapareça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Quando tenho dor, não me rendo, luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Quando tenho dor penso noutra coisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Falo com alguém que pode fazer algo concreto sobre a minha dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Rezo para conseguir força e orientação sobre o problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Quando tenho dor digo aos outros o muito que me dói, pois partilhar os meus sentimentos ajuda a sentir-me melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Quando tenho dor, concentro-me nela e tento diminuí-la mentalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tento distrair-me para aguentar a dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tento recrear mentalmente uma paisagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tento que me expliquem o que posso fazer para diminuir a dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Utilizo a fé para aliviar as minhas dores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Quando tenho dor tento falar com alguém e conto-lhe o que me está a acontecer. Isto ajuda-me a suportá-la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Quando tenho dor concentro-me na sua localização e intensidade para tentar controlá-la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Digo a mim mesmo que tenho que ser forte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Quando tenho dor imagino situações agradáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Procuo algum amigo, familiar ou profissional para que me aconselhe como superar a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Rezo para que as minhas dores desapareçam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Falo com as pessoas sobre a minha dor, porque falar ajuda-me a sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Concentro-me no ponto que mais me dói tentando diminuir a dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Penso que hei-de ter forças e não desistir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 7. Escala de autoeficácia face à dor crónica - EAEDC(pt)

Escala de auto-eficácia para dor crónica (AEDC)

Auto-eficácia para controle da dor (AED)

Gostaríamos de saber de que maneira sua dor o/a afecta. Em cada pergunta faça um círculo no número que corresponde a quanta certeza a pessoa tem de poder realizar as tarefas mencionadas.

Quanta certeza tem de que:

	Muita incerteza		Moderada certeza					Muita certeza		
1. Pode diminuir um pouco sua dor?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. Pode continuar a realizar a maioria das suas actividades diárias?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Consegue impedir que a dor interfira com seu sono?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. Consegue promover uma redução pequena ou moderada na sua dor?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. Pode promover uma grande redução na sua dor?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Auto-eficácia para funcionalidade (AEF)

Gostaríamos de conhecer a sua autoconfiança para realizar algumas actividades diárias. Para cada pergunta, faça um círculo no número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas, sem ajuda de outras pessoas. Por favor considere aquilo que pode fazer no dia-a-dia, não actividades isoladas que exijam um esforço extraordinário.

Actualmente quanta certeza tem de que pode:

	Muita incerteza		Moderada certeza					Muita certeza		
1. Caminhar 800 metros em terreno plano?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Realizar um programa diário de exercícios em casa?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. Realizar os cuidados da casa?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. Fazer compras de supermercado ou de roupas?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6. Participar de actividades sociais?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7. Dedicar-se a passatempos ou actividades recreativas?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
8. Participar de actividades familiares?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crónica? (Para donas de casa, considerar as tarefas da casa como as tarefas de trabalho).	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Auto-eficácia para lidar com outros sintomas (AES)

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua capacidade de controlar sintomas físicos como a fadiga e a dor. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de que actualmente pode realizar as actividades ou tarefas mencionadas.

Quanta certeza você tem de que:

	Muita incerteza			Moderada certeza				Muita certeza		
1. Pode controlar sua fadiga?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. Pode regular sua actividade de forma a ficar activo sem piorar os sintomas físicos (por exemplo, fadiga, dor)?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crónicos como o seu, quanta certeza tem de que pode controlar sua dor durante suas actividades diárias?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. Pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6. Pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crónicos?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7. Pode lidar com dor leve ou moderada?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
8. Pode lidar com dor forte?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Anexo 8. Questionário de qualidade de vida - SF36 v2(pt)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
-------------	----------------	----------	---------------	------------

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5
-------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------	-----------------

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo 9. Inventário resumido da dor - BPI(pt) - análise da consistência interna

	Alpha de Cronbach	Alpha se Item eliminado	Correlação Item-Total
Severidade	,854		
3. ...dor no seu máximo durante a última semana.		,850	,612
4. ...dor no seu mínimo durante a última semana.		,866	,581
5. ...intensidade da sua dor em média.		,750	,884
6. ...intensidade da sua dor neste preciso momento.		,787	,757
Interferência	,831		
A- Atividade geral		,798	,644
B- Disposição		,797	,652
C- Capacidade para andar a pé		,823	,483
D- Trabalho normal		,791	,706
E- Relações com outras pessoas		,812	,553
F- Sono		,815	,535
G- Prazer de viver		,819	,519

Anexo 10. Correlação entre severidade e interferência da dor com a idade e com quem vive

Dimensões do BPI(pt)	Idade	Com quem vive (n° de pessoas)
Severidade	-,021	-,020
Interferência	-,049	-,020

Anexo 11. Severidade e interferência da dor em função do estado civil

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
BPI_Severidade	Between Groups	6,478	3	2,159	,556	,645
	Within Groups	439,097	113	3,886		
	Total	445,575	116			
BPI_Interferencia	Between Groups	21,660	3	7,220	1,397	,247
	Within Groups	584,016	113	5,168		
	Total	605,676	116			

Anexo 12. Severidade e interferência da dor em função dos graus de ensino

Graus de ensino					
Dimensões do BPI (pt)	Analfabeto	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	F (3,113)
	(n = 3)	(n = 84)	(n = 22)	(n = 8)	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Severidade da dor	3,75 (0,66)	5,51 (1,97)	5,02 (1,89)	5,50 (2,25)	1,06
Interferência da dor	3,71 (2,61)	5,62 (2,31)	5,51 (2,05)	5,32 (2,69)	0,69

Anexo 13. Severidade da dor e a interferência da dor em função da profissão

Profissão (CNP)										
Dimensões do BPI (pt)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	F (8,105)
	(n=3)	(n=6)	(n=14)	(n=10)	(n=35)	(n=2)	(n=22)	(n=5)	(n=17)	
	Média (DP)									
Severidade da dor	5,25 (0,87)	5,33 (2,53)	5,30 (2,52)	5,53 (1,03)	4,84 (2,07)	6,75 (0,35)	5,13 (1,98)	6,9 (1,82)	6,04 (1,52)	1,13
Interferência da dor	5,10 (3,30)	5,00 (2,39)	5,23 (2,63)	5,41 (2,02)	5,34 (2,43)	6,36 (0,91)	5,11 (2,25)	7,09 (0,88)	6,35 (2,13)	0,79

Legenda:

- | | |
|--|---|
| 1 - Quadros superiores | 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas |
| 2 - Especialistas das Profissões Intelectuais | 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares |
| 3 - Técnicos e Profissionais de nível intermédio | 8 - Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem |
| 4 - Pessoal administrativo e similares | 9 - Trabalhadores não qualificados |
| 5 - Pessoal dos Serviços e vendedores | |

Anexo 14. Análise dos componentes principais do questionário de *Coping* face à dor crónica

Itens	Religião	Catarse	Auto Controlo Mental	Procura de Informação	Auto Afirmação	Distração	h ²
21. Rezo para que as minhas dores desapareçam	,951						,932
3. Rezo para me curar	,942						,895
15. Utilizo a fé para aliviar as minhas dores	,933						,908
9. Rezo para conseguir força e orientação sobre o problema	,929						,894
10. Quando tenho dor digo aos outros o muito que me dói, pois partilhar os meus sentimentos ajuda a sentir-me melhor		,857					,759
22. Falo com as pessoas sobre a minha dor, porque falar ajuda-me a sentir melhor		,848					,775
16. Quando tenho dor tento falar com alguém e conto-lhe o que me está a acontecer. Isto ajuda-me a suportá-la		,821					,745
4. Procuro algum amigo que me compreenda e que ajude a sentir-me melhor com a dor		,743					,640
23. Concentro-me no ponto que mais me dói tentando diminuir a dor			,870				,835
17. Quando tenho dor concentro-me na sua localização e intensidade para tentar controlá-la			,860				,812
11. Quando tenho dor, concentro-me nela e tento diminuí-la mentalmente			,839				,778
5. Esqueço-me de tudo e concentro-me na minha dor tentando que desapareça			,658				,572
2. Falo com um profissional (médico, psicólogo, sacerdote, etc), sobre o problema para que me ajude a fazer-lhe frente				,792			,681
14. Tento que me expliquem o que posso fazer para diminuir a dor				,791			,715
8. Falo com alguém que pode fazer algo concreto sobre a minha dor		,313		,781			,713
20. Procuro algum amigo, familiar ou profissional para que me aconselhe como superar a situação		,454		,568			,576
18. Digo a mim mesmo que tenho que ser forte					,811		,704
24. Penso que hei-de ter forças e não desistir					,711		,560
6. Quando tenho dor, não me rendo, luto					,568		,381
12. Tento distrair-me para aguentar a dor					,518	,443	,466
7. Quando tenho dor penso noutra coisa						,839	,728
1. Ignoro a dor pensando noutra coisa						,824	,725
19. Quando tenho dor imagino situações agradáveis				,355	,423	,508	,610
13. Tento recrear mentalmente uma paisagem			,380	,415		,450	,579
Valores próprios e específicos (Eigenvalue)	5,64	3,33	2,96	2,39	1,49	1,16	
Variância (Total=70,76 %)	23,50%	13,88%	12,34%	9,97%	6,22%	4,86%	
Consistência Interna (Alpha de Cronbach) Total= 0,84	0,97	0,86	0,85	0,81	0,65	0,73	

Nota: Rotação pelo método Varimax; Itens com carga superior a 0,30.

