



5º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

DISSERTAÇÃO DE Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NO
PÓS-OPERATÓRIO**

Helena Margarida Pereira Cunha

Leiria, setembro 2018



5º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NO
PÓS-OPERATÓRIO**

CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Estudante nº 5160025

Unidade Curricular: Dissertação

Orientador: Professora Doutora Catarina Lobão

Leiria, setembro 2018

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

Álvaro de Campos in “Acordar”

AGRADECIMENTOS

Um processo de investigação, apesar da sua essência individual, só é possível com a colaboração de um conjunto de pessoas, que através das mais diversas formas, contribuíram para a sua conclusão.

Os agradecimentos nunca conseguem expressar por inteiro a dedicação, a disponibilidade, a tolerância e os múltiplos apoios e ajudas recebidos.

Agradeço:

À Professora Catarina Lobão, pela sabedoria, experiência, idoneidade, reforço positivo, enorme disponibilidade que transmitiu ao longo desta caminhada, de forma eficiente e pela amizade que foi permitida desenvolver. Ao Professor Hugo Neves pela disponibilidade, carinho e partilha de conhecimentos e experiências.

A toda a minha família, ao anjo que tenho sempre comigo, e especialmente à minha mãe pelo apoio, pelas palavras de coragem e incentivo, pelo amor e sobretudo pela compreensão.

A todos os enfermeiros privilegiados de um Hospital privado da Zona Centro em Leiria, que contribuíram para tornar possível esta investigação, salientando a importância das suas informações para a valorização das conclusões alcançadas.

A todos aqueles que não consigo aqui enunciar em particular, mas que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

A TODOS o meu muito sincero OBRIGADA!

RESUMO

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial.

Com esta investigação pretende-se dar visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem na monitorização, controlo e gestão da dor, dando resposta aos seguintes objetivos: i) caracterizar as atitudes dos enfermeiros face ao uso das medidas não farmacológicas, utilizadas pela equipa de enfermagem de um Hospital privado da Zona Centro no controlo da dor, no período pós-operatório; ii) descrever as vantagens e desvantagens percebidas pelos enfermeiros na utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório; iii) construir um protocolo de intervenção não farmacológica, no controlo da dor pós-operatória.

Realizou-se um estudo qualitativo, recorrendo ao *Focus Group*, com uma amostra intencional de enfermeiros, que permitiu a construção de um protocolo de intervenção não farmacológica no controlo da dor.

Observou-se que é feita uma avaliação inadequada da dor por parte dos profissionais de saúde, incluindo a avaliação inicial, e a exploração das medidas a utilizar no alívio e controlo da dor, sendo as medidas não farmacológicas utilizadas em complemento. A reduzida implementação das medidas não farmacológicas, deve-se a constrangimentos, de campo de ação cognitivo; físico e de recursos humanos. Os benefícios na implementação destas medidas, são a nível de comunicação em enfermagem, a nível de gastos reduzidos no serviço nacional de saúde e a nível de aplicabilidade, dando autonomia à pessoa doente, no controlo da sua dor.

O protocolo elaborado, promove a qualidade em enfermagem, na gestão da dor pós-operatória, bem como sensibiliza a utilização das medidas não farmacológicas em combinação com as farmacologias, sendo também um modo de registo das mesmas.

Palavras-chave: Intervenção de enfermagem; dor; medidas não farmacológicas.

ABSTRACT

Pain is one of the main causes of human suffering, compromising people's quality of life, interfering in their physical and psychosocial welfare.

With this investigation it is intended to give exposure to the autonomous intervention of nursing in monitoring, controlling and managing pain, giving answers to the following goals: i) characterizing the nurses' attitudes relating to the use of non-pharmacological measures, used by a nursing team in a private Hospital of the central zone of Portugal in controlling pain, in the post-surgery period; ii) describing the advantages and disadvantages observed by the nurses when using non-pharmacological measures to control pain; iii) creating a non-pharmacological acting protocol, when controlling post-surgery pain.

It was done a qualitative research, having in mind the Focus Group, with a purposeful sample of nurses, that allowed the creation of a non-pharmacological acting protocol in controlling pain.

It was observed that it is done an inadequate evaluation of pain by the health professionals, including the diagnosis evaluation, and the exploration of measures to use to relief and control pain, being non-pharmacological measures used as a complement. The short use of non-pharmacological measures is due to some constraints, in the sphere of cognitive action, physical and of human resources. The benefits of implementation of these measures, are in the communication level in nursing, in the reduced monetary waste in the national health service and in the level of appliance, giving autonomy to the patient, in controlling his pain.

The protocol produced, promotes the quality in nursing services, in managing the post-surgery pain, as it emphasizes the use of non-pharmacological measures together with the pharmacological ones, being as well a way to record the same ones.

Key words: nursing intervention; pain; non-pharmacological measures.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 9

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 13

1. A DOR 14

1.1. TEORIAS DA DOR 15

1.2. NEUROFISIOLOGIA DA DOR 17

1.3. CLASSIFICAÇÃO DA DOR 20

2. GESTÃO DA DOR 24

2.1. AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR 25

2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR 28

2.3. REGISTOS 32

2.4. ASPECTOS ÉTICOS 33

3. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR 35

3.1. INTERVENÇÕES FÍSICAS 36

3.2. INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS 38

3.3. INTERVENÇÕES DE SUPORTE EMOCIONAL 39

4. BARREIRAS À APLICAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS 42

5. FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM DA DOR 44

PARTE II - PERCURSO METODOLÓGICO 47

1. OBJETIVOS 48

2. TIPO DE ESTUDO 49

3. DESENHO DO ESTUDO 52

4. PARTICIPANTES 54

5. TRATAMENTO DE DADOS 58

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 61

7. DISCUSSÃO DOS DADOS 73

CONCLUSÃO 79

BIBLIOGRAFIA 84

APÊNDICES

APÊNDICE I Pedido de autorização ao conselho de administração do hospital privado da zona centro; resposta.

APÊNDICE II Termo de consentimento informado dos participantes; questões demográficas e profissionais dos participantes.

APÊNDICE III Transcrição e análise de conteúdo das sessões focus group

APÊNDICE III Protocolo de intervenção não farmacológica de enfermagem no controlo da dor pós-operatória

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA 1** - Desenho do estudo. 53
- FIGURA 2** - Estrutura empírica do fenómeno (Focus Group 1) 611
- FIGURA 3** - Acolhimento/ Avaliação inicial (Algoritmo) 666
- FIGURA 4** - Acolhimento/ Avaliação inicial (Checklist) 666
- FIGURA 5** - Instrumentos de Avaliação da dor (Checklist) 677
- FIGURA 6** - Medidas Padrão (Algoritmo) 677
- FIGURA 7** - Medidas Padrão (Checklist) 688
- FIGURA 8** - Avaliação da dor e as intervenções não farmacológicas (Algoritmo) 688
- FIGURA 9** - Avaliação da dor e intervenções não farmacológicas (Checklist) 699
- FIGURA 10** - Reavaliação da dor e o entendimento no benefício (Algoritmo) 7070
- FIGURA 11** - Reavaliação da dor e o entendimento no benefício (Checklist) 70
- FIGURA 12** - Estrutura empírica do fenómeno (Focus Group 2) 70

ÍNDICE DE TABELAS

- TABELA 1** - Características sociodemográficas e profissionais dos Participantes 56

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra um curso de especialização e uma dissertação de natureza científica ou um trabalho projeto. A nossa escolha recaiu sobre a dissertação de mestrado que intitulamos de “Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório: Construção de protocolo de intervenção de enfermagem”.

Em 1991, foi constituída a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor filiada da Associação Internacional para o Estudo da Dor com sede no Instituto de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto, com o intuito de alertar a sociedade para o facto de a dor ser uma das complicações mais incapacitantes em toda a Europa.

Em 2001, foi implementado o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, pela Direção Geral de Saúde em colaboração estreita com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Este plano estabeleceu que todos os profissionais de saúde deviam possuir conhecimentos gerais sobre a abordagem da dor e determinou as Orientações Genéricas para o Controlo da Dor Aguda no Período Peri-Operatório, abordando as intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. A Dor Pós Cirúrgica, foi o tema assinalado no ano 2017, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor.

Em concordância, o Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, - *Regulamento nº 429/2018* - encontra-se descrito na unidade de competência: Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; destaca-se como critério de avaliação: “Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor” (Decreto-Lei n.º 135 - 16 de julho de 2018).

A Direção Geral de Saúde, tendo em conta a necessidade de um controlo da dor, publicou a Circular Normativa de 14 de junho de 2003, que edificou a dor como o quinto sinal vital (Direção Geral da Saúde, 2003).

Para a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também uma componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Ou seja, a dor não é apenas uma sensação, mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e elementos que lhe estão associados, devendo ser encarada como um modelo biopsicossocial.

Torna-se pertinente abordar o controlo da dor, como fenómeno universal, que deve ser encarado como uma prioridade comum a todos os enfermeiros, do ponto de vista humanitário e ético. A dor afeta a pessoa, independentemente do seu estado social, económico e cultural, produzindo sofrimento, frequentemente, intolerável e evitável, pelo que o seu controlo é um direito dos que dela padecem (Eler & Jaques, 2008).

A dor é assim uma das principais causas de sofrimento humano e embora existam vários tipos de dor, quando falamos da pessoa em situação crítica, devido à patologia que motivou o internamento e aos inúmeros procedimentos invasivos e não invasivos a que a pessoa está sujeita, falamos maioritariamente de dor aguda, o que direciona, de forma distinta, a intervenção de enfermagem, para o alívio dos sintomas, de forma a proporcionar conforto e diminuir as complicações resultantes da sua presença, tais como o aumento da instabilidade e conseqüente risco, maior sofrimento, maior probabilidade da transformação da dor aguda em dor crónica e como tal, um aumento dos custos em saúde (International Association for the Study of Pain, 2011).

O conhecimento científico, chama a atenção para os efeitos nocivos da dor aguda pós-operatória e a sua influência negativa na recuperação da pessoa doente. Sendo a dor uma vivência complexa, é possível que, para a aliviar, as estratégias múltiplas tenham mais resultado do que uma única abordagem, sobressaindo assim o uso das medidas não farmacológicas em combinação com as farmacológicas. Estudos têm sido conduzidos para mostrar a necessidade de os hospitais organizarem serviços de dor aguda pós-operatória, com vista à melhoria do tratamento da dor e para avaliação do processo de recuperação do paciente, redução do tempo de internamento e uso de técnicas analgésicas mais eficazes.

O desconhecimento dos benefícios dos métodos de tratamento não farmacológico para a dor, bem como a pouca confiança depositada na sua eficácia, justifica a necessidade de maior estudo e divulgação.

Um estudo desenvolvido em 2012, sobre a Prevalência e Características de dor em 141 pacientes internados num hospital Português revelou uma maior prevalência (69,8% dos doentes) de dor nos serviços cirúrgicos (Silva & Dixe, 2013).

Fonseca, Lopes, e Ramos, (2013), afirmam que o recurso às estratégias farmacológicas é mais uma forma de atenuar a dor, no entanto, acrescentam que a utilização isolada dos recursos farmacológicos demonstrou-se insuficiente, pelo que as medidas não farmacológicas constituíram um importante recurso na atenuação da dor, especialmente quando combinadas com o regime medicamentoso. O estudo de Silva, Martins e Jardim (2016), comprovam que medidas farmacológicas e não farmacológicas complementam-se no alívio da dor.

O estudo aqui apresentado surge de uma crescente inquietação pessoal de que o controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, um direito da pessoa e um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde. Com esta investigação pretende-se dar visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem na monitorização, controlo e gestão da dor, dando resposta aos seguintes objetivos: i) caracterizar as atitudes dos enfermeiros face ao uso das medidas não farmacológicas, utilizadas pela equipa de enfermagem de um Hospital privado da Zona Centro no controlo da dor, no período pós-operatório; ii) descrever as vantagens e desvantagens percecionadas pelos enfermeiros de um Hospital privado da Zona Centro na utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório; iii) construir um protocolo de intervenção não farmacológica, no controlo da dor pós-operatória, tendo por base a perceção dos enfermeiros a desempenhar funções num Hospital privado da Zona Centro.

De modo a dar resposta aos objetivos descritos encetou-se um estudo de investigação do tipo descritivo e exploratório, utilizando uma abordagem qualitativa.

Por se considerar que o profissional de enfermagem ocupa uma posição privilegiada na abordagem da dor e no contacto com o doente, procedeu-se à recolha de dados através de *Focus Group*, realizados entre os meses de maio e julho de 2018, numa amostra de conveniência de sete enfermeiros de um hospital privado da Zona Centro.

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes elementares. Na primeira, procedemos ao enquadramento teórico onde abordamos a temática da Dor, as intervenções não farmacológicas da dor e a abordagem do profissional de enfermagem

perante a dor. A segunda parte é reservada ao percurso metodológico, onde estão descritos os objetivos da investigação, assim como o tipo de estudo, os participantes e o tratamento dos dados. De seguida, são apresentados, analisados e discutidos os dados obtidos.

Para terminar, a conclusão, onde é apresentada a síntese global do trabalho, uma reflexão acerca do percurso realizado e algumas propostas.

Este trabalho foi redigido obedecendo ao Novo Acordo ortográfico e tendo por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, compromete a qualidade de vida das pessoas e interfere no seu bem-estar físico e psicossocial. (Direção Geral da Saúde, 2013).

Considerando os aspetos qualitativos e quantitativos da sensação dolorosa e das diferentes emoções envolvidas, os significados que a pessoa atribui à dor afetados pelos vários fatores socioculturais, história pessoal e familiar, assim como a componente comportamental, no que concerne à expressão da dor e à conduta para lidar com a gestão da dor. Atendendo à importância da dor, enquanto fenómeno fisiológico, para a integridade do indivíduo a sua abordagem e gestão foi considerada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

No sentido de compreender e aprofundar os conhecimentos, procuramos definir o conceito de dor, enunciando as medidas não farmacológicas utilizadas no controlo e gestão da dor e as intervenções do enfermeiro perante a dor no pós-operatório.

1. A DOR

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

Leça, Fernandes e Vieira (2006) descrevem, que na antiguidade os primeiros registos referentes ao tratamento da dor, eram observados em papiros egípcios datados do ano quatro mil antes de Cristo.

Estando relacionada ao mal e à magia, o seu alívio era da responsabilidade de sacerdotes e feiticeiros. Com o desenvolvimento de várias ideias, foi apenas no século XIX que se iniciaram os avanços científicos para a terapia da dor. (Barreira & Gomes, 2008).

Sendo imperativo uma definição de dor, de modo a simplificar o entendimento e a comunicação de carácter universal, a Associação Internacional para o Estudo da Dor, em 1976, criou uma Subcomissão de Taxonomia da Dor. Esta, em 1979, apresentou o resultado do seu trabalho, que foi submetido à Assembleia Geral em Congresso e à Organização Mundial de Saúde para inclusão na Classificação Internacional de Doença. A dor foi definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada com lesão tecidual real ou potencial descrita em termos de tal lesão. (Sousa, 2009).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a mesma é vivenciada em todo o mundo, afetando diferentes partes do corpo e com diferentes níveis de intensidade. Verifica-se que 95% da população global já experienciou dor no corpo e mais de metade da população no mundo sofre de dor com regularidade. Durante o percurso de vida, a dor é uma das principais razões de recurso a consulta médica, a toma de medicação e de absentismo laboral.

Em Portugal, o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008) adotou a definição de dor preconizada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor justificando que, esta definição tem como resultado a capacidade de a dor afetar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta

não só os aspetos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.

Segundo Teixeira e Durão (2016) a dor está quase sempre conexas à pessoa em situação crítica, sendo a sua manifestação relacionada, quer com a patologia de base, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita. A experiência vivida pelo doente é agravada, pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade, que obviamente se reflete no seu estado geral. Partilhamos da ideia destes autores, quando afirmam que a dor está ligada à pessoa em situação crítica, acrescentando a ideia de que a incapacidade de comunicar verbalmente por parte do indivíduo em situação crítica, não nega a possibilidade que este esteja a experienciar dor e necessite do seu alívio.

Em âmbito hospitalar, a dor aguda de maior prevalência é a do pós-operatório, comumente associada a dano tecidual, podendo manifestar-se de forma intensa ou moderada em 40% a 60% dos casos, prevalecendo após cirurgias extensas, como as torácicas, abdominais, renais e ortopédicas. (Caixeta, Stival & Lima, 2012).

Contudo, podemos dizer que a dor deve ser considerada um verdadeiro problema de saúde pública, pela sua frequência e pelo seu potencial para causar incapacidades, indo de encontro com a promoção da qualidade de vida e de humanização dos cuidados de saúde, exige uma atuação planeada e organizada, por parte da equipa de saúde.

1.1. TEORIAS DA DOR

Ao longo dos séculos foram surgindo várias teorias na tentativa de explicar o fenómeno da dor. Para Quartilho (2001, p. 173), a teoria de Descartes, abriu as portas para que a neurociência explicasse os mecanismos da dor, no século XVII:

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

Von Frey em 1895 desenvolveu a *Teoria da especificidade* – propondo um sistema específico de dor que transporta mensagens de centros recetores da pele (sensoriais

específicos) que transmitem o tato, o calor e a dor, até um centro específico cerebral. (Ogden, 2004). Apesar de ter contribuído, naquela época, para se perceberem os mecanismos da dor, esta apresenta atualmente grandes limitações. Na nossa interpretação, esta teoria não valoriza os aspetos psicológicos da percepção da dor e a variabilidade das respostas.

Várias teorias da dor surgiram durante o século XX. O limite das teorias modernas sobre a dor, surge em 1965 na Inglaterra. Onde foi apresentada pela primeira vez - a *Teoria do portão ou Gate Control Theory*. É do psicólogo canadense Ronald Melzack (N.1929) e do psicólogo britânico Patrick D. Wall (N.1925-2001). Esta teoria alega que a espinal medula tem um mecanismo de portão que inibe ou promove a transmissão de impulsos dos nervos periféricos para o cérebro, propicia atualmente a explicação mais abrangente do fenómeno dor. O termo “porta” foi adotado para descrever os mecanismos da medula espinal que regulam a transmissão dos impulsos dolorosos entre a periferia e o cérebro (Kopf & Patel, 2010).

A *Teoria do Portão* admite existir nos cornos posteriores medulares, um mecanismo neural que se comporta como um portão, podendo aumentar ou diminuir o débito dos impulsos transmitidos desde as fibras periféricas ao sistema nervoso central. O influxo somático é influenciado pela capacidade reguladora deste portão, mesmo antes de criar uma percepção à dor e conseqüente reação. O grau de aumento ou diminuição da transmissão sensitiva que o portão produz é estabelecido pela atividade das fibras grossas (A-beta) e finas (A-delta e C) assim como, por influências descendentes vindas do cérebro. Quando a quantidade de informação que atravessa o portão excede um nível crítico, são ativadas as zonas neurais responsáveis pela experiência dolorosa e sua respetiva reação. (Sousa, 2009).

Esta teoria foi importante porque não considerava o sistema nervoso central como um simples meio passivo de transmissão de sinais nervosos, mas como um sistema nervoso central que se alterava “ativamente” perante a transmissão dos impulsos nervosos. No entanto, enfatizava uma visão estritamente neurofisiológica da dor, ignorando as influências culturais (Kopf & Patel, 2010).

Na opinião de Dias (2007) a *Teoria do Portão* justifica a implementação das medidas não farmacológicas no controlo da dor. O sistema opióide endógeno é constituído pelas endorfinas (β endorfinas, encefalinas e dinorfina) péptidos semelhantes à morfina, são

produzidos naturalmente, pelas sinapses neurais do Sistema Nervoso Central. Estas organizam a transmissão das percepções da dor unindo-se a recetores opióides específicos que estão em várias regiões do cérebro e na substância gelatinosa dos cornos posteriores da medula.

1.2. NEUROFISIOLOGIA DA DOR

A Teoria do Portão confirmou que a dor não é apenas uma experiência sensorial, mas sim uma integração completa de dimensões sensoriais afetivas e cognitivas. A percepção da dor e as reações à dor não são previsíveis, diferindo em cada pessoa e em cada experiência. Assim sendo, a dor, foi considerada como uma reação a um estímulo nociceptivo, sendo interpretada como um mecanismo de proteção do organismo. Atualmente, sabe-se que a dor é mais complexa do que um sistema de ação e reação, ou seja, é reconhecida como uma experiência em vez de uma sensação (Bernacchio, Contin, & Mori, 2005).

Os mesmos autores, ao reconhecerem a dor como uma experiência, entendem que esta incorpora componentes como a personalidade e influências ambientais. Assim, a percepção, expressão e reação de dor são influenciadas por variáveis genéticas, ambientais, familiares, psicológicas sociais e culturais.

De acordo com Lopes (2003), na grande maioria dos casos, a dor resulta da ativação de neurónios aferentes primários específicos - nociceptores - ou da lesão ou disfunção desses nociceptores ou do sistema nervoso central. Teixeira (2004), refere que, os nociceptores - “recetores para dor” - na pele e em outros tecidos são terminações nervosas livres, que estão espalhados nas camadas superficiais da pele, bem como em certos tecidos internos como perióstio, parede dos vasos sanguíneos, superfícies articulares e a dura-máter craniana. Estes recetores são ativados em situações em que há lesões de tecido, causando dor. Assim, a principal função dos nociceptores, é transformar a energia patente nos estímulos ambientais em impulsos nervosos, ou seja, potenciais de ação, e conduzi-los até ao sistema nervoso central, onde são interpretados como dor.

Fisiologicamente a dor é deflagrada por estímulos intensos e potencialmente lesivos que ativam os nociceptores e desencadeiam reação inflamatória, com libertação de mediadores químicos que, culminam nas alterações vasculares e imunológicas

inflamatórias. São conhecidos 3 tipos de estímulos: mecânicos (exemplo: impacto, fricção, rompimento), térmicos (exemplo: calor, mais de 45°C; ou frio) e químicos (substâncias químicas ou por exemplo: prostaglandina, no processo inflamatório) (Fernandes & Gomes, 2011).

A exposição intensa e prolongada a esses estímulos provoca alterações cardiovasculares tais como: taquipneia, retenção hídrica, elevação dos níveis glicêmicos, alterações na coagulação e redução da resposta imune. Os “recetores para dor”, ao contrário da maioria dos outros recetores do corpo, têm pouca capacidade de adaptação. Compreende-se esta ausência de adaptação dos nociceptores, pois, possibilita que a pessoa esteja ciente da presença de um estímulo lesivo enquanto a dor persistir (Meier et al., 2017).

A nociceção é o componente fisiológico da dor, portanto, a dor compreende três mecanismos básicos: os processos de transdução, transmissão e modulação do estímulo nociceptivo (Lopes, 2003).

Entende-se que, a transdução é o início da sequência dos eventos que originam o fenómeno sensitivo doloroso é a transformação dos estímulos ambientais (físicos ou químicos) em potenciais de ação, que, das células nervosas do sistema nervoso periférico, são transferidos para o sistema nervoso central, sobe a forma de energia. Entende-se como o fenómeno que se dá pela transformação do estímulo em potencial de ação (Fernandes & Gomes, 2011).

Esse processo de conversão energética depende, em grande parte, de propriedades específicas de canais iónicos e recetores presentes na membrana das terminações periféricas dos nociceptores. Os axónios nociceptores aferentes primários comunicam com a espinal medula pela raiz dorsal e terminam na substância cinzenta da medula. A mensagem da dor é transmitida pelas fibras ditas A-delta, e as fibras ditas C (Batalha, 2010).

Após um estímulo doloroso ser captado pelas fibras A-delta e as fibras ditas C, o primeiro neurónio inicia o processo de transdução do estímulo, no qual este é convertido em atividade eletrofisiológica para poder ser transmitido por impulsos nervosos através do sistema nervoso. Para isto, as fibras nervosas contam com os canais de sódio, para fazer a despolarização do neurónio com vista a iniciar a transmissão do impulso nervoso (Pinto, 2013).

Segue-se a transmissão na qual o impulso elétrico gerado percorre vias do sistema nervoso, até chegar ao córtex cerebral. As fibras nervosas localizadas na pele (ou noutro tecido) transmitem a informação do sinal doloroso, através do primeiro neurónio passando à medula espinhal, onde fazem sinapse com o segundo neurónio. Desta forma as fibras nervosas de localizações próximas vão convergir na medula espinhal, agrupando-se nos diferentes níveis. (Pinto, 2013).

É ao nível da sinapse entre o primeiro e o segundo neurónio, na medula espinhal, que ocorrem processos de modulação do impulso nervoso. A energia, após ter sido conduzida por todo o primeiro neurónio aferente a quando da sinapse, dá-se um influxo de cálcio, que liberta a substância P, por exocitose, exercendo os seus efeitos no segundo neurónio. O segundo neurónio propaga o sinal até ao cérebro, passando pelo tálamo, incluindo dois sistemas: neoespinalâmico e paleoespinalâmico (Steeds, 2013)

O primeiro sistema neoespinalâmico, é a via responsável pela comunicação dos componentes sensorial-discriminativos da dor, transmitindo uma dor que é precisa, bem definida, bem localizada, intensificada e discriminada, para pontos específicos do tálamo. Enquanto que o segundo, é responsável pelos componentes afetivo, motivacional e avaliativo do processo doloroso, transmite uma dor que não consegue ser analisada com precisão, quanto à localização, intensidade e características. Após processamento pelo tálamo, envia o sinal de forma difusa para: córtex límbico e frontal, hipotálamo, núcleos motores (Fernandes & Gomes, 2011).

Embora a informação nociceptiva atinja muitos alvos supra-espinhais, o tálamo continua a ser considerado como uma estrutura fundamental para a perceção da dor. Os diversos núcleos talâmicos desempenham funções diversas e complementares no processamento da informação nociceptiva. Do tálamo a informação ascende para o córtex sensorial somático, caracterizando e localizando a dor. Portanto, sem os núcleos talâmicos a informação de dor não será assimilada pelo córtex. Após a ativação dos nociceptores por estímulos dolorosos e iniciada a transmissão do impulso doloroso, a via de inibição da dor é ativada por mecanismos endógenos de controlo da dor (Pinto, 2013).

A modulação do sistema nociceptivo efetua-se por intermédio da “teoria do portão”, ou seja, a porta abre por ação de um neurotransmissor de excitação (substância P), e fecha pela libertação de neurotransmissores de inibição (Fibras A-delta) e neuromoduladores endógenos (opiáceos endógenos: endorfinas, encefalinas) que modulam a produção de

substância P, criando uma ação analgésica, bloqueando assim a percepção de dor antes de chegar ao cérebro (Batalha, 2010). Pinto (2013), diz que é esta a base para o funcionamento da fricção / massagem como alívio da dor: numa situação de dor, através de diferentes formas de toque, as fibras A-delta são ativadas e fecham o “portão”, inibindo assim, o estímulo doloroso, total ou parcialmente. Porém, essa modulação não é suficiente para impedir a passagem do estímulo nociceptivo, pois, se assim o fizesse não sentiríamos dor (Batalha, 2010).

Em suma, de um estímulo desagradável como uma picada, passa a um influxo nervoso que excita as células nervosas os neurónios. Estes estímulos transformam a informação numa mensagem química, por intermédio de moléculas chamadas neurotransmissores. Em seguida, esta mensagem passa para a espinal medula, desta para o centro cerebral da dor, o tálamo e, finalmente, para as zonas inteligentes do cérebro que catalogam, localizam e memorizam a dor (Fernandes & Gomes, 2011).

1.3. CLASSIFICAÇÃO DA DOR

Para Barreira e Gomes (2008), a dor é difícil de qualificar ou quantificar de modo totalmente satisfatório. A dor constitui um dos problemas mais intrigantes para as ciências da saúde, constituindo um grande desafio.

Costa, Santos, Alves e Costa (2007), por sua vez, diz que a dor pode ser classificada de acordo com vários critérios, relativos à patogénese, à duração, ao local de origem e à causa. A classificação da dor permite obter informações importantes sobre a sua origem e adequar o plano terapêutico ao tipo de dor.

A dor deve ser classificada de acordo com a temporalidade e a fisiopatologia da mesma (Ministério da Saúde, 2001). Tiago (2016) reforça esta classificação dizendo que a classificação da dor pode ser feita de acordo com a temporalidade (em função da duração) e a fisiopatologia (mecanismos patológicos inerentes).

Temporalmente a dor pode ser classificada em: dor aguda, crónica e recorrente. (Eler & Jaques, 2008). Assim sendo, os mesmos autores, descrevem a *dor aguda* como aquela que se manifesta transitoriamente, num tempo que pode ser de minutos até semanas, relacionada com algum tipo de trauma dos tecidos ou órgãos. Já a *dor crónica* caracteriza-se por duração prolongada e continua de meses a anos e está geralmente articulada a

algum processo de doença crónica, sendo que pode ocorrer mesmo depois da causa ter sido tratada. Por último, a *dor recorrente*, é aquela que ocorre em períodos de curta duração de tempo, repete-se com frequência, pode ocorrer durante toda a vida do indivíduo, embora com intervalos de tempo.