Anexo 15. Correlação entre as subescalas do CAD-R(pt)

<i>r</i> (pearson)	Catarse	Autocontrolo Mental	Procura de Informação	Autoafirmação	Distração
Religião	0,167	,198*	,223*	0,049	0,145
Catarse		0,148	,437**	0,001	-0,021
Autocontrolo Mental			,278**	,193*	0,131
Procura de Informação				,188*	,218*
Autoafirmação					,517**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Anexo 16. Estratégias de *coping* da pessoa em função do sexo

Dimensões do CAD-R (pt)	Feminino (n = 88)		Masculino (n = 29)		<i>t</i> (115)
	Score Médio	(DP)	Score Médio	(DP)	
Autocontrolo Mental	2,11	1,05	2,26	1,16	-0,63
Religião	3,24	1,27	2,41	1,39	3,01**
Autoafirmação	3,83	0,76	4,06	0,60	-1,47
Procura de Informação	2,65	0,95	2,95	0,96	-1,47
Catarse	2,24	0,99	2,46	1,05	-1,02
Distração	2,42	1,01	2,32	0,83	0,5
Estratégias de <i>coping</i> ativas	2,75	0,62	2,90	0,61	-1,08
Estratégias de <i>coping</i> passivas	2,74	0,87	2,43	1,00	1,60

** $p < 0,01$

Anexo 17. Estratégias de *coping* da pessoa em função do estado civil

Dimensões do CAD-R (pt)	Estado civil				F (3,113)
	Solteiro	Casado ou em união de facto	Separado ou Divorciado	Viúvo	
	(n = 6) Média (DP)	(n = 90) Média (DP)	(n = 13) Média (DP)	(n = 8) Média (DP)	
Religião	2,96 (1,78)	3,09 (1,30)	3,12 (1,58)	2,38 (1,15)	0,71
Catarse	2,08 (0,88)	2,29 (1,01)	2,83 (1,06)	1,53 (0,31)	2,96*
Autocontrolo Mental	1,92 (1,25)	2,21 (1,09)	2,19 (0,95)	1,56 (0,94)	0,99
Procura de Informação	3,25 (1,07)	2,73 (0,93)	2,92 (1,05)	1,97 (0,67)	2,54
Autoafirmação	4,13 (0,67)	3,86 (0,72)	3,94 (0,88)	3,91 (0,68)	0,27
Distração	2,63 (1,01)	2,36 (0,94)	2,73 (1,28)	2,09 (0,60)	0,93
Estratégias de <i>coping</i> ativas	2,98 (0,57)	2,79 (0,59)	2,95 (0,85)	2,38 (0,44)	1,66
Estratégias de <i>coping</i> passivas	2,52 (0,93)	2,69 (0,90)	2,97 (0,96)	1,95 (0,53)	2,29

*p<0,05

Anexo 18. Estratégias de *coping* da pessoa em função da profissão

		Profissão (CNP)									
Dimensões do CAD-R (pt)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	F (8,105)
		(n=3)	(n=6)	(n=14)	(n=10)	(n=35)	(n=2)	(n=22)	(n=5)	(n=17)	
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Religião		2,33 (1,38)	2,63 (1,37)	3,14 (1,49)	3,55 (1,24)	2,99 (1,35)	4,00 (0,00)	2,74 (1,35)	1,70 (0,89)	3,69 (1,14)	1,86
Catarse		1,83 (1,23)	1,71 (0,73)	2,09 (0,82)	2,83 (1,18)	2,31 (1,00)	2,63 (1,24)	2,33 (1,07)	2,5 (0,71)	2,16 (1,05)	0,85
Autocontrolo Mental		2,75 (0,25)	2,67 (1,24)	2,25 (0,98)	2,03 (1,23)	1,87 (0,92)	1,13 (0,18)	1,97 (0,96)	2,3 (1,65)	2,51 (1,16)	1,24
Procura de Informação		2,75 (0,90)	3,5 (0,94)	2,95 (0,84)	3,08 (0,83)	2,57 (0,95)	2,5 (0,0)	2,34 (0,77)	3,2 (0,57)	2,63 (1,25)	1,58
Autoafirmação		3,75 (0,43)	4,63 (0,41)	3,86 (0,53)	4,2 (0,93)	3,92 (0,55)	4,38 (0,18)	3,64 (0,88)	3,95 (0,76)	3,57 (0,81)	1,98
Distração		3,17 (0,29)	3,42 (1,17)	2,66 (0,79)	2,4 (1,48)	2,41 (0,87)	3,38 (1,24)	2,09 (0,88)	2,00 (0,59)	2,03 (0,78)	2,35*
Estratégias de <i>coping</i> ativas		3,10 (0,36)	3,55 (0,52)	2,93 (0,41)	2,93 (0,74)	2,61 (0,56)	2,84 (0,31)	2,51 (0,65)	2,86 (0,71)	2,69 (0,59)	2,34
Estratégias de <i>coping</i> passivas		2,08 (0,85)	2,17 (0,86)	2,62 (0,94)	3,19 (0,99)	2,65 (0,90)	3,31 (0,62)	2,53 (0,79)	2,10 (0,78)	2,93 (0,91)	1,47

*p<0,05

Legenda:

- 1 - Quadros superiores
- 2 - Especialistas das profissões intelectuais
- 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio
- 4 - Pessoal administrativo e similares
- 5 - Pessoal dos serviços e vendedores

- 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares
- 8 - Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
- 9 - Trabalhadores não qualificados

**Anexo 19. Correlação entre as estratégias de *coping* face à dor crónica
com as variáveis clínicas**

Dimensões do CAD-R(pt)	Intensidade da dor (0-10)	Satisfação com o controlo da dor (0-10)	Tempo de dor (meses)	RTP - nº de terapias	% alívio sentido
Religião	0,06	-0,09	-0,10	0,04	0,17
Catarse	-0,02	-0,114	-0,18	-0,05	0,00
Autocontrolo Mental	0,01	0,30	-0,01	0,22*	0,04
Procura de Informação	-0,14	-0,18	-0,10	0,11	0,08
Autoafirmação	-0,06	0,02	0,04	-0,08	0,12
Distração	-0,12	-0,03	0,05	0,14	0,12
Estratégias de <i>coping</i> ativas	-0,113	-0,062	-0,015	0,17	0,13
Estratégias de <i>coping</i> passivas	0,028	-0,132	-0,171	0,001	0,13

**p<0,01; *p<0,05

Anexo 20. Análise dos componentes principais da EAEDC(pt), valores próprios e específicos (eigenvalue), variância e consistência interna de cada fator

Itens	AEF	AED	AES	h ²
AEF3. Realizar um programa diário de exercícios em casa?	,822			,715
AEF4. Realizar os cuidados da casa?	,815			,759
AEF5. Fazer compras de supermercado ou de roupas?	,793		,309	,729
AEF1. Caminhar 800 metros em terreno plano?	,760			,611
AEF2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?	,720			,553
AED2. Pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?	,703	,305		,647
AEF8. Participar de atividades familiares?	,670		,427	,658
AEF9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crónica?	,657		,354	,629
AEF7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas?	,636		,314	,560
AEF6. Participar de atividades sociais?	,631		,358	,570
AED4. Consegue promover uma redução pequena ou moderada na sua dor?		,890		,866
AED5. Pode promover uma grande redução na sua dor?		,884		,845
AED1. Pode diminuir um pouco sua dor?		,802		,729
AES8. Pode lidar com dor forte?		,797		,727
AES7. Pode lidar com dor leve ou moderada?		,673		,534
AED3. Consegue impedir que a dor interfira com seu sono?	,317	,457		,356
AES3. Pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?			,805	,693
AES6. Pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crónicos?			,776	,725
AES1. Pode controlar sua fadiga?	,418		,664	,642
AES5. Pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?	,538		,636	,743
AES4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crónicos como o seu, quanta certeza tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?	,459		,631	,679
AES2. Pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos (por exemplo, fadiga, dor)?	,393		,619	,618
Valores próprios e específicos (<i>Eigenvalue</i>)	10,697	2,407	1,484	
Variância (Total = 66,31%)	48,621	10,940	6,744	
Consistência Interna (<i>Alpha de Cronbach</i>) Total = 0,95	,932	,881	,896	

Nota: Rotação pelo método Varimax; Itens com carga superior a 0,30.