Howard e Steinmann (2011), acrescentam que a *dor aguda* está habitualmente relacionada com um acontecimento patológico e possui uma importante função fisiológica de aviso, existindo claramente uma resposta do organismo a um agente agressor, tem um início repentino e uma duração transitória. Consideram a *dor crónica* como aquela que persiste após o tempo admissível para a cura de uma lesão ou que está relacionada com processos patológicos crónicos, causando dor contínua. Geralmente não há resposta fisiológica associada, é insuficientemente delimitada no tempo.

Fisiologicamente a dor pode ser descrita com o recurso a três categorias: *Dor Nociceptiva*, *Dor Neuropática* (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007) e *Dor Psicogénica* (Vaz, 2015).

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.24), define *dor nociceptiva* como uma dor originada de “uma lesão tecidual contínua, estando o Sistema Nervoso Central íntegro”, associada a dor somática e dor visceral. O dano pode ter origem somática (recetores da pele, músculo e osso), sendo que a dor é geralmente bem localizada ou origem visceral (compressão, infiltração ou distensão de vísceras torácicas ou abdominais), em que a dor é habitualmente referida pelos doentes com uma localizada pouco específica.

Esclarecendo, a dor nociceptiva é provocada por uma lesão tecidual que estimula diretamente os recetores da dor, estando o sistema nervoso íntegro. Pode ser somática ou visceral, de acordo com o local de origem. A dor somática é descrita geralmente como uma picada ou aperto, podendo ser superficial ou profunda. A dor visceral é habitualmente de difícil localização, descrita como uma moinha, podendo ser irradiada e frequentemente acompanhada por reações independentes (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007).

A *dor neuropática* é definida atualmente como uma “dor causada por uma lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial”. É particularmente problemática pela etiologia heterogénea, cronicidade e resistência às terapias convencionais (Mateos, 2009).

A dor neuropática deve-se a um compromisso neurológico, sem lesão tecidual ativa. Resulta de lesão de fibras nervosas e o impulso doloroso origina-se nas vias nervosas em vez de nas terminações nervosas, sendo projetada para a área de inervação do respetivo nervo (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007).

A dor neuropática poderá ser ainda classificada em central ou periférica, consoante a localização da lesão/disfunção que induz a dor, uma vez que apresentam manifestações clínicas distintas. É referida pelos doentes como queimadura, formigueiro, dormência, picadas e/ou choques elétricos. Podemos afirmar que existe um défice na modulação da dor, sendo que a sua intensidade não é diretamente proporcional ao estímulo, ao contrário do que acontece na dor nociceptiva (Watson, Lucas, Hoy, & Wel, 2009).

A Organização Mundial de Saúde descreve a dor neuropática como *mixed pain*, pois esta pode coexistir com a dor nociceptiva, sendo que em algumas doenças a pessoa pode apresentar dor somática, visceral e neuropática, ao mesmo tempo ou cada uma delas separadamente, em diferentes momentos (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007).

A *dor psicogénica* é de origem psicossocial, não havendo lesão tecidual ativa (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007). Geralmente, a *dor psicogénica*, surge em doentes ansiosos que vivenciam uma situação de stress ou outro distúrbio psíquico (exemplo: alucinações). Habitualmente nestas situações verifica-se uma resposta exagerada a estímulos (Abrahm, 2014). A perceção da dor psicogénica é individual, e depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo. Sendo muitas vezes difícil distinguir as componentes físicas das emocionais, é importante não nos esquecermos que toda a dor é real (Phipps, Sands & Marek, 2003).

Rigotti e Ferreira (2005) referem que, a dor, afeta a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores em todas as dimensões: física, psicológica, social e espiritual.

Posto isto, podemos antecipar que, muitos são os desafios encontrados quando se procura compreender a classificação da dor, sendo a "*dor fantasma*", a classificação mais desafiante, relativamente comum em pacientes amputados. Também conhecida como *dor projetada*, a "*dor fantasma*", é retratada quando o paciente refere dor no membro que foi amputado cirurgicamente (Cunha, 2015).

A definição de amputação mais frequentemente aceite é a de que esta se trata de uma ablação total ou parcial de um segmento corporal pelo ato cirúrgico terapêutico ou pelo

traumatismo acidental. A amputação é uma situação particularmente desfigurante que historicamente transporta consigo uma imagem de mutilação, derrota e incapacidade. Ao mesmo tempo é um ato médico-cirúrgico e uma decisão terapêutica que, embora drástica e de último recurso, tem como objetivo salvar uma vida. (Preto, Martins, & Barreira, 2015).

A etiologia da dor fantasma é desconhecida, mas supõe-se haver uma memória somato-sensorial que não se localiza especificamente numa região do cérebro, mas que envolve uma complexa interação de redes neurais no cérebro. (Miceli, 2002).

A dor fantasma fundamenta-se em fatores psíquicos e fisiológicos, associada à reorganização e mudança no sistema somatossensorial, cuja plasticidade é diferente em pessoas amputadas, com ou sem manifestação da dor fantasma associada. Alterações no sistema nervoso central, na forma de manifestação da dor neuropática e em fatores de origem psicológica descrevem os mecanismos de ação da dor fantasma (Souza, Oliveira, Garcia, & Gervásio, 2016).

Há, obviamente, contribuição de fatores psicológicos para a dor fantasma, já que a crise pode ser desencadeada por transtornos emocionais. No entanto, a dor fantasma não é essencialmente psicogénica, uma vez que ela pode ser aliviada por meio de bloqueio nervoso e não ocorre com mais frequência em doentes neuróticos. Os transtornos emocionais ocorrem nos doentes com dor no membro fantasma, não sendo a sua causa principal. Durante o período pós-operatório a manutenção dos doentes em ambiente adequado, o uso precoce de prótese, o retorno rápido às atividades profissionais reduz a ocorrência de dor fantasma (Demidoff, Pacheco & Sholl-Franco, 2007).

2. GESTÃO DA DOR

Relativamente à atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, Rigotti e Ferreira (2005), consideram que esta compreende a identificação de queixa álgica, a caracterização da experiência dolorosa, a verificação das consequências da mesma no funcionamento biológico, emocional e comportamental da pessoa, o reconhecimento de fatores que vão contribuir para a melhoria ou agravamento da queixa, a escolha de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas implementadas.

Desde a Circular Normativa nº 09 da Direção Geral de Saúde datada de 14 de Junho de 2003, que fica explícito o dever do profissional de saúde o controlo eficaz da dor, contínuo e regular com recurso às diversas técnicas de controlo, otimização da terapêutica, constituindo este um direito da pessoa doente e uma forma efetiva de humanização das unidades de saúde.

Cuidar de uma pessoa com dor exige mais que uma simples abordagem, exige uma intervenção muito mais complexa e abrangente capaz de envolver todos estes componentes. A dor exige dos enfermeiros uma atenção extrema e uma aptidão e sensibilidades especiais para a sua avaliação, contribuindo para a garantia de cuidados humanizados. Incluir várias intervenções autónomas de enfermagem, podem auxiliar a pessoa que manifesta dor, destaca-se: estabelecer relação de empatia com a pessoa que sente dor; ensinar à pessoa a resposta da dor; ensinar à pessoa medidas para o alívio da dor; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e relaxamento; usar analgesia imaginada; diminuir os estímulos nocivos; explicar que a fonte de estímulos nocivos foi removida ou diminuída; oferecer apoio, tranquilização e compreensão, que podem aliviar a dor atual ou prevenir a dor futura (Barreira & Gomes, 2008).

Do descrito acima, compreende-se que cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas também, mostrar na relação profissional/cliente, interesse, compaixão, afetividade, consideração e torná-lo satisfeito com o seu viver.

Para Barreira e Gomes (2008), as ações desenvolvidas pelo enfermeiro serão tanto mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e interpretação da dor e das

suas manifestações no doente. É importante que o enfermeiro entenda a necessidade de compreender e ter um olhar humanístico para com a pessoa com dor. É necessário ouvir a pessoa em situação de dor e procurar opções para amenizar o sofrimento.

Teixeira e Durão (2016), reforçam que o controlo e gestão da dor na pessoa em situação crítica, envolve não só a sua avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas).

2.1. AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR

Avaliar a dor diz respeito à descoberta da natureza e significado da experiência dolorosa, através de um conjunto de informações designadas de história da dor. A avaliação torna-se assim essencial na identificação e quantificação da dor, na formulação dos diagnósticos e no planeamento dos cuidados (Organização Mundial de Saúde, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (2008), esclarece que, na colheita de dados sobre a história de dor, devem constar os seguintes aspetos: exame físico; descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de comunicar a dor/expressões de dor; fatores de alívio e de agravamento; estratégias de *coping*; implicações da dor nas atividades de vida; conhecimento/entendimento acerca da doença; impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor; sintomas associados; descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Para Lima (2017), a avaliação consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor e a situação clínica. A avaliação da dor é a intervenção que fundamenta os juízos clínicos sobre as estratégias farmacológicas e não farmacológicas a implementar e que permite aferir sobre a sua eficácia. Na quantificação da dor existem dois tipos de avaliação, a autoavaliação, onde o utente classifica a sua dor; a heteroavaliação, também chamada de avaliação comportamental, onde é o profissional a obter um resultado com base na observação do comportamento do utente. Sendo a autoavaliação considerada como o padrão de ouro e o autorrelato o indicador mais específico, o seu uso é recomendado a partir dos três a quatro anos de idade. Habitualmente, o esquecimento das populações especiais, nomeadamente dos doentes com dificuldade ou impossibilidade de

comunicação verbal é apontado como uma das barreiras a uma adequada avaliação da dor (Ritto, et al., 2012).

Existem algumas particularidades a ter em conta no que diz respeito à dor aguda pós-operatória pois, esta é muitas vezes descrita pelo doente como contínua e normalmente referenciada à incisão cirúrgica, a sua exacerbação relaciona-se com a presença de tosse, mobilização no leito ou mudança do material de penso, e é habitualmente proporcional ao grau de destruição tecidual, desaparecendo com a resolução da lesão, pelo que é normalmente uma situação autolimitada, havendo uma melhoria progressiva num período de tempo relativamente curto (Valentim, 2008).

Os quatro objetivos de avaliação da dor, definidos por Scopel, Alencar, e Cruz (2007), traduzem-se em: 1) estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o síndrome doloroso, o que significa perceber as suas causas e os aspetos que podem interferir na vivência da dor; 2) identificar as consequências ou limitações do quadro álgico na pessoa, essencialmente nas suas atividades de vida diária; 3) nortear a escolha das intervenções analgésicas, com base nas características da dor identificadas e 4) verificar o resultado das intervenções desenvolvidas para melhorar o quadro álgico, através de reavaliações subsequentes.

Já a Ordem dos Enfermeiros (2008, p.13), por sua vez, definiu no documento: Dor – Guia Orientador de Boa Prática catorze princípios de avaliação e controlo da dor:

“1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor; 2. A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica; 3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas; 4. A perceção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida; 5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua; 6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação; 7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada; 8. Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor; 9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família; 10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida; 11. Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de

tratamento quando o alívio da dor é inadequado; 12. Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional; 13. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor; 14. Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.”

Rigotti e Ferreira (2005), explicam que a dor deve ser avaliada em vários momentos: na admissão do doente, após um procedimento doloroso, com o aparecimento de uma nova queixa algica e, rotineiramente, em intervalos regulares, dependendo da natureza e magnitude do fenómeno.

De acordo com Ribeiro e Cardoso (2007), existem dimensões da dor que, devem ser sistematicamente avaliadas, ou seja, a localização, a intensidade e a qualidade da dor. A necessidade de promover o alívio da dor, do stresse e do desconforto aos pacientes é uma constatação na vida dos enfermeiros. A queixa de dor deve sempre ser valorizada e respeitada, devido ao desconforto que ela manifesta.

Um estudo de 2017, sobre a “Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: que realidade?”, no que respeita à reavaliação da dor, em 86% dos episódios (n-239) não existe documentada reavaliação de dor (Silva, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (2008), ressalva que é indispensável “garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção”, o que ficará comprometido se não se existir o registo da reavaliação da dor.

Souza e Corgozinho (2016), afirmam que a pessoa com dor aguda deve ter a sua dor reavaliada não mais do que uma hora após administração analgésica, ou a cada relato de variação de dor. Se a medida farmacológica não reduzir a dor a um nível aceitável, deve ser ponderada a alteração do seu plano de cuidados.

Pereira (2011) também salienta no seu estudo escassez de registos no âmbito de reavaliação da dor após implementação de medidas não farmacológicas. A autora refere que os enfermeiros admitem a implementação de medidas não farmacológicas, contudo

nem sempre as documentam, pelo facto de não refletirem acerca da sua importância ou por não as valorizarem como tal.

Segundo Barreira e Gomes (2008), a utilização sistemática de instrumentos (escalas, inventários, questionários, entre outros) tem sido entendida como uma mais valia na avaliação da dor. Assim sendo, o mesmo autor, explica que existem escalas unidimensionais e multidimensionais. As primeiras avaliam a intensidade da dor e são mais utilizadas na dor aguda, e as segundas avaliam vários aspetos da dor, mais usadas na dor crónica.

Os estudiosos na área da dor recomendam a utilização de instrumentos de avaliação multidimensionais. As escalas permitem identificar a intensidade da dor da pessoa, implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia (Teixeira & Durão, 2016). Contudo, Souza e Corgozinho (2016), reconhecem que é um desafio para o enfermeiro, adaptar cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora de cada pessoa, para que os dados subjetivos referidos possam ser traduzidos da forma mais objetiva possível. Sugerem, a utilização de protocolos padronizados para que todos os profissionais avaliem de forma sistemática as experiências dos pacientes.

2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

É fundamental repetir a importância da utilização de instrumentos de avaliação da dor enquanto premissa fundamental para uma adequada caracterização da mesma (Ritto, et al., 2012).

Os instrumentos a usar devem ser adaptados ao grupo etário, ao estado de consciência da pessoa doente, sendo que a escala usada para esta pessoa deverá ser a mesma em todo o processo, ou seja, a avaliação da dor deve ser ensinada no pré-operatório, deve ser instituída nas fases de recuperação e estender-se ao momento após a alta hospitalar (Sarmiento, et al., 2013).

A avaliação é fundamental para o controlo da dor, dada a importância da problemática, a Direção Geral de Saúde publicou a Circular Normativa N° 9/DGCG em junho de 2003 que estabeleceu a Dor como 5° sinal vital. Considerando como norma de boa prática, dos

serviços de saúde, o registo sistemático da dor, esta norma define a utilização para mensuração da intensidade da dor a “Escala Visual Analógica”, a “Escala Numérica”, a “Escala Qualitativa” e “Escala de Faces”, estando estas validadas nacionalmente (Direção Geral da Saúde, 2003).

Na *Escala Visual Analógica* utiliza-se uma linha de 10 cm de comprimento, onde numa das extremidades tem a classificação “sem dor” e na outra tem a classificação “dor máxima”. A pessoa doente tem que assinalar, com um traço ou cruz, um ponto que represente a intensidade da sua dor. Medindo-se com uma régua desde o início da linha, ponto zero, até ao fim, ponto 10, obtendo assim uma classificação numérica. Destina-se a população com idade igual ou superior a seis anos e avalia todos os tipos de dor. Apresenta a vantagem de não influenciar a pessoa, sendo bastante fidedigna (Direção Geral da Saúde, 2003).

A *Escala Numérica*, é semelhante à anterior, é uma régua dividida em 11 espaços iguais, numerada de 0 a 10, onde zero corresponde à classificação “sem dor” e 10 à classificação “dor máxima”. Esta também é indicada pela pessoa doente na régua; avalia todos os tipos de dor, devendo ser utilizada para população com idade igual ou superior a seis anos (implica a noção de grandeza numérica). É sensível ao efeito de memória e pode ser usada sem instrumento físico (Direção Geral da Saúde, 2003).

Na *Escala Qualitativa*, o profissional de saúde tem que explicar à pessoa doente o significado dos seguintes adjetivos: “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa”, “dor máxima”. O doente deve ser capaz de selecionar o adjetivo que melhor reflete a sua dor e é este que vai ser registado na folha de registo. Adequada a todos os tipos de dor, é aconselhada a sua utilização em população com idade igual ou superior a quatro anos. É também sensível ao efeito de memória (Direção Geral da Saúde, 2003).

A *Escala de Faces* é constituída por seis rostos, sendo que a mímica de cada um representa a intensidade de dor. Classifica-se como “sem dor” a expressão de felicidade e “máxima dor” a expressão de máxima tristeza. O doente é que classifica a sua dor de acordo com a sua mímica (Direção Geral da Saúde, 2003).

A dificuldade na monitorização da dor surge quando estamos perante a pessoa em situação crítica, habitualmente com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo oro-

traqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua. Nestas pessoas, o enfermeiro pode basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, reforçando assim que as escalas comportamentais são as mais adequadas e aplicáveis a doentes críticos (Teixeira & Durão, 2016).

Para a utilização de instrumentos de heteroavaliação da dor, daremos destaque aos que se encontram validados para a população portuguesa. Neste sentido assumem particular importância as escalas DOLOPLUS-2, a Abbey Pain Scale, PAINAD-PT e Behavioral Pain Scale.

A *Escala DOLOPLUS-2*, validada para a população portuguesa desde 2006, por Hironidina Guarda, é considerada complicada de aplicar de forma rotineira na prática de cuidados (Tiago, 2016). Avalia a progressão da dor crónica no idoso, sendo utilizada para população com idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas e défices de comunicação. Engloba um total de 10 itens a avaliar, agrupados em três categorias: repercussão somática, repercussão psicomotora e repercussão psicossocial. Cada item é pontuado entre zero e três, mediante o comportamento observado indicativo de dor, sendo que score total pode ser compreendido entre zero e trinta. Considera-se que a pessoa idosa poderá ter dor a partir do score cinco, todavia a pontuação obtida no parâmetro repercussão somática é a mais sugestiva sobre a presença de dor (Ritto, et al., 2012).

A *Abbey Pain Scale*, encontra-se validada para a população portuguesa desde 2013, por Alexandra Rodrigues, demonstra ser uma das escalas comportamentais mais fiáveis para aplicar em idosos (Iersel, Timmerman & Mullie, 2006). É constituída por seis itens de avaliação, que correspondem a indicadores não-verbais de presença de dor: vocalização, expressão facial, alteração da linguagem corporal, alteração comportamental, alteração fisiológica e alterações físicas. Em cada item é atribuída uma pontuação de acordo com as opções: “ausente=0”, “ligeiro=1”, “moderado=2” e “severo=3”. O somatório dos seis itens traduz-se no score total compreendido entre 0 e 18, sendo que a sua correspondência em termos de dor é a seguinte: 0 a 2 - sem dor; 3 a 7 - dor ligeira; 8 a 13 - dor moderada; 14 a 18 - dor severa (Rodrigues, 2013).

A *Escala PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia* - validada em Portugal desde 2012, é destinada a todos os tipos de dor, e foi elaborada para utilização em pessoas com demência, essencialmente idosos não comunicativos. Constituída por cinco categorias de avaliação da dor, cada uma das mesmas engloba três itens que poderão ser

pontuados de 0 a 2, finalizando um score total entre 0 e 10. A sua correspondência em termos de dor é: 1 a 3 - dor ligeira; 4 a 6 - dor moderada; 7 a 10 - dor severa. Apresenta a vantagem de ser fiável e de aplicação rápida. (Ritto & Rocha, 2012). Não deve ser utilizada como primeira opção em doentes não comunicantes verbais com menos de 65 anos, que tenham como principal diagnóstico alterações da função respiratória, patologia neurológica (para ou tetraplegia), estejam sob ventilação mecânica ou sob efeito de medicação sedante ou curarizante (Batalha, et al., 2012).

A escala Behavioral Pain Scale (BPS) foi das primeiras a ser usada para medir as experiências de dor em doentes incapazes de comunicar verbalmente. Foi desenvolvida em 1997, em Grenoble - França, com base num estudo que destacou a relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador com o autorrelato de dor em doentes cirúrgicos. Em que cada indicador foi categorizado em 4 descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre os 3 (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima). Apesar de válida e confiável não é um instrumento perfeito, pois não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor. A sua pontuação mínima começa em três em vez de zero. A escala BPS tem duas versões: uma para doentes entubados e ventilados – Behavioral Pain Scale - Intubated Patient; e outra para não entubados - Behavioral Pain Scale – Non Intubated Patient. As escalas são semelhantes têm a mesma metodologia de aplicação e interpretação diferindo apenas no indicador “adaptação ao ventilador” e “vocalização” que são mutuamente exclusivos. Estas escalas, quando utilizada em doentes adultos em ventilação mecânica internados em cuidados intensivos, revelaram ser válidas, fiáveis e de fácil aplicação (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013).

A Direção Geral de Saúde (2003), recomenda regras comuns de aplicação nas diferentes escalas de avaliação da dor: Utilizar qualquer escala proposta adaptando-a sempre à pessoa em causa, para a avaliação da dor; acreditar que a intensidade da dor é sempre a referida pelo doente e o registo da intensidade da dor refere-se ao momento da colheita. Existindo outros métodos de avaliação específicos para as pessoas doentes/com dor que não preencham estes critérios: utilizar uma linguagem comum entre os profissionais de saúde e o doente, padronizada pela utilização da mesma escala e ensino prévio à sua utilização e assegurar que o doente compreende o significado e utilização da escala utilizada.

A mesma entidade, em 2010, acrescenta que se deve selecionar como primeira alternativa a escala numérica ou a escala quantitativa, recorrendo-se à observação comportamental quando há dificuldade de comunicação. Na observação comportamental é premente ter em consideração a expressão facial, os movimentos corporais, as verbalizações ou vocalizações, a alteração das relações interpessoais e as alterações do estado mental. “Observar o comportamento é, na ausência de autoavaliação, um método correto para avaliar a dor, em conjunto com outras situações, como alterações fisiológicas ou stress emocional, através de escalas comportamentais” (Direção Geral de Saúde, 2010, p.2).

2.3. REGISTOS

No documento referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é evidenciada a importância da existência de um sistema de registos que “incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.18).

As intervenções de enfermagem junto da pessoa com dor devem incluir a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções serem devidamente documentadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo Sousa (2009), a dor deve ser registada ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais: temperatura, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a pressão arterial.

O enfermeiro deve assegurar o registo dos dados colhidos e das intervenções realizadas para que a informação, garanta a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2008). O registo da informação permite, tal como é referido no Plano Nacional de Luta Contra a Dor, “encorajar quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas” (Direção Geral de Saúde, 2001, p.32), pelo que estes devem ser registados em lugar próprio, fáceis de ler e rapidamente acessíveis (Mendes, 2008), por forma a facilitar a sua análise relativamente à obtenção de dados epidemiológicos e facilitar a investigação científica (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Nesta sequência, importa igualmente referir no registo a utilização de determinado fármaco ou medida, bem como os efeitos obtidos, promovendo a transmissão da

informação, a continuidade dos cuidados e conferindo visibilidade às várias intervenções autónomas desenvolvidas pelo enfermeiro, no âmbito da gestão da dor, sendo esta uma área que carece de intervenção junto da equipa de enfermagem.

Por sua vez, o enfermeiro tem a função de colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no delineamento e implementação de um plano de intervenção para o controlo da dor, consonante com os objetivos da pessoa, fornecendo dados pertinentes acerca da individualidade da pessoa. Deve igualmente colaborar no ajuste do plano terapêutico, de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.17).

Deste modo, a escassez de registos de reavaliação poderá comprometer a transmissão da informação, a continuidade dos cuidados, a adequada gestão do plano terapêutico e, consequentemente, o bem-estar da pessoa (Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2011).

Posto isto, compreende-se que o registo da informação colhida sobre a dor deve seguir as regras instituídas em cada serviço/instituição em função do modelo em uso na prática dos cuidados. A história de dor deve ser registada em local próprio da avaliação inicial e a intensidade da dor ao longo do internamento junto do registo dos sinais vitais.

2.4. ASPECTOS ÉTICOS

Quando um paciente é indicado para a realização de um procedimento cirúrgico, uma das preocupações, é saber se vai sentir dor. O ato cirúrgico por si só já é um momento de ansiedade, e entre os cuidados que a enfermagem presta, existe a preocupação em promover conforto ao paciente. A Enfermagem deve, antes de tudo, prevenir, ensinar, instruir, controlar, aliviar a dor (Souza & Corgozinho, 2016).

Os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem nortear as decisões terapêuticas, de toda a equipa de saúde. O tratamento da dor visa a trazer conforto e bem-estar. Se dele resultar prejuízo à qualidade de vida, efeitos colaterais e complicações significativas, os métodos utilizados devem ser revistos. O uso de tecnologia dispendiosa para o controlo da dor, quando métodos mais simples e económicos são possíveis, fere o princípio de justiça, considerando-se que nem todos conseguem acesso a ela e a distribuição dos recursos económicos de forma equitativa é

impraticável. O adequado tratamento da dor no pós-operatório não é apenas uma questão fisiopatológica, é também uma questão ética e económica. (Felix, et al., 2014)

O controlo da dor evita sofrimento desnecessário, proporciona maior satisfação da pessoa doente e reduz os custos relacionados a possíveis complicações, que determinam maiores períodos de internamento (Pimenta, Santos, Chaves, Martins, & Gutierrez, 2001).

3. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR

Controlar a dor e promover o conforto são dois aspetos importantes nos cuidados de enfermagem. Sempre que possível, o enfermeiro deve planear intervenções que consigam um alívio satisfatório da dor, com recurso a medidas não farmacológicas (Elkin, Perry & Potter, 2005). Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde a adoção de estratégias de prevenção e controlo da dor junto da pessoa alvo dos cuidados, maximizando o seu bem-estar numa vertente holística (Direção Geral de Saúde, 2013).

Em consonância, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) recomenda que a terapêutica para a dor deve envolver não só medidas farmacológicas, mas também, medidas não farmacológicas. Assim, Ritto, et al., (2012) reforçam esta ideia dizendo que o tratamento da dor deverá incluir estratégias de tratamento farmacológico e não farmacológico onde o enfermeiro pode atuar autonomamente ou em complementaridade.

As medidas não farmacológicas foram também referenciadas por Florence Nightingale, em 1980, havendo registo da potencialidade da música na cura dos doentes.

Podemos definir as medidas não farmacológicas como os métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolva a administração de fármacos (Ordem dos Enfermeiros, 2008). As medidas não farmacológicas no controlo da dor, são entendidas como, as terapias complementares para o alívio da dor. Cabe ao enfermeiro propagar e demonstrar a eficácia destas técnicas no seu local de trabalho. (Eler & Jaques, 2008).

De acordo com Graner, Junior e Rolim (2010) as medidas não farmacológicas podem resolver algumas situações de controlo e tratamento da dor, enquanto noutras mais complexas, podem ser adjuvantes úteis na redução da dose de medicação administrada, auxiliar a redução da dor e melhorar a adaptação do doente em etapas pós-cirúrgicas, um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar da pessoa, sem os efeitos secundários muitas vezes associados aos tratamentos farmacológicos.

As terapias complementares, na sua maioria, procuram o reequilíbrio global e não apenas o tratamento sintomático, dessa forma, acabam por exigir um envolvimento maior da

pessoa no seu próprio tratamento, maior disponibilidade para cuidar de si e com resultados, muitas vezes, não tão imediatos, mas eficazes. Torna-se importante estimular a pessoa a usar as medidas não farmacológicas como autocontrolo no alívio da sua dor, quer esta seja aguda, crônica ou recorrente.

De acordo com Araújo (2014) estas medidas não farmacológicas são, na sua maioria, de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas às pessoas doentes e cuidadores para o domicílio de modo competente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo da situação, incentiva a sua participação e responsabilização no tratamento.

A importância do recurso a medidas não farmacológicas deve-se ao facto de muitas delas modificarem o significado da dor. Através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (Linhares & Doca, 2010).

Embora a gestão da dor em contexto hospitalar seja maioritariamente realizada através de intervenções farmacológicas, já existe evidência da utilização de medidas não farmacológicas, como complemento às farmacológicas. (Bausewein, Booth, Gysels, & Ij, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros (2008) preconiza que o enfermeiro conheça as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das medidas não farmacológicas, utilizando-as em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e selecionando-as de acordo com as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

Ainda de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), as medidas não farmacológicas podem ser subdivididas em três grupos: *intervenções físicas* (aplicação de calor/frio, massagem, mobilização, exercício) e *intervenções cognitivo-comportamentais* (relaxamento, musicoterapia, imaginação guiada) e de *suporte emocional* (toque terapêutico, escuta ativa e conforto).