Anexo 21. Correlação entre as subescalas da EAEDC(pt)

r (pearson)	AEF	AES
AED	,532**	,592**
AEF	—	,702**

N = 117; Nota: *p < 0,05; **p < 0,01

Anexo 22. Correlação entre as subescalas da EADC(pt) e o BPI(pt)

(r) Pearson	BPI - Severidade	BPI - Interferência
Autoeficácia para o controlo da dor - AED	-,393**	-,480**
Autoeficácia para a função física - AEF	-,265**	-,453**
Autoeficácia para lidar com outros sintomas - AES	-,240**	-,516**
Autoeficácia - escala total - EAEDC	-	-

n= 117; Nota: *p<0,05; **p<0,01

Anexo 23. Autoeficácia face à dor crónica em função do sexo

Dimensões do EAEDC (pt)	Feminino	Masculino	t (115)
	(n = 88) Média (DP)	(n = 29) Média (DP)	
Autoeficácia para o controlo da dor - AED	50,95 (17,78)	54,31 (19,57)	-0,862
Autoeficácia para a função física - AEF	57,92 (20,66)	64,72 (25,13)	-1,455
Autoeficácia para o controlo dos sintomas - AES	57,03 (19,15)	61,09 (20,56)	-0,974
Escala global - EAEDC	55,3 (16,67)	60,04 (18,28)	-1,298

Anexo 24. Análise das diferenças entre autoeficácia face à dor crónica em função do estado civil

Dimensões do EAEDC (pt)	Estado civil				F (3,113)
	Solteiro	Casado ou em união de facto	Separado ou Divorciado	Viúvo	
	(n = 6) Média (DP)	(n = 90) Média (DP)	(n = 13) Média (DP)	(n = 8) Média (DP)	
Autoeficácia para o controlo da dor - AED	50,83 (21,29)	50,19 (18,04)	58,46 (19,17)	59,58 (14,74)	1,32
Autoeficácia para a função física - AEF	66,83 (24,72)	58,37 (22,14)	68,85 (16,53)	53,13 (23,76)	1,33
Autoeficácia para o controlo dos sintomas - AES	71,39 (28,35)	55,04 (18,75)	68,46 (15,21)	64,79 (18,35)	3,41*
Escala global - EAEDC	63,02 (22,68)	54,53 (17,10)	65,26 (13,31)	59,17 (15,26)	1,93

*p<0,05

Anexo 25. Autoeficácia face à dor crónica em função dos graus de ensino

Dimensões da EAEDC (pt)	Graus de ensino				F (3,113)
	Analfabeto (n = 3)	Ensino básico (n = 84)	Ensino secundário (n = 22)	Ensino superior (n = 8)	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Autoeficácia para o controlo da dor - AED	47,78 (19,88)	52,16 (52,18)	51,36 (20,08)	50,42 (19,27)	0,08
Autoeficácia para a função física - AEF	58,33 (31,97)	59,54 (21,25)	58,55 (23,87)	63,75 (24,41)	0,11
Autoeficácia para o controlo dos sintomas - AES	53,33 (29,06)	58,55 (18,50)	55,53 (22,55)	61,25 (20,75)	0,27
Escala global - EAEDC	53,15 (22,68)	56,75 (16,20)	55,15 (19,93)	58,47 (17,13)	0,12

Anexo 26. Autoeficácia face à dor crónica em função da profissão

Dimensões da EAEDC (pt)	Profissão (CNP)									F (8,105)
	1 (n=3)	2 (n=6)	3 (n=14)	4 (n=10)	5 (n=35)	6 (n=2)	7 (n=22)	8 (n=5)	9 (n=17)	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
AED	45,56 (8,55)	56,94 (16,31)	52,38 (18,80)	58,33 (21,97)	54,33 (16,46)	55,00 (21,21)	52,95 (21,53)	39,00 (89,76)	45,49 (17,99)	0,92
AEF	69,00 (17,35)	71,00 (27,73)	57,71 (23,12)	64,90 (28,20)	58,97 (21,20)	74,00 (21,21)	63,00 (18,79)	49,20 (21,49)	53,71 (20,23)	0,83
AES	49,44 (5,85)	69,44 (18,91)	54,76 (26,31)	63,00 (21,20)	56,19 (16,09)	80,00 (23,57)	63,64 (19,48)	51,33 (22,03)	51,57 (17,75)	1,38
EAEDC	54,67 (6,36)	65,80 (18,74)	54,95 (20,18)	62,08 (22,31)	56,50 (14,40)	69,67 (21,99)	59,86 (17,04)	46,51 (16,50)	50,25 (17,18)	1,12

**p<0,01; *p<0,05

Legenda:

- | | |
|--|---|
| 1 - Quadros superiores | 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas |
| 2 - Especialistas das profissões intelectuais | 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares |
| 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio | 8 - Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem |
| 4 - Pessoal administrativo e similares | 9 - Trabalhadores não qualificados |
| 5 - Pessoal dos serviços e vendedores | |

Anexo 27. Correlação entre as subescalas do CAD-R(pt) e as subescalas da EAEDC(pt)

CAD-R (pt)	EAEDC	Autoeficácia para o controlo da dor	Autoeficácia para a função física	Autoeficácia para o controlo dos sintomas
Religião		,025	-,079	-,113
Catarse		-,148	-,056	-,120
Autocontrolo Mental		-,194*	-,189*	-,202*
Procura de Informação		-,116	-,041	-,069
Autoafirmação		,109	,155	,288**
Distração		,047	,153	,223*

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Anexo 28. Análise das diferenças entre as dimensões da qualidade de vida em função dos graus de ensino

Dimensões SF36(pt)	Graus de ensino				F (3,113)
	Analfabeto	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	
	(n = 3) Média (DP)	(n = 84) Média (DP)	(n = 22) Média (DP)	(n = 8) Média (DP)	
Funcionamento físico	45,00 (31,22)	38,99 (22,76)	43,18 (25,00)	50,00 (27,12)	0,67
Desempenho físico	37,50 (45,07)	33,71 (26,43)	29,55 (19,88)	35,94 (28,88)	0,21
Dor corporal	49,63 (26,30)	33,90 (16,97)	29,39 (17,95)	33,89 (18,99)	1,27
Saúde geral	46,67 (2,89)	52,98 (11,88)	50,45 (9,25)	53,13 (18,11)	0,51
Vitalidade	35,42 (23,66)	39,96 (20,56)	32,39 (16,89)	30,47 (20,17)	1,24
Funcionamento social	83,33 (7,22)	54,61 (25,65)	46,59 (23,84)	53,13 (36,44)	1,89
Desempenho emocional	66,67 (38,19)	54,37 (28,94)	42,80 (20,94)	57,29 (34,91)	1,31
Saúde mental	56,67 (12,58)	46,55 (22,24)	47,05 (20,57)	48,75 (24,57)	0,22
Componente mental	60,52 (16,96)	48,87 (19,78)	42,21 (16,31)	47,41 (24,57)	1,12
Componente física	44,70 (24,69)	39,89 (15,50)	38,14 (14,41)	43,24 (18,96)	0,30

**p<0,01; *p<0,05

Anexo 29. Análise das diferenças entre as dimensões da qualidade de vida em função da profissão