3.1. INTERVENÇÕES FÍSICAS

As *Intervenções físicas* podem ser utilizadas de forma isolada ou em complementaridade com outras medidas ou técnicas. Estas são entendidas no âmbito da estimulação cutânea:

técnica utilizada, que promove alívio da dor, em consequência do relaxamento fisiológico, ativação de mecanismos inibitórios da dor, atuando principalmente no bloqueio ou diminuição da transmissão de impulsos dolorosos (Eler & Jaques, 2008). Como exemplos temos a massagem, a aplicação de calor ou frio, a alternância de decúbitos/posicionamentos.

A massagem é definida como “ato de massajar e pressionar partes do corpo” (Ordem dos Enfermeiros, 2008), que tem como objetivos: facilitar o relaxamento, reduzir as sensações dolorosas e diminuir a tensão muscular. É uma terapia antiga e holística, que promove sensação de bem-estar psicológico e, conseqüentemente, o alívio da dor. Melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático, relaxa a musculatura no local da sua aplicação, dando sensação de conforto e de bem-estar ao doente. “Existe um amplo consenso em enfermagem de que uma boa massagem tem igualmente efeitos benéficos sobre o sistema nervoso, permite a recuperação física e psíquica em simultâneo, ajuda a tomar consciência das tensões e a melhorar a comunicação” (Sousa, 2009, p.235). No entanto, Almeida e Duarte (2000), alertam que a massagem está contraindicada em pessoas com doenças dérmicas, na presença de tumores, cicatrizes recentes ou feridas abertas, em zonas adjacentes a fraturas recentes, em articulações ou tecidos com inflamação aguda e quando há sinais de compromisso circulatório.

A aplicação de calor ou frio, através de “estimulação cutânea (...) pode contribuir para o alívio da dor” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 53), em que a aplicação de calor “promove o relaxamento muscular e uma sensação de conforto. (...) reduz a tensão muscular” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 54), e a aplicação de frio provoca uma redução da inflamação. Completando Eler e Jaques (2008), tecnicamente, define esta técnica como Termoterapia. Este método promove, a vasodilatação e vasoconstrição concomitante; aumento do suprimento de oxigênio e nutrientes, estimula a cicatrização e reparação dos tecidos; o relaxamento muscular; a analgesia por redução de inflamação local e conseqüentemente a estimulação nervosa, promovendo um decréscimo na ativação do sistema nervoso periférico e central e, conseqüentemente, redução da dor.

O calor pode ser aplicado sobre a localização da dor através de: sacos de água quente, compressas humedecidas e imersão, com temperatura entre 40° a 45°C, durante 20 a 30 minutos, várias vezes ao dia. No entanto, é um método contraindicado sempre que exista: infecção e hemorragia ativa sobre o local do tumor (em caso de neoplasias), traumatismos

agudos e insuficiência vascular. É importante vigiar a temperatura, colocar proteção (toalha) entre a fonte de calor e a pele, observar alterações na coloração e aspeto da pele e não ultrapassar o tempo recomendado (Pimenta, 2000).

Por outro lado, a aplicação do frio, é uma técnica vasoconstritora conhecida desde a antiguidade, particularmente como facilitadora da hemóstase. As propriedades analgésicas foram largamente estudadas no início do século XX. Segundo Pimenta (2000), o frio pode ser aplicado na região do corpo com dor, durante 10 a 15 minutos, ao longo do dia, através de: sacos de água fria, sacos de gelo, cilindros gelados, toalhas geladas, compressas frias e imersão em água fria. Durante a sua aplicação deve-se colocar uma proteção entre a fonte fria e a pele (toalha), vigiar alterações na coloração e aspeto da pele, não ultrapassando o tempo de exposição recomendado. Esta técnica está contraindicada em caso de pessoa portadora de doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade e do nível de consciência.

A alternância de decúbitos/posicionamentos pode “aliviar a pressão das proeminências ósseas ou áreas edemaciadas (...) pode promover aceleração da circulação, relaxamento muscular conforto generalizado” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 55). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 50), o exercício diz respeito a “movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada à dor e inatividade”

3.2. INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

As *Intervenções comportamentais* dizem respeito ao foro intelectual e psicossocial. Como exemplos o relaxamento, a musicoterapia e a imaginação guiada.

O relaxamento é uma medida em que existe “combinação de métodos físicos e comportamentais” (Kazanowski & Lacetti, 2005), estando relacionada com a interação entre dor, tensão muscular e ansiedade. Conforme Eler e Jaques (2008), um paciente com dor apresenta geralmente sentimentos de apreensão e medo, levando-o à tensão muscular que, por sua vez, piora o quadro doloroso. O relaxamento promove a diminuição destes fatores, sobretudo da tensão muscular, melhorando o quadro doloroso, pois a contração muscular contribui para a exacerbação da dor.

A musicoterapia é uma medida simples que não requer concentração ou participação ativa da pessoa doente para ser efetivada (Tracy & Chlan, 2011), podendo esta “induzir relaxamento, moderar as emoções e resultar na redução da dor” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 59). Eler e Jaques (2008), reforçam os benefícios deste tipo de intervenções na dor e na insónia.

A imaginação guiada é um método cognitivo que modifica padrões cognitivos mal-adaptados, com subsequente redução à resposta autónoma e diminuição da tensão muscular, além de que, atua como uma distração, reduzindo a sensação dolorosa por bloqueio da informação nociceptiva. O enfermeiro pode dispor desta medida que consiste na combinação de respiração lenta e ritmada, com uma imagem mental de relaxamento e conforto. O enfermeiro instrui o paciente a fechar os olhos e respirar lentamente, para dentro e para fora, a cada expiração lenta, o enfermeiro leva o paciente a imaginar que a tensão muscular e o desconforto vão sendo eliminados e consigo a dor, promovendo um corpo relaxado, a cada inspiração, o paciente imagina a energia da cura fluindo. Para realizar esta técnica é necessário tempo e um ambiente tranquilo para que se obtenha o efeito desejado. (Eler & Jaques, 2008).

3.3. INTERVENÇÕES DE SUPORTE EMOCIONAL

Quanto às *intervenções de suporte emocional*, dizem respeito ao foro emocional. Como exemplos temos: o toque terapêutico, a escuta ativa e a promoção do conforto.

O toque terapêutico é uma medida básica e simples que pode “proporcionar tranquilidade (...) e facilitar o relaxamento. Medida característica da enfermagem, caracteriza-se pela imposição de mãos com intencionalidade, mas sem cunho religioso, pois não há toque corporal e sim uma aproximação das mãos à pele do paciente. O toque estimula fibras sensitivas superficiais da pele, gera relaxamento muscular e estimulação do sistema límbico a nível neurofisiológico, reduzindo o padrão de dor. (Eler & Jaques, 2008). Independentemente do tipo de intervenções utilizadas a relação de ajuda estabelecida com o doente pode maximizar o controlo da dor, através de comportamentos que demonstrem interesse, tais como, segurar na mão e o toque (Sousa, 2009).

De acordo com Querido (2005), ouve-se das pessoas doentes comentários como: “eles não nos escutam..., estão muito ocupados” – é a acusação mais frequente feita aos

profissionais em geral, e aos Enfermeiros em particular. A escuta ativa, utiliza-se em simultâneo com a técnica anterior, o enfermeiro procura manter um ambiente calmo aquando da prestação dos cuidados isento de estímulos externos, para desenvolver com o doente uma relação de confiança terapêutica, utilizando um tom de voz sereno e pausado, o toque e o contacto direto com o olhar por forma a demonstrar disponibilidade e compreensão, para que a doente possa exprimir, se assim desejar, as suas preocupações, com o objetivo de o doente ultrapassar obstáculos emocionais relativos à dor, que consequentemente condicionaram todo o processo de avaliação e controlo da dor aguda (Phaneuf, 2005).

Sousa (2009), define o conforto como a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal, que pode ser conseguido através da promoção de apoio e segurança, da promoção do relaxamento, redução da ansiedade e controlo da dor, entre outros sintomas que provocam desconforto ao doente.

Na opinião de Watt-Watson (2003) o enfermeiro deve providenciar a modificação do ambiente físico do doente com dor, uma vez que pode criar sobrecarga sensorial e potenciar os estímulos dolorosos, mas sem esquecer que nem todos os doentes reagem positivamente ao mesmo ambiente. Deste modo, poderá ser benéfico para o doente ser transferido para um quarto mais calmo; reduzir luzes intensas e controlar o número de pessoas que entram no quarto.

Existem outras estratégias relatadas como eficazes no alívio da dor que não são frequentes na prática de Enfermagem. No entanto, há cada vez mais enfermeiros com competências em terapias complementares, tais como: hipnose, dessensibilização sistemática, Estimulação Elétrica Transcutânea, acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, hidroterapia, acupressão, reflexoterapia, Shiatsu, Reiki, meditação e ioga (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Assim sendo, os autores Teixeira e Durão (2016), defendem que as medidas não farmacológicas da dor, devem suportar a sua implementação, em simultâneo com a analgesia, de forma a potenciar o seu efeito, com menores doses de fármacos e como tal, menos efeitos secundários e custos financeiros.

Apesar dos anos de pesquisa, do desenvolvimento, da distribuição de *guidelines* e do esforço educacional, a dor na pessoa em situação crítica, continua a ser “mal tratada”

(Pasero et al., 2009), isto é, o índice de dor não controlado nestas pessoas parece permanecer ainda inaceitavelmente elevado (Stites, 2013).

4. BARREIRAS À APLICAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Na opinião de Batalha (2010), as causas para o tratamento inadequado da dor não são totalmente claras, no entanto, estão identificadas algumas barreiras na implementação de medidas não farmacológicas como: o insuficiente conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor, efeitos deletérios, métodos de avaliação e meios de prevenção e tratamento; uma filosofia de cuidados que ainda não valoriza, na plenitude, a qualidade de vida na doença, relegando para plano secundário o tratamento da dor; o não reconhecimento da inutilidade do sofrimento; e a imperfeição na aplicação de princípios éticos e deontológicos que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados.

As questões relativas ao ambiente físico, em sentido amplo, são referidas como de enorme importância. Dentre estas, os enfermeiros apontam os tempos de trabalho como fatores de dificuldade da prática de modalidades terapêuticas não farmacológicas, não só pela falta de tempo efetivo para as realizar, como pela organização do tempo total de trabalho, em cada turno, face às diferentes atividades que se espera que os enfermeiros realizem (Santos, 2011).

O estudo de Silva, Veloso e Keating (2014), identifica os seguintes constrangimentos na aplicação de medidas não farmacológicas: ausência de protocolos no serviço; comunicação inadequada entre as pessoas doentes e os profissionais de saúde; comunicação inadequada entre os profissionais de saúde; relutância dos doentes em tomar opióides pelo medo da dependência ou efeitos secundários; relutância dos médicos em prescrever opióides; avaliação inadequada da dor por parte dos profissionais de saúde; conhecimentos insuficientes sobre dor, por parte dos profissionais de saúde; inexistência, no serviço de instrumentos para avaliar a dor em doentes com diminuição cognitiva e a indisponibilidade de analgesia adequada.

Corroborando com as preocupações acima descritas, Sousa (2009), desenvolveu um estudo para compreender a formação que os enfermeiros possuem sobre as medidas não farmacológicas no controlo da dor. A autora verificou que de 138 profissionais de enfermagem, 134 afirmam possuir informação sobre as medidas não farmacológicas no

controle da dor, tendo apenas quatro enfermeiros (2,9%) assinalado corretamente 30 afirmações, e nenhum enfermeiro ter assinalado corretamente a totalidade das afirmações do questionário.

Para Barreira e Gomes (2008), o enfermeiro exerce um papel fundamental perante as medidas não farmacológicas, visto estar em contato direto com a pessoa, tendo a oportunidade de ensiná-la e esclarecê-la quanto aos efeitos benéficos ou não destas terapias, seja em hospitais, centros de saúde ou junto à comunidade. Devem atuar de forma integralizada junto ao paciente, procurando solucionar o desconforto da melhor forma possível, pois as medidas não farmacológicas caracterizam-se por intervenções que visam a assistência à saúde da pessoa, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-a como corpo, mente e espírito. Torna-se pertinente definir Intervenção de Enfermagem, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015), é a “ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem”. Intervenções autónomas de Enfermagem são, segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício da Prática Enfermagem (2015), “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

Desta forma, apresenta-se um caminho amplo para atuação da enfermagem, de modo a aperfeiçoar as práticas do cuidado, ampliando sua capacidade de minimizar a dor do outro.

5. FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM DA DOR

Atualmente, uma das barreiras mais apontadas ao controlo eficaz da dor deve-se ao conhecimento lacunar e ausência de competências diferenciadas nos profissionais de saúde (Mocerri & Drevdahl, 2014), justificando a urgência de formação na área, com evidência de resultados (Wilson, 2007).

Com base nessa realidade, o ensino da dor e dos demais aspetos relacionados a esse fenómeno deveria ser uma prática comum na formação dos profissionais de saúde. No entanto, a nossa realidade mostra que o desconhecimento sobre essa temática constitui-se um dos principais entraves para a adequada avaliação, tratamento e controlo da dor (Galante, French, & Grace, 2015).

A formação e educação permanente sobre a temática em foco são fundamentais para o cuidado de enfermagem humanizado, qualificado e resolutivo para o indivíduo que sofre com dor e para a produção de conhecimentos que levem a uma compreensão ampla e aprofundada da experiência dolorosa e as formas mais eficazes de alívio e sedação do processo algíco. A carência de conhecimentos e a falta de mecanismos de mensuração da dor, dificultam a prestação de um cuidado de enfermagem efetivo e de qualidade. Por essa razão, a dor é subestimada e o receio causa um distanciamento desta manifestação. O recurso único às terapias farmacológicas parece ser uma forma de afastamento da subjetividade (Queiróz, et al., 2015).

A elevada prevalência e o reconhecimento da multidimensionalidade da dor obrigam a uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, e subsequentemente deveria obrigar a uma formação adequada, contínua e atualizada ao longo do trajeto profissional. No entanto, isto ainda não se verifica, sendo neste âmbito que se inserem as estruturas hospitalares dedicadas à Dor (Direção Geral de Saúde, 2013).

Salienta-se que a aplicação de medidas para o controlo da dor, nomeadamente a dor pós-operatória possa compreender mudanças que envolvem a pessoa doente, a equipa de saúde e organizações hospitalares. Em determinados casos, esta legislação já está presente, necessitando apenas de uma efetiva implementação. A adesão a protocolos,

melhora, qualifica a assistência e aumenta a satisfação do paciente (Meissner, et al., 2015).