Profissão (CNP)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dimensões do SF36(pt)	(n=3)	(n=6)	(n=14)	(n=10)	(n=35)	(n=2)	(n=22)	(n=5)	(n=17)	
	Média (DP)	F (8,105)								
Funcionamento físico	28,33 (2,89)	55,83 (27,82)	52,14 (26,87)	47,50 (30,93)	40,14 (24,21)	35,00 (14,14)	36,14 (20,81)	25,00 (7,91)	37,06 (18,96)	1,41
Desempenho físico	27,08 (3,61)	37,50 (34,23)	38,39 (30,41)	39,38 (18,65)	33,04 (27,93)	31,25 (26,52)	35,51 (29,72)	17,50 (16,77)	26,10 (14,19)	0,59
Dor corporal	38,52 (12,19)	38,89 (19,30)	33,49 (24,19)	29,67 (19,96)	36,22 (15,52)	30,00 (7,86)	36,62 (20,05)	19,33 (10,82)	28,82 (10,24)	0,92
Saúde geral	45,00 (15,00)	59,17 (13,93)	59,29 (13,42)	53,50 (13,55)	51,71 (7,76)	65,00 (14,14)	53,18 (10,30)	49,00 (17,10)	44,71 (10,96)	2,55
Vitalidade	12,50 (12,5)	42,71 (19,93)	41,07 (26,48)	32,50 (19,72)	37,14 (16,60)	53,13 (39,77)	43,75 (20,77)	41,25 (24,04)	32,35 (15,35)	1,38
Funcionamento social	41,67 (7,22)	62,50 (34,46)	56,25 (35,95)	45,00 (22,97)	53,21 (24,69)	81,25 (26,52)	64,20 (22,59)	42,50 (25,92)	46,32 (23,70)	1,33
Desempenho emocional	55,56 (17,35)	59,72 (41,64)	60,71 (28,58)	44,17 (16,22)	54,76 (32,67)	75,00 (35,36)	54,17 (30,94)	41,67 (10,21)	43,63 (19,44)	0,78
Saúde mental	46,67 (7,22)	59,17 (24,78)	57,14 (23,43)	42,00 (15,13)	49,14 (22,70)	70,00 (42,43)	47,05 (21,53)	32,00 (14,83)	34,71 (16,63)	2,08
Componente mental	39,10 (7,08)	56,02 (23,57)	53,79 (26,53)	40,92 (14,14)	48,57 (18,11)	69,84 (36,02)	52,29 (19,47)	39,35 (16,82)	39,25 (15,24)	1,56
Componente física	34,73 (0,48)	47,85 (21,06)	45,83 (21,87)	42,51 (17,64)	40,28 (15,01)	40,31 (8,59)	40,36 (14,89)	27,71 (5,63)	34,17 (8,76)	1,22

**p<0,01; *p<0,05

Legenda:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 - Quadros superiores 2 - Especialistas das profissões intelectuais 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio 4 - Pessoal administrativo e similares 5 - Pessoal dos serviços e vendedores | <ul style="list-style-type: none"> 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares 8 - Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem 9 - Trabalhadores não qualificados |
|--|--|

Anexo 30. Guião da entrevista a efetuar às pessoas com dor crónica

Objectivo:

- Caracterizar a transição da pessoa com dor crónica;
 - o Aprofundar os aspetos relacionados com a/as diferentes natureza/s dos processos de transições saúde/doença quanto ao tipo, padrões e propriedades da experiência de transição;
 - o Aprofundar os aspetos relacionados com as condições pessoais (ou outras) que facilitam/dificultam as transições saúde/doença;
 - o Aprofundar os aspetos relacionados com os padrões de resposta humana às transições saúde/doença.
-

Como é que a dor tem influenciado a sua vida? (no trabalho, na vida social, em casa). Deixou de fazer alguma coisa que costumava fazer? Tem influenciado a sua qualidade de vida?

Como tem lidado com isso? Tem resultado?

Que estratégias tem utilizado para lidar com a dor?

Quando lhe dói mais? Consegue distinguir o que faz agravar a sua dor e o que a alivia?

O que costuma fazer para aliviar a dor? Que recursos tem utilizado?

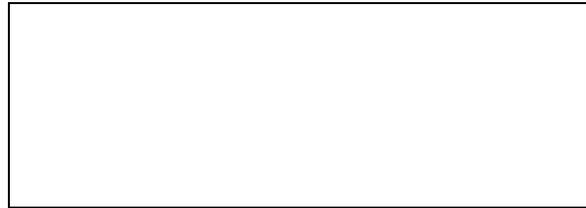
Acha que o que tem feito a tem ajudado a controlar a dor? O que acha a ajudaria mais?

Tem contactado com o enfermeiro? O que acha que o enfermeiro pode fazer para o ajudar?

Relate-me como tem vivido com a sua dor (aspetos da sua dor /fale-me da sua dor), nomeadamente:

1. Do **impacto**/ da interferência da dor nas suas **atividades de vida diária**
2. Das **estratégias** utilizadas para o alívio da dor (fatores de aliviam a sua dor)
3. Dos **fatores** de agravamento/ de alívio da dor.
4. Das **expectativas** que tem face ao **controlo** da dor (explora a perceção da pessoa, as crenças, o que espera do seu controlo).
5. O que espera do contributo do **enfermeiro**.
6. Do grau de **satisfação** com o controlo da dor.
7. Perceção da pessoa sobre a sua **qualidade de vida**
8. A perceção de autoeficácia sobre a **capacidade para lidar** com as consequências da dor crónica.

Anexo 31. Carta dirigida aos profissionais de saúde - “informantes-chave”



Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto e doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (UCP), vem deste modo solicitar a vossa preciosa colaboração para o desenvolvimento de uma fase do trabalho de investigação em curso.

A investigação é subordinada ao tema: “*A pessoa com dor crónica - um Modelo de acompanhamento de enfermagem*” sob a orientação do Prof. Doutor Paulino Sousa e tem como finalidade definir um modelo de intervenção de enfermagem, que se integre num modelo de organização de cuidados para acompanhamento da pessoa com dor crónica.

Assim, estruturamos o estudo em que numa 1ª fase se pretende caracterizar o processo de viver com dor crónica e conhecer o *modelo em uso* das organizações, no acompanhamento à pessoa com dor crónica. Na presente fase do estudo solicitamos a vossa participação no sentido de conhecer o modelo em uso das organizações, no acompanhamento à pessoa com dor crónica, nomeadamente por parte dos enfermeiros da instituição que representa.

Neste sentido, em anexo enviamos um documento que apresenta algumas questões acerca das quais gostaríamos de ter a vossa opinião, por escrito e/ou agendar entrevista com V. Exª logo que seja possível.

Agradeço desde já toda a disponibilidade para a participação no estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 20 de novembro de 2012

Ana Leonor Alves Ribeiro

Professora Coordenadora na ESEP

Doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem na UCP

TM: 916684366

Email: ana@esenf.pt

Tópicos das entrevistas aos profissionais de saúde - informantes-chave

Destinatários: Enfermeiros e médicos considerados informantes-chave no acompanhamento das pessoas com dor crónica.

Objetivos:

- Caracterizar a organização dos cuidados de saúde no acompanhamento da pessoa com dor crónica;
 - Caracterizar o funcionamento das unidades de dor crónica existentes no contexto das unidades de saúde/estabelecimentos de saúde;
 - Conhecer o papel dos enfermeiros na prevenção e controlo da dor crónica.
-

Tópicos:

- Como é que estão organizados os cuidados à pessoa com dor crónica?
 - Organização dos serviços; Disponibilidade de pessoal; Recursos Humanos (incluindo tipos, papéis e responsabilidades, treino);
 - Tipo /tamanho da organização; Infraestruturas; Instalações e equipamentos; Forma de financiamento;
 - Distribuição geográfica.
- Quais os valores e princípios envolvidos na prestação de cuidados?
 - Filosofia de cuidados
- Que atividades e serviços são disponibilizados? Quais são as atuais estruturas e funções relacionadas com controlo da dor? Quais os processos /modelos de cuidados e quais os padrões de referência para ter acesso ou abandonar/ter alta do serviço?
 - Qual o funcionamento dos serviços; Tipo de cuidados prestados
 - Uso de *guidelines* clínicos; *Pathways* de referência (percurso/ circuito); Altas e continuidade dos planos terapêuticos; Gestão das listas de espera
 - Acessibilidade aos cuidados/ consultas; Comunicação / Coordenação dos cuidados
 - Articulação dos cuidados /Continuidade dos cuidados (Ex. articulação com as consultas, do Hospital e/ou CS com a Consultas/Unidades de dor crónica (CDC/UDC) e com as consultas de especialidade para o acompanhamento das pessoas com dor crónica ou ainda a ligação das UDC com as UCCI, os Cuidados Paliativos e com os serviços de internamento)
- Como é efetuada a avaliação da qualidade dos cuidados (indicadores)? Como é feita a avaliação dos resultados? Que tipo de resultados são obtidos? Existe sistemática na avaliação dos resultados?
 - Intensidade da dor/ alívio; Funcionamento físico; Funcionamento Emocional; Qualidade de vida
 - Satisfação com o Tratamento
 - Retorno ao trabalho; Custos (ex. perda de salário, custos dos cuidados de saúde, ajuda doméstica, viagens)
 - Existe documentação dos cuidados? Existe registo eletrónico da documentação por parte de todos os profissionais de saúde? Este está integrado no restante sistema de registos eletrónico do paciente?
- Qual o papel dos enfermeiros na prevenção e controlo da dor crónica na sua instituição?
- Qual o perfil do pessoal e qual o conjunto de competências destes profissionais que trabalham na área da prevenção e controlo da dor crónica?

Anexo 32. Pedido/Autorização para recolha de informação junto dos profissionais de saúde



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Sra. Prof.ª

Ana Leonor Alves Ribeiro

ESEP

N/Ref.: 636/2012

Assunto: Informação sobre pedido para realização de estudo

Em resposta ao V/ pedido para realizar um estudo com o tema “A pessoa com dor crónica – um modelo de acompanhamento de enfermagem”, vimos informar que está devidamente autorizado conforme Despacho do Sr. Enf.º Diretor de 12-12-2012.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF.:636/2012

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 4 de Janeiro de 2013

Centro de Formação

Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11257

E-mail: df@chvng.min-saude.pt

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. + 351 22 786 51 00
Fax + 351 22 7830209
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros
Registo Comercial nº 508 142 156





**CENTRO
HOSPITALAR**
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Sra. Prof.ª

Ana Leonor Alves Ribeiro

ESEP

N/Ref.: 636/2012

Assunto: Informação sobre pedido para realização de estudo

Em resposta ao V/ pedido para realizar um estudo com o tema “A pessoa com dor crónica – um modelo de acompanhamento de enfermagem”, vimos informar que está devidamente autorizado conforme Despacho do Sr. Enf.º Diretor de 12-12-2012.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF.:636/2012

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 4 de Janeiro de 2013

Centro de Formação

Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11257

E-mail: df@chvng.min-saude.pt

**Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.**
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. + 351 22 786 51 00
Fax + 351 22 7830209
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros
Registo Comercial nº 508 142 156



A com. de cheie
28.11.12
Enf.º Belmiro Rocha
Enfermeiro Diretor

172
Ao Dir. Serviço
12.12.12
Enf.º Belmiro Rocha
Enfermeiro Diretor
Ao Enfermeiro Diretor do

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho-EPE

Vila Nova de Gaia - Mafamude

Belmiro Rocha

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto e doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (UCP), vem deste modo solicitar a vossa preciosa colaboração para o desenvolvimento desta fase do trabalho de investigação em curso.

A investigação é subordinada ao tema: "A pessoa com dor crónica - um Modelo de acompanhamento de enfermagem" sob a orientação do Prof. Doutor Paulino Sousa e tem como finalidade definir um modelo de intervenção de enfermagem, que se integre num modelo de organização de cuidados para acompanhamento da pessoa com dor crónica.

Assim, estruturamos o estudo em que numa 1ª fase se pretende caracterizar o processo de viver com dor crónica e conhecer o *modelo em uso* das organizações, no acompanhamento à pessoa com dor crónica. Na presente fase do estudo solicitamos a vossa participação no sentido de conhecer o modelo em uso das organizações, no acompanhamento à pessoa com dor crónica, nomeadamente por parte dos enfermeiros da instituição que representa.

Neste sentido, em anexo enviamos um documento que apresenta algumas questões acerca das quais gostaríamos de ter a vossa opinião, por escrito e/ou agendar entrevista com V. Exª logo que seja possível.

Agradeço desde já toda a disponibilidade para a participação no estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 20 de novembro de 2012

Ana Leonor Alves Ribeiro
Professora Coordenadora na ESEP
Doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem na UCP
TM: 916684366
Email: ana@esenf.pt

Secretariado
do C.A.

Entrada nº 33442
1ª Entrada 28/11/12
2ª Entrada
3ª Entrada

Anexo 33. Carta convite aos participantes no grupo de discussão

Carta para participantes no *grupo de discussão*

Caro colega,

Venho por este meio agradecer por ter aceitado colaborar no Grupo de Discussão sobre: *A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem*. Tal como mencionei no contacto telefónico, vamos conduzir três reuniões com o Grupo de Discussão pelo que é do nosso maior interesse a sua opinião acerca do tema exposto. De seguida, envio as datas mais consensuais, horário, local de realização das reuniões.

DATAS: 9 de Maio de 2013 (5ª feira); 23 de Maio de 2013 e 30 de Maio de 2013.

HORARIO: 16h; DURAÇÃO: 1h,30 min.

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Escola Superior de Enfermagem do Porto - ESSEP - Sala de Reuniões.

Obrigada pelo apoio.

Para qualquer questão, por favor contactar:

Ana Leonor Alves Ribeiro - Professora Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

TM: 916684366

EMAIL: ana@esenf.pt

Anexo 34. Tópicos para grupo de discussão

A pessoa com dor crónica

Um modelo de acompanhamento de enfermagem

Grupo de discussão

TEMA: A pessoa com dor crónica -*um modelo de acompanhamento de enfermagem*

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (não cumulativos)

- Enfermeiros do contexto de ação das práticas dos cuidados (hospitalar - UDC, U Cuidados Paliativos de internamento e comunidade - ECCL, CS) que acompanhem pessoas com dor crónica.
- Enfermeiros com experiência e conhecimento avançado na área da Teoria das transições de Meleis e domínio da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

OBJETIVOS DA REUNIÃO:

09/05

- Desenvolver princípios orientadores para a definição do modelo.

23/05

- Definir o catálogo de cuidados: Dor crónica
 - Identificar quais as necessidades em cuidados da pessoa com dor crónica.
 - Identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa com dor crónica.
 - Identificar os resultados esperados resultantes das intervenções de enfermagem.

30/05

- Apresentação e discussão de uma proposta de modelo de acompanhamento de enfermagem da pessoa com dor crónica.

Anexo 35. Análise de dados qualitativos - Grupo de discussão

<p>Porquê o modelo?</p>	<p>“a dor é subavaliada é subvalorizada” (P4). “justifica-se um processo de sinalização das pessoas com dor crónica” (P4).</p>
<p>Modelo/ Referencial - Algo evolutivo</p>	<p>“A ideia que eu tinha era de que é para todos as pessoas com DC. Um dos problemas é a subavaliação das pessoas com dor. Se nós limitarmos logo à partida é de que excluimos logo as pessoas. A ideia que eu via para o modelo era de que fosse algo evolutivo” (P4). “a partir dali sim, passa para uma instância superior” (P4). “Eu acho sempre que o modelo deveria ser mais abrangente...mas percebo que isto é estratégico, de qq maneira os critérios deviam ser bastante simples, no fundo ao definir os critérios, estamos a obter diagnósticos e dimensões para poder acompanha-los no modelo. Assim a definição dos critérios deveria ser um passo mais simples. Para passar depois ao passo seguinte” (P4); “Ele deve ser objetivo, mas sem tantos critérios, deve ser simples para ser utilizado” (P4).</p>
<p>Profissionais - Como referenciar?</p>	<p>“os enfermeiros de família [...] devem indicar dos seus clientes, os que têm dor crónica” e “na posse e verificação destes critérios, deve/pode encaminhar para este tipo de serviços, ou mesmo o enfermeiro do contexto do hospital pode encaminhar para estes serviços, ou para o enfermeiro de família e este depois referenciar” (P1). “Não é para ser protagonizado pelos enfermeiros de família, mas os enfermeiros de família, na posse e verificação destes critérios, deve/pode encaminhar para este tipo de serviços, e mesmo o enfº do contexto do hospital pode encaminhar para estes serviços, ou para o enfº de família e este depois referenciar” (P3). “todos os profissionais e em particular os enfermeiros que identificarem DC, pode ser um enfº de família, pode ser numa ECCL, pode ser num hospital, e que tendo um cliente com DC, nenhum enfº q tenha o título de enfº está impedido de identificar um diagnostico de DC, nenhum está” (P3).</p>
<p>Cliente dos cuidados -A quem está dirigido este modelo? - Quem são as pessoas-alvo deste modelo/referencial de cuidados?</p>	<p>“Este modelo é para quem? A forma mais simples de resolver isto é dizer: isto é para toda a gente. Mas isto não é assim...” (P3). “Isto é algo que vai ter impacto no que vamos dizer a seguir. Vale a pena dizer quem são as pessoas que precisam de uma assistência focada na sua dor crónica. Há muitas pessoas com dor crónica mas que funcionam bem no seu dia-a-dia” (P3). “Se for para toda a gente, isto aqui vai ter muitas implicações. Depois vamos ter um referencial ...vai haver dificuldades na organização do referencial. Existem pessoas que tendo dor crónica funcionam bem... vivem bem com o seu nível de dor” (P3). “o problema está na base, é lá que eles [pessoas com dor] estão perdidos” (P2). “Não será só para as pessoas que estão a serem seguidas nas UDC, senão estaremos a excluir um conjunto grande de pessoas, que necessitariam dos nossos cuidados...mas se tivermos de fazer uma escolha então quem tiver sido referenciado com necessidade de ser controlado e ajudado na gestão da dor” (P1).</p>