Um protocolo oferece uma estrutura lógica, clara, precisa e concisa do que se faz. Solicita o envolvimento de toda a equipa na sua aplicação e tem de ser baseado em evidência. Refere-se a uma área específica da prática com descrição do contexto e condições da sua aplicação (quem, quando, onde, como, com que objetivo). As vantagens são a autonomia, o consenso, a proteção legal, o fornecer um esquema ou algoritmo de uma atividade específica. As suas desvantagens são a necessidade de uma revisão regular. (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013).

A introdução das medidas não farmacológicas na prática da enfermagem leva à melhoria dos cuidados e também a uma maior satisfação dos enfermeiros nessa mesma prática. Se pretendemos uma efetiva integração destas práticas no cuidar, é necessário: treino efetivo das mesmas, para que sejam aplicadas com eficiência e investigação nesta área, para avaliar os seus efeitos, aumentar a credibilidade destas terapias e justificar a sua utilização nos cuidados de enfermagem (Folhas, Oliveira, Rato, França, & Ferreira, 2007).

Assim sendo, a Ordem dos Enfermeiros (2008), refere que a aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente. Recomenda incluir nos currículos da formação, pré e pós-graduada em Enfermagem, as matérias recomendadas pela Associação Internacional para o Estudo da Dor para a formação dos enfermeiros; planear a formação contínua de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, e a incorporação de novas práticas; incluir nos programas de integração de enfermeiros nas instituições as políticas e as orientações da organização para a avaliação e controlo da dor e incluir na formação em contexto de trabalho, a reflexão sobre as práticas de cuidados.

Também o Plano Nacional de Controlo da Dor, em Portugal, define como estratégias de formação profissional, direcionadas para a enfermagem: sensibilizar as faculdades de enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduação em lidar com a dor e o desenvolvimento de parcerias multidisciplinares para sessões de treinamento sobre dor para enfermeiros.

Por curiosidade procuramos nos principais cursos de Mestrados em Enfermagem Médico-cirúrgica ou Mestrado à Pessoa em Situação Crítica se os planos de estudos eram claros na abordagem de conteúdos como o uso das medidas farmacológicas na pessoa doente. Verificámos que as medidas não farmacológicas para o controlo da dor, não estão de forma clara ou inequívoca nos planos de estudos da maior parte das Instituições. Apenas a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e a Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora integram a intervenção terapêutica nos seus currículos.

Acredita-se que em Portugal, a formação na área da dor é ainda subestimada ao contrário do exigido pelo Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor da Direcção-Geral da Saúde (2013). Como tal torna-se urgente ao enfermeiro o domínio de competências especializadas para dar resposta às necessidades da pessoa em situação crítica com dor, de forma a contribuir para a eficácia dos cuidados e consequentemente ganhos em saúde.

PARTE II - PERCURSO METODOLÓGICO

“Cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como sejam a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe ou o contexto institucional em que se inscreve o seu trabalho” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.120-121).

O percurso metodológico é um meio para se alcançar resultados importantes e confiáveis. Desta forma, uma adequada abordagem metodológica pode auxiliar o investigador tanto na condução da sua investigação, como também, posteriormente, para assegurar o reconhecimento científico de sua pesquisa (Dresch & Miguel, 2015).

Um estudo de investigação realiza-se, de forma organizada, respeitando uma série de fases, que vão surgindo de forma gradual e que nos conduzem a um resultado, em resposta aos objetivos traçados no estudo. É na fase metodológica que descrevemos todas etapas que foram desenvolvidas durante a investigação.

Tendo por base o anteriormente referido, ao longo deste capítulo serão abordados o contexto do estudo, as fontes de informação o tipo de estudo desenvolvido, os objetivos, os procedimentos formais e éticos inerentes, o procedimento de recolha de dados, o instrumento utilizado, bem como o processo de tratamento da informação colhida

1. OBJETIVOS

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

Sendo o controlo eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito da pessoa e um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde, é fundamental alertar para este problema e também investir nesta área. Este investimento não significa apenas mais recursos económicos, é preciso desenvolver de forma mais aprofundada o estudo da dor e oferecer formação aos profissionais para que possam dar melhores respostas às pessoas que necessitam de cuidados de saúde (Romão, 2006).

Os objetivos de um estudo de investigação devem “indicar de forma clara e límpida qual o fim que o investigador persegue”, ou seja, são enunciados declarativos que determinam a orientação da investigação e indicam o que o investigador tem propósito de fazer no decorrer do estudo (Fortin, Côté, & Fillion, 2009, p. 160).

Com a realização desta investigação, pretende-se explorar as medidas não farmacológicas no controlo da dor pós-operatória, dando resposta aos seguintes objetivos:

- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros face ao uso das medidas não farmacológicas, utilizadas pela equipa de enfermagem de um Hospital privado da Zona Centro no controlo da dor, no período pós-operatório;
- Descrever as vantagens e desvantagens percebidas pelos enfermeiros de um Hospital privado da Zona Centro na utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório.
- Construir um protocolo de intervenção não farmacológica, no controlo da dor pós-operatória, tendo por base a perceção dos enfermeiros a desempenhar funções em um Hospital privado da Zona Centro.

Os objetivos são determinantes para as outras etapas do processo de investigação, como abaixo se comprovará.

2. TIPO DE ESTUDO

Tendo presente o pressuposto e os objetivos acima discriminados, optou-se por recorrer a um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo e exploratório.

Polit, Beck e Hungler (2004), referem que os resultados da pesquisa qualitativa se baseiam nas experiências reais das pessoas que possuem o conhecimento do fenómeno em primeira mão. Strauss e Corbin (2008), acrescentam que estes estudos além das experiências, têm em conta os comportamentos, os processos de pensamento e as emoções, o que permite enriquecer a compreensão do fenómeno com uma variedade de perspectivas que traduzem a realidade, integrando-as na construção de conhecimento, sendo utilizados para obter detalhes sobre fenómenos, que através de outros métodos de pesquisa mais convencionais seriam difíceis de extrair.

Neste sentido, associada à gestão é crucial a realização de plano de registos próprio em que sejam contempladas as medidas implementadas e os efeitos da sua eficácia, com o objetivo de permitir e garantir a continuidade dos cuidados. Este tipo de investigação revela-se útil para a tentativa de uniformização de práticas e, por conseguinte, para a própria enfermagem. Uma vez que as experiências humanas se revestem de subjetividade, o estudo qualitativo é o mais adequado. Tendo em conta que o que se pretende é compreender o fenómeno em análise de uma forma mais profunda e completa a partir do ponto de vista dos próprios profissionais e atendendo ao facto de existirem poucos estudos efetuados relativamente ao controlo da dor através de medidas não farmacológicas, designadamente em contexto pós-operatório, este estudo assume especial importância.

Por se considerar que o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada na abordagem da dor, recolheu-se o contributo de Enfermeiros de um Hospital privado da Zona Centro, na construção de um protocolo de intervenção não farmacológica, no controlo da dor pós-operatória, de forma a uniformizar os cuidados de enfermagem.

Optou-se por esta instituição, pela proximidade geográfica, o que facilita a recolha dos dados; pelo projeto de inovação e atualização dos últimos tempos, visível nesta instituição, bem como, a acessibilidade à mesma, pois tendo sido enfermeira prestadora de serviços nesta instituição e conhecendo a missão e valores da mesma, não tive dúvidas que foi um excelente desafio.

Elegeu-se o *Focus Group* como método/técnica de colheita de dados, com o propósito de nortear a discussão cuja finalidade foi proporcionar um estudo mais produtivo e orientado para os objetivos. Souza e Assis (2018), concordam, dizendo que a essência do *Focus Group* consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos.

Definido por Pelicioni (2001), o *Focus Group* é uma metodologia qualitativa que se desenvolve através de entrevistas grupais. O *Focus Group* proporciona a compreensão das crenças e atitudes subjacentes ao comportamento e é uma técnica especialmente útil para o estudo de temas complexos que envolvam opiniões e experiências (Carey, 2007).

Durante o *Focus Group* foi utilizado um guião dos temas construído para o efeito, composto por uma breve introdução, seguida de uma série de questões. Considerou-se que a questão de partida tem que ter um cariz exploratório para que deste modo consiga haver divergência nas opiniões, tendo em conta o âmbito das respostas. Assim sendo, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada.

Longo e Fernandes (2014), corroboram que a existência de um guião é imprescindível, devendo os investigadores iniciar o debate com a colocação de questões abertas na linha de entrevista semiestruturada.

O investigador exerce um papel ativo nas sessões, o moderador (também designado como o facilitador), conduz as sessões com habilidade, dedicação e clareza. É o catalisador da interação social entre os participantes, não desviando a discussão dos objetivos definidos. No final de cada sessão, preconiza-se que seja destinado cerca de três minutos a cada participante, para que possa manifestar as suas impressões acerca da reunião (Bauer & Gaskell, 2017). O papel descrito anteriormente foi assumido pela Investigadora, tal como recomenda o autor, foi um papel que exigiu empenho e estudo no âmbito da segurança e comunicação/moderação.

O número de sessões necessárias, varia de acordo com a complexidade da temática e o interesse da investigação, não há padrão rígido no número de sessões (Borges & Santos, 2005). O local onde decorre as entrevistas de grupo deve ser cuidadosamente pensado. Meier e Kudlowier (2003) recomendam um local claro, sem ruídos, afastado da interferência de terceiros e de fácil acesso para todos os participantes. Como tal, foram realizadas duas sessões, com a presença de sete participantes e um moderador. Na

primeira foi colhida a informação necessária, sobre a forma como o enfermeiro atua perante a gestão e controlo da dor pós-operatória, dando o conhecimento necessário para a elaboração do protocolo; a segunda foi necessária para o estudo do protocolo, com a posterior aprovação do mesmo. Ambas as sessões, foram realizadas na mesma sala de reuniões, em mesa redonda, com as justas condições, disponível nas instalações do mencionado hospital, com autorização e disponibilidade previa da direção do mesmo.

Após o consentimento dos participantes, as entrevistas foram áudio-gravadas em suporte digital sendo a sua transcrição realizada nos dias subsequentes. Salvaguardou-se que poderiam ser tomadas algumas notas, pelo moderador, ao longo das sessões, pois tal como referido por Carpenter e Streubert (2002), a adição de notas escritas sobre a aparência, comportamentos e atitudes dos participantes às transcrições verbais, auxilia na obtenção de uma descrição mais precisa e compreensiva do fenómeno.

3. DESENHO DO ESTUDO

Para Meirinhos e Osório (2016), os modelos qualitativos sugerem que o investigador que realiza trabalho de campo, faça observação, emita juízos de valor e que analise. É essencial que a capacidade interpretativa do investigador nunca perca o contacto com o desenvolvimento do acontecimento.

Neto (2016, p. 48) refere que é necessário criar um desenho de investigação que consiste “(...) num plano lógico criado pelo investigador com vista a obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas (...)”. O desenho de investigação pode, então, ser definido como o conjunto das decisões a tomar para construir uma estrutura, que permite analisar praticamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. “O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos (...)”

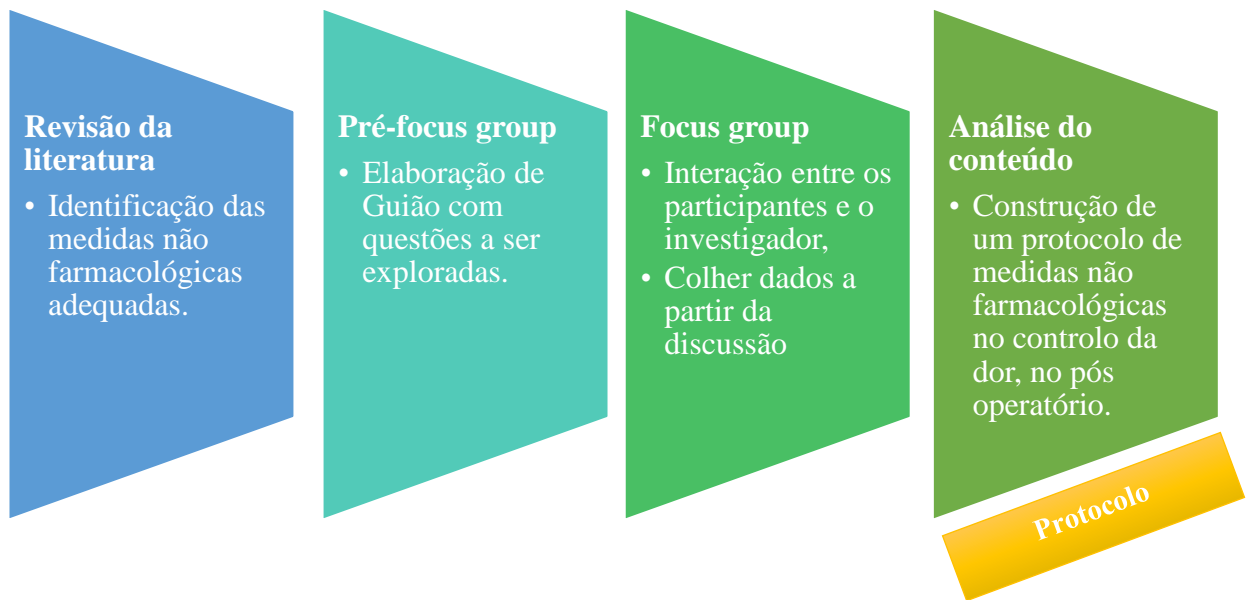
Assim sendo, o desenho de investigação é usado como uma condição orientadora que o investigador recorre de modo a orientar as suas atividades e dessa forma manter o estudo dentro dos princípios básicos da investigação científica.

Tendo em conta os objetivos delineados, a investigação foi organizada em quatro fases metodológicas:

1. Revisão da literatura: Identificação e sistematização das medidas não farmacológicas adequadas no controlo da dor pós-operatória.
2. Fase pré-focus group: elaboração do guião composto por uma breve introdução, seguida de uma série de questões a ser exploradas, focadas no objetivo do estudo.
3. Fase de focus group: interação entre os participantes e o investigador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos.
4. Fase de análise do conteúdo: transformar a informação obtida junto dos participantes em algo que seja interpretável. Ou seja, formulação de um protocolo de intervenção não farmacológica no controlo da dor, no período pós-operatório.

A figura 1, descreve o desenho do presente estudo.

Figura 1 - Desenho do estudo.



4. PARTICIPANTES

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. De uma forma geral, os conceitos em estudo, os métodos de recolha de dados e a divulgação de certos resultados de investigação, podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também colocar em causa os direitos fundamentais das pessoas envolvidas.

Na investigação qualitativa, geralmente, os indivíduos que participam no estudo não são designados por sujeitos, mas sim por participantes ou informantes, uma vez que, na investigação qualitativa as pessoas têm um envolvimento ativo no estudo, o que permite uma melhor compreensão das suas práticas (Carpenter & Streubert, 2002). Assim sendo, neste documento adotou-se o termo de participantes para designar os indivíduos que fazem parte da investigação.

No que concerne aos procedimentos éticos, é maioritariamente explicitada a obtenção do consentimento informado dos participantes e a autorização das organizações onde o estudo decorre. Com efeito, os aspetos éticos são decisivos em investigação. A garantia dos direitos, liberdades e consentimento dos participantes e instituições deve ser assegurada pelo investigador. O consentimento informado sob a forma escrita e a neutralidade e imparcialidade na análise dos dados são questões éticas fundamentais a serem consideradas (Nunes, 2012).

Polit, Beck e Hungler (2004), dizem que o princípio da autonomia, justiça, de beneficência e de não maleficência são elementos orientadores e a respeitar na investigação, independentemente da natureza do projeto. Assim sendo, no decorrer do presente estudo, estão presentes todos os princípios orientadores da prática para fundamentar decisões éticas e morais, garantindo o respeito pelos direitos dos participantes. O consentimento informado é um documento que nos dá indicação de que os participantes têm informações apropriadas relativamente à pesquisa, entendem a informação e têm o poder de livre escolha e de participação voluntária no estudo, ou de recusar a sua participação.

À semelhança de outros métodos qualitativos, o *Focus Group* assenta em amostras intencionais, selecionando aqueles participantes que à partida se prevê que gerem sessões o mais produtivas possível, com conhecimentos direcionados para os objetivos do estudo. Independentemente da estratégia adotada, os participantes deverão ser claramente informados sobre os objetivos do estudo e as regras de participação, incluindo tempo estimado de duração (Silva, Veloso & Keating, 2014).

No dia 14 de março de 2018, foi enviado, por correio com aviso de receção, o pedido de autorização ao conselho de administração do referido hospital onde decorreu o estudo (Apêndice I), onde constam descrição dos procedimentos para garantir a confidencialidade e anonimato dos dados. O documento comprovativo de parecer favorável, foi obtido no dia 16 de abril de 2018.

Para o estudo de investigação em causa, utilizou-se uma amostra não probabilística por conveniência de enfermeiros a exercer funções no Hospital selecionado, e com os seguintes critérios de inclusão:

- Ser detentor do curso de licenciatura em enfermagem;
- Exercer funções no serviço e Hospital selecionado;
- Ter no mínimo cinco anos de experiência na prestação de cuidados cirúrgicos;
- Aceitar participar no estudo.

Foi esclarecido por e-mail, (resposta ao pedido de autorização ao conselho de administração) que o investigador deveria reunir com a Sra. Enfermeira Diretora do Hospital selecionado. Assim sendo, nesta reunião, clarificou-se o estudo de investigação a realizar e os critérios de inclusão dos participantes.

Ribeiro (2010), define os grupos entre 4 a 10 pessoas, num espaço de tempo, não excedendo as duas horas. Posto isto, a escolha dos participantes é intencional, devendo a amostra ter pelo menos uma característica comum importante para o estudo proposto. O grupo foi composto por sete participantes, sendo as sessões de aproximadamente 60 minutos. Durante a colheita de dados, foi sempre intenção do investigador estabelecer um clima descontraído e de confiança, no qual os participantes se sentissem confortáveis e com à vontade para abordar as suas práticas. O convite aos participantes foi realizado via correio eletrónico e o *Focus Group* decorreu dentro do horário laboral. A participação no estudo foi voluntária, e aceite por todos os enfermeiros contactados. No *Focus Group*, foi

assumido como consentimento a presença dos participantes nas sessões em resposta ao convite formulado. Elaborou-se também um documento de consentimento informado que foi fornecido aos participantes. Estes, após a devida leitura e os necessários esclarecimentos verbais, consentiram, na assinatura do termo de consentimento, como afirmação em participar de forma voluntária e com pleno conhecimento de causa (Apêndice II).

Os pedidos de autorização e consentimento, são esclarecidos quanto a regras e considerações éticas que esta metodologia envolve, como:

- Necessidade de as entrevistas serem gravadas em áudio;
- Garantia do anonimato e confidencialidade individual de toda a informação recolhida;
- Importância de intervenção orientada, no sentido de facilitar a compreensão;
- Esclarecimento do papel do moderador, que é sobretudo a escuta ativa;
- Sensibilização dos participantes para a sua intervenção ativa, realçando a importância da opinião de todos;
- Colaboração voluntária e a não obrigatoriedade de resposta oral às perguntas, existindo a possibilidade de cada participante escrever a sua opinião na folha disponibilizada;
- Informação aos participantes de que, caso se sentissem desconfortáveis poderiam abandonar a sala sem necessidade de justificar o seu ato.

A tabela 1 resume os aspetos relativos às características sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais dos Participantes

Género	Idade	Habilitações Académicas	Tempo de exercício profissional
Feminino	42 anos	Licenciatura em Enfermagem	5 anos
Feminino	34 anos	Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica	13 anos
Masculino	31 anos	Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica	10 anos
Feminino	29 anos	Licenciatura em Enfermagem	5 anos
Feminino	47 anos	Especialidade em Enfermagem de Reabilitação	24 anos
Feminino	54 anos	Especialidade em Enfermagem Comunitária	30 anos
Feminino	27 anos	Licenciatura em Enfermagem	5 anos

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, dos sete participantes, seis são do sexo feminino, e um do sexo masculino.

As idades dos participantes estão compreendidas entre os 27 e os 54 anos, encontrando-se a média de idades nos 37 anos.

Relativamente aos dados profissionais, três são enfermeiros de cuidados gerais e quatro são enfermeiros especialistas.

A privacidade dos participantes deve ser salvaguardada de forma absoluta, ao longo de todo o processo de investigação. Pois conforme referido por Martins (2008), a confidencialidade dos dados deve ser uma preocupação do investigador, e estes deverão ser tratados de modo a manter o anonimato dos participantes. Neste sentido, os nomes dos participantes foram substituídos por codificação ordinal.

Embora o objetivo primário de uma investigação seja gerar novo conhecimento, essa finalidade nunca prevalece sobre os direitos e interesses individuais dos participantes na investigação. Foram tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais. Dado o descrito anteriormente, afirma-se que foram salvaguardadas todas as orientações emanadas pela Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (World Medical Association, 2013).

Os participantes demonstraram bastante satisfação pela participação no estudo e interesse em conhecer os resultados.

5. TRATAMENTO DE DADOS

Esta é uma das etapas mais valorizadas na investigação, porque é a partir da análise da informação que se dá sentido aos dados colhidos. Consideramos que, esta é uma etapa fulcral que se reveste de alguma complexidade e demora.

O *focus group*, quando inserido em projetos de investigação, são tipicamente gravados e posteriormente alvo de transcrição, devendo esta ser uma reprodução o mais fiel possível de modo a que a sua leitura permita “visualizar” o que ocorreu no grupo e constitua a base da análise de dados; uma das tarefas mais intensas em termos de tempo deste método de recolha de informação prende-se exatamente com o processo de transcrição, podendo chegar até oito vezes o tempo de gravação. (Silva, Veloso e Keating, 2014)

A análise dos dados obtidos com o *Focus Group* é complexa, devido à extrema disparidade dos comentários obtidos, o que significa que qualquer um pode encontrar algo que seja convergente com seus próprios pontos de vista sobre o assunto. Para Aaker, Kumar e George (2001), um relatório eficiente de uma sessão de *Focus Group* deve captar toda a gama de impressões e observações. A análise deverá ser sistemática, verificável e focada no tópico de interesse e com nível de interpretação apropriado. O processo de análise dos dados do *Focus Group* pressupõe muitas estratégias e abordagens qualitativas.

Para todo este processo de análise, optei pela abordagem de Laurence Bardin, de 2009, para a análise de conteúdo. Esta abordagem possui uma ancoragem consistente no rigor metodológico, com uma organização propícia à compreensão e, ao mesmo tempo, oferece ao pesquisador um caminho multifacetado que caracteriza a Análise de Conteúdo como um método que, historicamente e quotidianamente, produz sentidos e significados na diversidade do mundo académico (Farago e Fofonca, 2012).

Para Bardin (2009) enquanto método, a análise de conteúdo, é encarada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para a aplicação deste método de pesquisa é necessário ser objetivo, ser sistemático, abordar apenas o conteúdo pretendido e quantificá-lo.

Para Bardin (2009) as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três centros:

- 1 Pré-análise: é a fase de organização, tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa
- 2 Exploração do material: é a intervenção de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente
- 3 Tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação: Os resultados brutos, ou seja, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples ou complexas dependendo do caso, de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas. Após isto são feitas inferências e as interpretações previstas no quadro teórico e/ou sugerindo outras possibilidades teóricas

Segundo Esteves (2006), esta abordagem para que seja credível, tem de estar à altura dos melhores padrões metodológicos estabelecidos globalmente no campo da investigação científica. Por esta razão, a análise de conteúdo, mais do que simplesmente descritiva e atenta ao conteúdo notório, visa a produção de inferências e, portanto, a interpretação e, eventualmente, a explicação dos fenómenos tanto patentes como latentes na comunicação.

A utilização crescente de abordagens qualitativas, tem sido acompanhada pelo desenvolvimento de *softwares informáticos* dedicados à análise qualitativa de dados. Estas ferramentas permitem trabalhar em simultâneo grandes quantidades de dados de diferentes formatos e efetuar as análises de forma metódica e estruturada. No entanto, um programa não substitui o que compete ao investigador, apesar de oferecer uma forma de organizar e estruturar a informação de modo a facilitar o trabalho de análise, evitando erros e demoras; a essência do trabalho depende do investigador, levando em linha de conta a abordagem teórica e metodológica subjacente à investigação (Loureiro, 2006).

Assim sendo, optei pelo tipo de tratamento de dados sem *software informático*, por não ser um grande volume de dados, e para que ter o máximo de contacto com a informação e a análise da mesma.

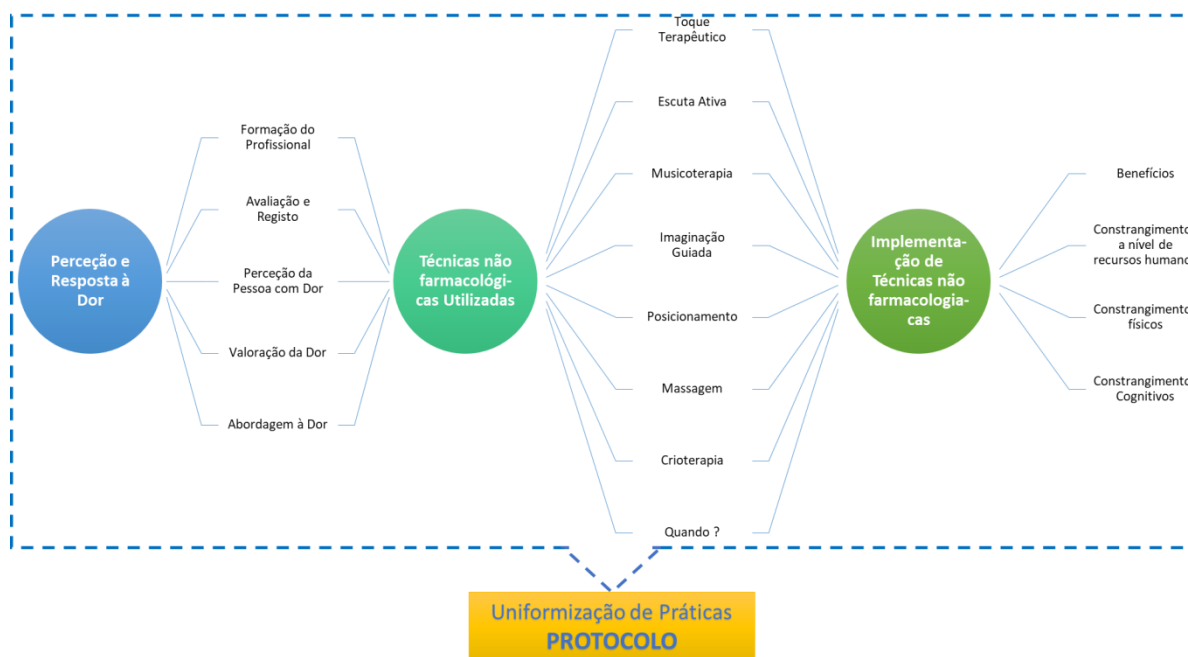
Para Loureiro (2006), como forma de garantir a validade é necessário que quatro critérios estejam presentes: credibilidade, transferibilidade, dependência e confiabilidade, bem como definidas, as estratégias utilizadas para esse fim.

Durante o desenvolvimento do processo de investigação obedeceu-se a todos os critérios acima mencionados. No capítulo que se segue, apresenta-se a apresentação e discussão dos achados.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2009), foi a opção para a análise da informação obtida através das entrevistas grupais – *Focus Group*. Para uma melhor compreensão dos achados, foi realizada uma leitura flutuante das transcrições áudio-gravadas, feita uma análise sistemática às informações obtidas, o que permitiu encontrar a essência do fenómeno, extrair declarações significativas e separá-las em grupos que designamos por categorias (apêndice III).

Figura 2 - Estrutura empírica do fenómeno (*Focus Group 1*)



Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados da investigação, em que primeiramente, é exposto um desenho que representa a estrutura essencial do fenómeno, e de seguida é esclarecida a estrutura descritiva do seu significado. Para tal, procedeu-se à apresentação das categorias identificadas através da análise da linguagem dos participantes, e das relações entre elas. A relação entre as categorias, bem como os respetivos significados de cada uma, apresentam-se numa figura 2, de forma a permitir uma primeira leitura e compreensão global do fenómeno. Também no apêndice III é possível visualizar a análise, incluído as descrições dos enfermeiros.

O processo de análise de conteúdo do *Focus Group* realizado com os sete participantes deste estudo, permitiu conhecer e compreender como os enfermeiros experimentam o controlo da dor, no período pós-operatório.

Considerando o diagrama anteriormente apresentado (Figura 2), compreende-se a estrutura essencial do fenómeno em estudo. O controlo da dor através de medidas não farmacológicas, é condicionado pela perceção e resposta que o enfermeiro faz da Dor, e por diversos constrangimentos na implementação das mesmas.