	<p>“As pessoas que estão com DC e num nível mais avançado devem ser encaminhadas para os profissionais que têm mais formação. Assim, a 1ª coisa que precisamos de alinhar é então quem são os clientes” (P3).</p>
<p>Critérios de seleção?</p> <p>- Que critérios de seleção ou inclusão das pessoas para os diferentes programas que podem emergir deste referencial?</p>	<p>“quais são os critérios para as pessoas com dor crónica serem incluídas neste referencial?” (P1).</p> <p>“então assim, as pessoas que têm uma dor crónica e que não faltam ao trabalho, que conseguem gerir a dor ...não fazem parte das consultas da dor” (P1).</p> <p>“Pessoas com DC e que essa DC tenha um impacto significativo na vida da pessoa, nas capacidades de desempenho da funcionalidade” (P3).</p> <p>“isto de os recursos serem finitos em saúde e os 37% da população ter dor crónica, nos poder assustar, é isto que temos. Podiam ser 50% ou podia ser 10%, ainda por cima não sabemos se estes 37% se mantêm, provavelmente não se manterão, pois nesta altura não tínhamos a medicina paliativa tão desenvolvida. Não percebo porque não incluirmos os tais 37%. Não percebo porque temos de afunilar” (P2).</p> <p>“É difícil operacionalizar um modelo/ referencial para toda a gente. Os recursos na saúde são finitos e vão ser cada vez mais. Neste sentido a dor não é diferente de todas as doenças crónicas, com o estatuto que tem a DPOC, a Diabetes, etc...” (P3).</p> <p>“a ter de selecionar então poderíamos selecionar por patologia. Sabemos que as situações / patologias osteoarticulares e as lombalgias são as mais prevalentes, então poderíamos começar por aí” (P2).</p> <p>“Independentemente do nível do controlo da dor? Então isto será um referencial (muito alargado)” (P3).</p> <p>“Estamos a falar de 3 milhões de portugueses com dor crónica. Não interessa o nº, o que temos de ver é quem são os clientes para este referencial? Ou seja, quais são os critérios para as pessoas com dor crónica serem incluídas neste referencial” (P3).</p>
<p>Criterios de referenciação</p> <p>- Iniciativa de adesão/ Exclusão face ao programa</p>	<p>“Muitas vezes os doentes dizem que lidam bem com a dor e depois o que se verifica é que muitas vezes nas avaliações sucessivas nós vemos que afinal não lida tão bem assim. Às vezes mesmo este pode ser um possível doente/cliente para os cuidados de enfermagem. Há pessoas que não pedem ajuda. Alguns excluem-se de qualquer programa. Não quer dizer que não haja um programa para ele” (P2).</p> <p>“Iniciativa para integrar um programa para um controlo avançado na dor crónica dominados por este modelo existencial. Um critério que deixasse espaço para a pessoa poder integrar um programa, não ser só iniciativa do próprio profissional” (P7).</p>
<p>Critérios de referenciação</p> <p>- Não é para todos</p>	<p>“este modelo não é para ser para todas as pessoas, o que nos vai obrigar a decidir coisas” (P3).</p> <p>“Se for assim, isto é quase como um algoritmo ... eu acho que este referencial que se quer construir não é para todas as pessoas com DC” (P3).</p>
<p>Critérios de referenciação</p> <p>- Critérios de seleção</p>	<p>As pessoas que entram nos programas iluminados por este referencial são pessoas que têm estes critérios:</p> <p>“Aqueles que não sabem gerir o regime terapêutico e medicamentoso (P5); Os que não controlam a dor” (P5); “Faltas ao trabalho (nos últimos 30-90 dias)” (P5); “Limitações na capacidade de desempenho no autocuidado requisitos</p>

	<p>universais” (P5); “Os que não conseguem comer, tomar banho, de preparar a alimentação” (P5).</p> <p>“Se essas pessoas estão com DC - muitas faltam ao trabalho e a segurança social tem de lhes pagar” (P5).</p> <p>“Quanto mais critérios colocarmos mais difícil será a referência” (P4).</p>
<p>Crítérios de referência</p> <p>- apoio ao processo diagnóstico</p>	<p>“em 3 ou 4 milhões de pessoas, se formos ver diagnósticos centrados na DC, o diagnóstico aparece pouco nos registos clínicos. Podemos fazer escola dizendo são estes os critérios que... Isto pode ser também uma enorme ferramenta de apoio ao processo diagnóstico” (P3).</p> <p>“As pessoas que sabem da dor, a dizer para todos: são estes os critérios. Assim podemos usar todos os critérios para dizer quando a pessoa tendo DC precisa de um acompanhamento mais específico” (P3).</p> <p>“Se o referencial disser que os critérios para serem encaminhados são estes, por outras vias há-se publicitar isto. está-se a fazer escola. São estes clientes que faz sentido encaminhar para o programa assistencial avançado de controlo da dor...você todos estão a fazer escola. O processo de diagnóstico diferencial de enfermagem baseia-se nisto. Isto pode ser publicitado...pode-se dar um contributo brutal...” (P3).</p>
<p>Crítérios de não referência</p>	<p>Se tiver uma pessoa com DC q não falte ao trabalho, que tem satisfação com o nível de controlo da dor, conhece o que deve fazer para controlar a dor, não tem nenhuma alteração da capacidade de autocuidado nos requisitos universais do AC, então será este o cliente do nosso referencial? (P3).</p> <p>“se não tiver interferência nos outros aspetos, não apresenta critérios para entrar no modelo (ficaria pelo enf^o de família). Isto tem a ver com o estatuto dos critérios... Se nestes critérios eles têm ou não, todos o mesmo estatuto” (P3).</p>
<p>Contexto</p> <p>- Onde deve ser desenvolvido o modelo</p>	<p>“este referencial é para um contexto de um programa assistencial a pessoas com DC e tendo DC esta dor tem impacto significativo nisto....e isto implica que o referencial tenha na sua matriz, na perspetiva da continuidade de cuidados...” (P3).</p> <p>“Este modelo deve ser proposto para o contexto do ambulatório. A minha interpretação foi de que na 1ª sessão se chegou à conclusão que no contexto do ambulatório isto estava menos sistematizado. Nas unidades de internamento as coisas estão melhor, ex. nos serviços de cuidados paliativos de internamento, ou outros serviços de internamento (P3).</p> <p>“O problema está na base, é lá que eles (pessoas com dor crónica) estão perdidos (nos CSP). Os que estão já nas UDC não me preocupa muito, pois esses já lá estão” (P2).</p>
<p>Necessidade de sistematização da documentação e investigação</p>	<p>“importava patrocinar um estudo visto numa perspetiva mais próxima e ver qual a dimensão das pessoas com dor crónica que, numa perspetiva de enfermagem, têm um nível de controlo da dor e um nível de limitação nas suas capacidades de desempenho devido à dor” (P1).</p>
<p>Profissionais</p> <p>- Formação</p>	<p>“Outra coisa é a formação - a formação é uma consequência em função do referencial. Se isto for para todas as pessoas, a formação está encontrada: o curso licenciatura de enfermagem. Mas este programa não é para todos” (P3).</p>

	<p>“um programa de formação na área da dor, cujos princípios básicos estão assentes no Curriculum da IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor)” (P2); (P8).</p>
<p>Profissionais - Quem protagoniza este modelo?</p>	<p>“este programa [...] deve ser protagonizado por “enfermeiros, especialistas no âmbito da dor” (P1). “Todavia, a coordenação de esforços deverá existir entre os profissionais isto é, “o enfermeiro de família deveria avaliar e ir até onde pode e deve atuar, e a partir dali sim, passa para uma instância superior” (P4).</p> <p>“Quando nós dizemos que temos enf^{os} de família, nós no modelo deveríamos conseguir dizer o que achamos que o enfermeiro de família deveria avaliar e até onde pode e deve atuar...” (P3).</p> <p>“Este programa não é para ser para os enfermeiros de família. Estes devem indicar dos seus clientes os que têm dor, os que têm dor crónica... E se estes entenderem, porque existe um referencial que diz que com estes critérios faz sentido que esta pessoa seja encaminhada para este referencial, então isto coloca-nos nesta interrogação: Onde é que isto deve ser executado e por quem? Enfermeiros, especialistas no âmbito da dor” (P3).</p> <p>“Transcende a capacidade dos enf^{os} de família fazer um acompanhamento mais avançado nestas situações de DC com essas incapacidades” (P3).</p>
<p>Referenciação - Envolvimento da equipa multidisciplinar</p>	<p>“o nosso problema é a referenciação interna. Isto deve ser mais operacionalizado....como funciona? Qual é a capacidade que o enfermeiro tem para referenciar? Há um problema de referenciação entre UDC, é muito difícil, mas a referenciação entre os enfermeiros de família e as UDC ou as consultas de especialidade” (P2).</p> <p>“Podemos fazer, falar de referenciação partindo dos enfermeiros” (P2).</p> <p>“Isto não é uma coisa isolada, só de enfermagem. Será sempre transversal, tanto na comunidade, como no ambulatório. Alguns são identificados primeiramente no internamento, com a presença dessa dor. São doentes ficam com dor após a cirurgia, um diagnóstico, e penso que não será trabalhando de uma forma isolada, mas com as ECCL e as UDC. Agora não ficamos só no atendimento farmacológico e prescritiva” (P5).</p>
<p>Referenciação - Circuito de referenciação</p>	<p>“Este referencial poderia começar aqui: Este referencial é para os clientes que, tendo sido sujeitos a um processo de avaliação clínica de enfermagem e q identifique DC com estes critérios, são pessoas que devem ser encaminhadas para unidades especializadas de controlo da dor, onde estão pessoas que sabem sobre controlo da dor” (P3).</p> <p>“Se nós criarmos esses critérios, a partir destes critérios são referenciados, a partir desses critérios nós podemos a partir deste modelo, dar uma serie de indicações daquilo que pode ser feito. A partir daquele momento é possível ir mais para cima, mas se pudermos garantir que dali para baixo é feito algo tanto melhor” (P4).</p> <p>“Pois mas ele tem estes critérios, mas antes há todo um caminho de acompanhamento para eu dizer isto. O que é que eu posso fazer para evitar que ele chegue a este patamar. Se pudermos garantir que eles não cheguem lá aquele patamar tanto melhor” (P4).</p> <p>“Os que estão já nas UDC não me preocupa muito, pois esses já lá estão. Muitos dos doentes que são referenciados, que chegam às UDC muitos nem sabiam que tinham dor cronica, como por exemplo os doentes com</p>

	<p>neuropatias, eles nem valorizavam, nem sabiam que aquele problema era dor neuropática. Depois é que dão um salto...” (P2).</p> <p>“Como sabemos que isto está subvalorizado, subestimado, nós queremos chegar a toda a gente, mas não acho que seja possível...Isto é para estes enfermeiros destas unidades avançadas” (P5).</p> <p>“O problema não está quem faz a referência ou se faz ou não faz a referência, o problema é a resposta a essa referência, depois as UDC não têm capacidade de resposta” (P1).</p> <p>“Às UDC não têm de chegar a todos os doentes que têm DC. A estas UDC só deviam chegar doentes que precisam de um apoio especializado, precisa de uma técnica de uma terapêutica especial, algo que seja refratário à terapêutica convencional. É preciso “um coador” (P2).</p> <p>“Mesmo não existindo capacidade de referência era necessário a possibilidade de sinalização no sistema, nós podemos ter a capacidade através deste registo de “abandar a rede”, para identificar essa pessoa, e dizer que dimensões estão afetadas” (P2).</p> <p>“Os critérios são estes... a seguir há condições para, cada um de nós, no ambiente onde opera, poder fazer a identificação dos clientes, para ver se eles cumprem ou não aqueles critérios” (P3).</p> <p>“Se nós formos capazes de identificar as pessoas com DC com estas necessidades, isto era a possibilidade de um processo elaborado de processo diagnóstico, para estratificar as pessoas com DC em dois, no limite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Os que não precisam de uma assistência avançada (precisam dos enf^{os} de família, dos médicos de família, etc) e, 2- Os que precisam de uma assistência avançada” (P3). <p>“A Referência vem a seguir... Isso acaba por funcionar dentro do próprio sistema é uma questão de conhecimento nas USF, nas UCCL, existe sempre alguém que pode referenciar ... (P5) é o acompanhamento para a preparação para o parto, diabéticos na ajuda à gestão do regime terapêutico” (P5).</p> <p>“Pode-se fazer no hospital, mas as pessoas depois acabam por fazer isto... Os enfermeiros de família acabam por fazer este encaminhamento porque já sabem quais são os critérios” (P5).</p> <p>“A referência destes doentes tem de ser mesmo afunilada, senão vamos criar expectativas nos doentes que não vamos conseguir ajudar” (P1).</p> <p>“Existem muitos que vão ficar de fora, não tem critério para as UDC, vão para a comunidade e continuam a não ter critérios pq vão fazendo as suas coisas...e não têm um nível de controlo que achavam que deviam ter... Os enfermeiros de família têm aqui um nível de conhecimento do básico...” (P7)</p>
<p>Modelo como contributo para a investigação e melhoria da qualidade dos cuidados</p>	<p>“estais vós todos numa rede de enfermeiros especializados na problemática da dor, a patrocinar um estudo visto numa perspetiva mais próxima e ver qual a dimensão das pessoas com DC que numa perspetiva de enfermagem, tem um nível de controlo da dor e um nível de limitação da dor nas suas capacidades de desempenho que é significativa? Isto sob um ponto de vista epidemiológico pode servir para se tomar decisões políticas como se tomou para a RNCCI” (P3).</p> <p>“este trabalho visa ser um contributo para que a enfermagem e os cuidados de enfermagem avancem...” (P3).</p> <p>“É para otimizar a capacidade instalada, mas se ela for insuficiente, começar como começou a RCCI...” (P3).</p>

	<p>“Com a operacionalização deste modelo, por ex. numa ULS, os enf^{os} em cada um dos CS, ao fim de um ano, têm a noção da caracterização das pessoas que têm estas necessidades que estão dentro destes critérios. Isto está relacionado com os diagnósticos que vamos ter tb no catálogo. E este é o contributo, mas não pode estar ligado com a capacidade de resposta dos serviços” (P3).</p>
<p>Processo de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação - intervenções 	<p>“É necessário fazer uma história de dor adequada, para poder agir em conformidade. Às vezes as pessoas não têm a sua dor controlada porque não estão a tomar bem a medicação, os efeitos secundários ou desconhecem como usá-la. Às vezes não há uma boa adesão à terapêutica” (P2).</p>
<p>Avaliação da dor</p> <ul style="list-style-type: none"> - timing de avaliação ou reavaliação da dor - tópicos a introduzir na avaliação da dor crónica - instrumentos a utilizar para a avaliação da dor crónica 	<p>“O Assessment da dor, o seguimento das pessoas com dor crónica deve ser efetuado de X em X dias, ou seja depois de diagnosticada, nenhuma pessoa com dor crónica no contexto do ambulatório deve estar mais do que X dias sem uma avaliação da dor. A avaliação tem de contemplar alguns aspetos” (P3).</p> <p>“Deveria haver um período mínimo de avaliação... em cada patologia, se é oncológico ou não oncológico, qual o tempo médico que deve acontecer entre a identificação e a referenciação. Qual o tempo de espera? “ (P2).</p> <p>“Se tem opióide e dor controlada ele é avaliado três dias depois e no máximo aos oito dias; não tem opióide deve ser entre 15dias a 1 mês, e depois tudo depende da dor controlada e se têm ou não opióide. E depois vai alargando em função do controlo da dor” (P2)... “Ou telefona ou vem. Por norma telefona ao 3º dia e vem à primeira semana com dor controlada e vai espaçando ao longo do tempo” (P2).</p> <p>“este contacto tem de ser frequente e tem de ser definido localmente. Tentar chegar aquilo que se admite como o máximo para o contacto centrado na avaliação da dor em duas semanas...mais de duas semanas não será correto (P3).</p> <p>“Nos doentes com dor neuropática este timing não é o mais adequado, pois se falarmos em termos de controlo da dor através dos medicamentos, desde a 1ª avaliação, ainda não existem resultados. Aí só passado 1 mês ou 6 semanas se começa a ter resultados, é a altura dos picos terapêuticos” (P2)... “Neste aspeto é necessário acompanhamento não só relacionado com o controlo da dor mas também com a Adesão à terapêutica” (P2).</p>
<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - satisfação com o controlo da dor - satisfação com os profissionais - Controlo da dor / nível de dor - Impacto da dor nas AVD - Absentismo (...) 	<p>“Há Instrumentos de medida para avaliar a satisfação das pessoas com o controlo da dor” (P3) ... “instrumentos menos simplistas do que este de 0 - 10. Destes instrumentos poderemos inferir, porque normalmente existem instrumentos multifatoriais, inferindo algumas dimensões para poder pensar em critérios. (P3)</p> <p>“Uma coisa é a satisfação com os profissionais (competências relacionais e as amenidades), outra é a satisfação com o controlo da dor. Às vezes nestas avaliações os utentes/clientes confundem estes dois aspetos.</p> <p>“Mas há um instrumento que mede o impacto da dor nas AVD. Esse pode ser interessante pois com o score pode avaliar este mesmo impacto e ajudar a definir esses critérios” (P6) “um dos instrumentos é o BPI e é um dos instrumentos mais utilizados a nível internacional avaliando a severidade da dor e a interferência da dor nas atividades diárias. A interferência no trabalho, a interferência nas atividades do dia-a-dia, como andar, do relacionamento com os outros, vontade de viver, etc Este instrumento está traduzido e validado para a língua portuguesa” (P6).</p>

“Este pode ser um instrumento a utilizar para nos fornecer dados importantes para o diagnóstico DC” (P6).

“A interferência com o AC, com o compromisso na sua capacidade de desempenho, com as capacidades instrumentais mais avançadas, isto podia ajudar, apoiar os enfermeiros no diagnóstico” (P7).

Itens a serem avaliados:

- a intensidade da dor,
- aspetos relacionados com a interferência da dor na vida do dia-a-dia,
- as faltas ao trabalho, (P9)
- o compromisso na capacidade de desempenho nas atividades de autocuidado mais avançadas e instrumentais,
- o compromisso na capacidade de desempenho do autocuidado requisitos universais (tomar banho, ...)
- trabalhar é o desempenho de um papel... (P3)
- o compromisso da capacidade de desempenho do papel profissional e que se traduz por ex. nos últimos 30 dias + de 30% dos dias de trabalho...
- o compromisso nas atividades de lazer (P2)
- o compromisso no sono
- dependência de um familiar cuidador por dor
- compromisso na capacidade de gerir o regime medicamentoso ou o regime farmacológico, ser dependente de um prestador de cuidados
- dependente na capacidade de gerir o regime medicamentoso (P4)
- compromisso no relacionamento com os outros
- compromisso na gestão do regime terapêutico

“Não satisfação com o controlo da dor desejado - Eu posso não estar satisfeito com o meu nível de controlo da dor e preciso de ajuda para gerir melhor” (P7)

Neste estudo quantos é que não estão satisfeitos com a terapêutica? 20 e tal %? O controlo da dor não é eficaz.

“A dor tem várias dimensões e por vezes os doentes têm a sua dor controlada, mas outras dimensões não, por ex. a ansiedade, e isso por vezes não dá a ideia da dor controlada, da dor total... Às vezes melhoraram no nível de dor, no nível da funcionalidade, começaram a fazer as suas coisas em casa, vêm à rua, etc. mas a relação com o resto não está resolvido. São dimensões que têm tb que ser avaliados” (P2)

“Existem escalas que avaliam a dor (intensidade) e o nível de dor tolerável para a pessoa” (P6)

“O **absentismo** é relativo - existem pessoas que com um nível baixo de dor deixam de ir trabalhar, outros que com um nível de dor elevado vão trabalhar. Não pode ser um critério com o mesmo peso dos outros” (P1)

“Se uma pessoa tem DC e essa dor interfere com a capacidade de AC é algo elementar” (P7); “Isso depende da personalidade da pessoa, uma pessoa com uma personalidade mais dependente já não tomar banho... há coisas que nunca vamos conseguir avaliar em pormenor” (P9).

Se fosse com a **utilização de escalas**, tanto melhor, seria mais objetivo, mas não ser exaustivo... os critérios deveriam ser simplificados (P4).

Se de facto os enf^{os} seguissem as orientações até da OE daquele manual de boas praticas, a avaliação da dor já apareceria melhor delineado, a dor seria

	<p>mais valorizada, algumas orientações já existem, o que falta a valorização da dor, é a documentação dos cuidados, isso é que falta.</p>
<p>Indicadores</p> <p>- Centrados na organização</p> <p>- Centrados na pessoa</p>	<p>“É preciso tb olhar para isto, delineando tb indicadores centrados na organização. Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O cliente que não tem consultas extras para além das programadas • Ausência de recurso a consultas não programadas <p>Os indicadores de natureza clinica são mencionados a partir do diagnóstico da situação do doente (P3/ P5), os centrados na organização são os dados que estão disponíveis na organização, nunca são centrados no cliente” (P3/ P5).</p> <p>“Os centrados na organização são:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Os internamentos por dor não controlada ○ O consumo dos medicamentos - aqui vai variando, por exemplo o consumo de analgésicos na área da dor: 1º o consumo de AINE, o consumo de opiáceos, são indicadores que dizem coisas. ○ Consumo de psicofármacos ○ Recurso a consultas não programadas ○ Utilização de exames auxiliares de diagnóstico - numa fase inicial vai haver um aumento, mais custos, mas depois de estabilizado este indicador diminui (P9/ P2) ○ Referenciação para consulta de especialidade ○ Recurso à consulta telefónica ○ Satisfação do cliente com o controlo da dor ○ Satisfação com o atendimento proporcionado pelo profissional ○ O nº de episódios de agudização da dor ○ Recurso ao serviço de urgência por causa da dor ○ Reinternamentos” <p>“Quando os indicadores clínicos são melhores também os indicadores centrados na organização são melhores. A qualidade fica sempre mais barata do que a não qualidade” (P3); “ O desafio é melhorar no ponto de visto clinico” (P3).</p> <p>Relativamente ao nível de depressão aqui apresentado não quer dizer diagnóstico médico de depressão, mas pode ser avaliado o nível de depressão através de uma escala e não quer dizer que esteja já diagnosticado pelo médico o diagnóstico depressão (P9).</p> <p>Os níveis de ansiedade e depressão pode ser diagnosticada</p> <p>Resposta psicológica à dor cronica.</p> <p>A adesão às consultas pode ser um indicador pela positiva - no âmbito dos indicadores centrados na organização (P9).</p> <p>(...)</p>
<p>Indicadores</p> <p>- satisfação</p>	<p>“A satisfação em saúde em Portugal é muito elevada... porque as expectativas eram baixas, e quando são baixas, a satisfação é elevada. A avaliação da Satisfação tb tem a ver com a utilização de instrumentos e estes têm de ser multifatoriais, deve ter as diferentes dimensões, amenidades, aspetos relacionais, aspetos técnicos...</p>
<p>Indicadores</p> <p>- satisfação controlo da dor</p>	<p>“É um referencial que deve contemplar varias dimensões: uma é a dimensão da satisfação com o controlo da dor e depois devemos discutir quais os instrumentos, as cautelas a ter com os instrumentos, os que existem e podem ser usados. Este referencial é uma visão global são os marcos principais que servem de referência para quem quiser montar programas iluminados por isto.</p>

	<i>Aqui não vai resultar o instrumento, nesta dimensão há a possibilidade de dar indicações para possíveis instrumentos a serem utilizados em cada programa” (P3).</i>
Indicadores - <i>Recurso a uma segunda opinião</i>	<i>“Recurso a uma segunda opinião. Mesmo nas UDC os utentes vão por vezes a uma outra U... é o recurso a uma segunda opinião, depois escolhem a que acham mais adequada, aquela onde ficam mais satisfeitos. Percebem que as U têm logicas diferentes e assim vão aquela que à partida estão mais satisfeitos” (P2).</i>
Contacto para avaliação/reavaliação	<i>“Esse contacto pode não ser presencial, esse contacto pode ser via telefone por exemplo. Deve-se admitir as diferentes possibilidades...Tb deve haver critérios para o tipo de contacto que pode ser presencial, no CS ou no domicílio, ou telefónico. (AC) isto é mais operativo” (P3).</i>
Percurso/Roteiro clínico	<i>“A partir do momento em que a pessoa entra no programa tem de haver um roteiro clínico...Temos um roteiro e no máximo, a pessoa que está integrado neste referencial, de x em x tempo tem de ter um contacto com o enfermeiro que protagoniza o programa” (P3).</i>
Crítérios de alta do programa	<i>“A pessoa entrou para o programa...ok ...Depois tem de ter alta ... temos de ver novamente os critérios” (P3).</i>