A presente estrutura descritiva do fenómeno em estudo, foi classificada em três grandes dimensões que se relacionam entre si. As descrições significativas que provêm da informação dos participantes, e que melhor elucidam cada categoria, são expostas à medida que vão sendo demonstradas as categorias identificadas e encontram-se transcritas da mesma forma como foram verbalizadas.

Na categoria intitulada como **Perceção e resposta à dor**, está integrada a abordagem e valoração da dor, feita pelo profissional. Foram aqui integradas as subcategorias: Formação do Profissional; Avaliação e Registo; Perceção da Pessoa com Dor; Valoração da Dor e por último, Abordagem à Dor.

Verificou-se que a perceção e o modo como damos resposta à dor da pessoa doente está relacionada com a formação dos profissionais de saúde na medida estes referem que não têm formação sob as medidas não farmacológicas: “... *é verdade não há formação na área, não há conhecimento, não estamos despertos para isso.*”; “*nem na licenciatura, nem na especialidade tive acesso a essa formação*”. Os participantes do estudo confirmam que vão aprendendo de acordo com o interesse e iniciativa de cada um: “*aprendemos... com a experiência profissional*”; “*num sítio em que essas medidas estejam a ser aplicadas e tu vais procurar mais conhecimentos*”. Assumem, que são um grupo profissional reticente em aceitar novas estratégias “*as não farmacológicas é uma batalha muito grande, mas não só a população, a classe de enfermeiros também*” e “... *é verdade não há formação na área, não há conhecimento, não estamos despertos para isso.*”.

Na avaliação da dor e o registo que fazem dela, os enfermeiros consideram fundamental a utilização de instrumentos de medida para a monitorização da mesma: “*Temos as réguas*” e “*sim, ...principalmente a escala analógica*”. Admitem, que numa situação

cirúrgica, estudar a história de dor do doente é algo que ainda não é preconizado: "*Se fazem realmente a pré-avaliação?... Não, não temos esse hábito.*"; "*...nós avaliamos a dor no início, porque avaliamos junto a todos os outros sinais vitais.*"; no entanto consideram esta avaliação essencial para uma melhor gestão da dor no pós-cirúrgico: "*...deve fazer-se na colheita de dados, na parte da avaliação inicial. Isso da pré-avaliação...*".

O nosso grupo profissional ainda tem alguns *clichés*, sobre o modo como a pessoa faz a valoração da sua dor: "*...ao mínimo de dor, o doente recorre a fármacos.*"; "*...recorrem logo a comprimidos*"; "*...dirigem-se logo ao médico.*"; "*...porque o que ela quer é fármacos...*"; "*... está interiorizado na mente das pessoas, ...eu quero é um medicamento que me passe rápido*"; "*a população não está sequer minimamente disponível para isto e aberta a novas técnicas*" e "*o nível de dor vai influenciar a recetividade do doente à não farmacológica.*". No entanto, também nós enfermeiros fazemos este tipo de valoração perante o doente que temos diante de nós: "*A dor só é controlada não farmacologicamente se for uma dor muito suave...*"; "*...analgesia tem de estar de forma continua...*"; "*...da minha experiência profissional é muito difícil de tratar a não ser farmacologicamente.*" e "*...realmente a nossa primeira linha é farmacológica.*".

Contudo, os participantes do estudo têm a noção de que não estão a valorizar à dor do pessoa de forma adequada e que as medidas não farmacológicas podem realmente ser introduzidas na nossa pratica diária em conciliação com as farmacológicas de modo a garantir a gestão da dor de forma mais eficiente: "*...primeiro atuamos farmacologicamente e depois é que vamos para a não farmacologia.*"; "*...após esgotarmos as técnicas todas, até se podem iniciar as não farmacológicas.*"; "*...muitas vezes a analgesia não acalma o doente.*" e "*não podem ser totalmente isoladas, têm de ser sempre complemento.*"

Posto isto na categoria **medidas não farmacológicas utilizadas** são referidas todas as terapias/medidas não farmacológicas conhecidas e utilizadas no controlo da dor, bem como os momentos em que são aplicadas. Definimos como subcategorias: Toque Terapêutico; Escuta Ativa; Musicoterapia; Imaginação Guiada; Posicionamento; Massagem; Crioterapia e Quando.

De entre as várias medidas não farmacológicas discutidas, podemos isolar o Posicionamento, a Massagem e a Crioterapia como sendo as técnicas mais utilizadas e

das quais os enfermeiros detêm mais conhecimentos: *"É mesmo a que mais utilizo"; "especialmente usamos muito o posicionamento adequando"; "sim, o posicionamento de conforto"; "Muitas vezes... uma massagem com creme hidratante... mais localizada nessa zona de dor, alivia a dor ao doente."; "...superou qualquer analgésico aquela massagem."* e *"...mas também utilizamos...os posicionamentos... a aplicação de gelo local..."*. Por outro lado, a Musicoterapia *"Nunca tive oportunidade de utilizar"; "Tem demasiadas barreiras..."* e *"Com muitos doentes é difícil."*; *"...só se for na pediatria."*

As restantes técnicas mencionadas, não são omitidas, tendo para o enfermeiro uma valoração significativa no âmbito da relação e comunicação com o doente: *"...eles gritam, e com um bocadinho de conversa com um tom de voz baixo, tudo de acalma e tudo passa"; "sente que tem ali alguém que está a perceber aquilo que eu estou a sentir"; "...é muito importante, ... só o facto de estarem sozinhos, num ambiente que não é deles, sentem-se sozinhos, desamparados."* e *"...transmite...uma segurança"*.

Na categoria **Implementação de medidas não farmacológicas**, é dado a conhecer, as barreiras à implementação das mesmas, por parte do profissional, bem como as vantagens na sua utilização. Assim sendo como subcategorias definimos: Benefícios; Constrangimentos a nível de recursos humanos; Constrangimentos físicos e Constrangimentos Cognitivos.

O enfermeiro encontra vários benefícios na implementação das medidas não farmacológicas, quer a nível de comunicação em enfermagem: *"...na linguagem CIPE tens medidas não farmacológicas"*; quer a nível de gastos no serviço nacional de saúde: *"...tem menores custos em farmacologia, a complementaridade com a não farmacológica."*; e especialmente, a nível de aplicabilidade, dando autonomia ao doente, no controlo da sua dor: *"...fazer ensinios ao doente, para ele usar este tipo de técnicas em casa...sim, num pós-operatório."*

No entanto, são discutidas as barreiras à implementação das mesmas, sendo divididas em três grandes domínios: recursos humanos, condições físicas e condições cognitivas.

A carência de recursos humanos nos nossos serviços cirúrgicos é o fenómeno mais apontado para a não aplicabilidade deste tipo de técnicas: *"...não temos dotações para realizar esse tipo de intervenções."*; *"...isto requer muita comunicação com o doente, que*

nós não temos disponibilidade." e "...rotinas e os timing's que temos de cumprir em cada turno.", ou seja, remete-os para o molde "Falta de tempo".

No entanto, no domínio cognitivo, a nossa classe profissional assume várias perspetivas. A do próprio que tem *"...insuficiência de conhecimento"*, para a uso das medidas não farmacológicas. Apontando o dedo à classe médica, argumentando que *"...os médicos insistem na analgesia..."* e que *"...há falta de consciencialização médica..."*; comentam também, a disponibilidade do doente para aceitar estas medidas: *"Porque ele sentiu alívio com aquele tipo de fármaco e é o que ele quer sentir novamente. Não vale a pena estar com rodeios.", "...será difícil avaliar uma ação não farmacológica, ao mesmo tempo que estamos a administrar a farmacológica."*

Porém, o mais discutido pelo enfermeiro, é com certeza, o constrangimento físico, na implementação deste tipo de técnicas, sendo também aquele, que é mais difícil de alterar. Evidentemente algumas das condições físicas são estáticas, como é o caso dos quartos de internamento: *"os recursos, até físicos... enfermarias de 2 e 3 camas... estar em silêncio, por vezes não é possível.", "A luz, sossego...silêncio...não temos um sítio onde possas apagar a luz, enquanto está a cumprir terapêutica."*; não estando estes ao alcance do enfermeiro, para que sejam transformados. No entanto, recursos materiais como *"Às vezes não temos gelo."* é algo que está ao alcance do enfermeiro, sendo possível contornar, para que as medidas não farmacológicas sejam realizadas e sejam o sucesso no controlo da dor.

Ainda durante o debate no primeiro *Focus Group*, foi apresentada uma última questão: *"Há necessidade de haver protocolo de Intervenções de Enfermagem, sobre esta temática? Considera vantajosa a uniformização de medidas não farmacológicas no tratamento e alívio da dor?"*, à qual se obtiveram variadas opiniões, que geraram controvérsia. Todavia, as opiniões convergiram no mesmo sentido, de que *"...se queremos trabalhar na qualidade e nos padrões da qualidade...tem de existir."* e *"...no sentido de que havia algo palpável e fazia-nos utilizar frequentemente estas intervenções."* Protegendo sempre, a questão da carência de conhecimentos sobre esta temática, dizendo que *"...tem de ser muito bem estruturado e haver formação antes da implementação.", "...fazia-nos procurar formação para isso.", "...ficávamos mais desperto para tal", encarando a ideia de "Formar e insistir, porque somos um grupo difícil."*

O método *Focus Group*, foi eleito para colheita de dados, após transcrição, análise e tratamento de dados, elaborou-se o protocolo, possível de visualizar no apêndice IV que pretende uniformizar as práticas de enfermagem no controlo e gestão da dor com recurso às medidas não farmacológicas.

O protocolo foi elaborado em dois formatos, *checklist* e algoritmo, de modo a completarem-se mutuamente, sendo apenas uma folha, que tem verso, ou seja, organizada por duas páginas. Optamos por este tipo de formatos, pois para Carvalhas e Marques (2014), a elaboração e aplicação de *checklists* é um método que visa a diminuição do erro em cuidados de saúde.

O protocolo, abrange todos os momentos de peri-operatório. Tal como foi referido pelos enfermeiros na primeira sessão de *Focus Group*, tona-se essencial uma avaliação inicial onde são apresentando os instrumentos de avaliação da dor disponíveis e verificado qual o mais adequado para a pessoa doente, de modo a que a escala utilizada na primeira avaliação, seja, sempre que possível, a mesma para todo o processo de internamento. Na figura 3, podemos visualizar esta fração, no formato de algoritmo, sendo que na figura 4, é apresentado sob a forma de checklist.

Figura 3 - Acolhimento/ Avaliação inicial (Algoritmo)

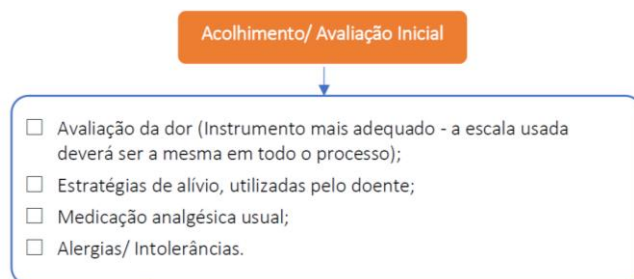
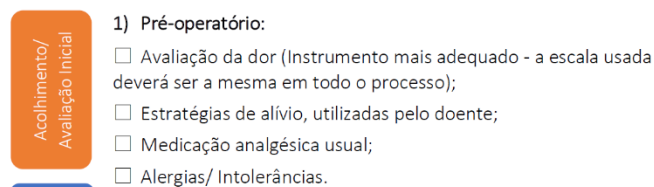
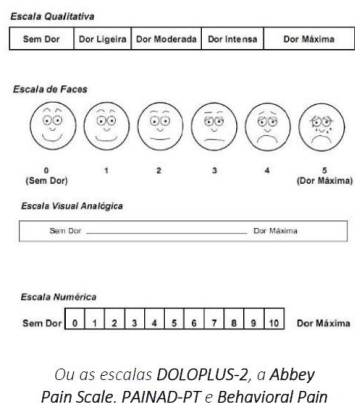


Figura 4 - Acolhimento/ Avaliação inicial (Checklist)



As escalas de avaliação da dor disponíveis para a língua portuguesa e que foram abordadas ao longo deste estudo, são também visualizadas no protocolo, como demonstra a figura 5, como forma de auxílio ao enfermeiro, para um eficaz acesso às mesmas, estando disponível a seleção da mais adequada, para que num registo futuro, se tenha rápido acesso a esta informação.

Figura 5 - Instrumentos de Avaliação da dor (Checklist)



O momento básico deste processo é a **Cirurgia**, só após esta podemos dar início à fase pós-operatória, em que é defendido e executado pelos enfermeiros um conjunto de medidas padrão para proporcionar o conforto e acolhimento do doente, tais como: controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (ex., temperatura ambiente, iluminação, ruído) e reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (ex., medo, monotonia e falta de informação). Esta informação também foi tida em conta no protocolo realizado, tal como se verifica nas figuras 6 e 7, sendo fundamental em qualquer tipo de intervenção cirúrgica.

Figura 6 - Medidas Padrão (Algoritmo)

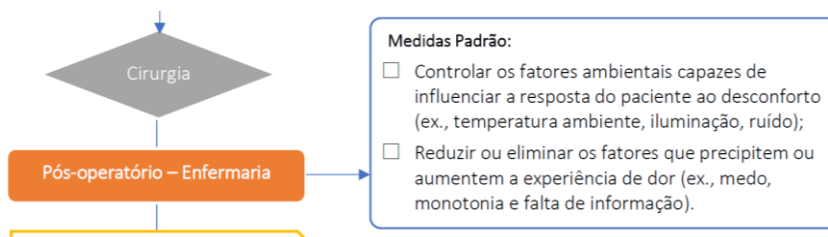


Figura 7 - Medidas Padrão (Checklist)

- Medidas Padrão**
- 2) Pós-operatório:
- Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (ex., temperatura ambiente, iluminação, ruído);
 - Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (ex., medo, monotonia e falta de informação).

Permanecendo na fase pós-operatória, é central a avaliação da dor, mediante a resposta obtida, tenha diferentes vertentes de atuação. De outro modo, consoante a resposta da pessoa doente ou a observação de comportamento da mesma, o enfermeiro vai atuar de modo a controlar a dor não farmacologicamente, harmonizando com a farmacologia já instituída e em administração. Todavia, se a dor estiver controlada, o enfermeiro terá a responsabilidade de manter a vigilância e a reavaliação da mesma. Neste âmbito são expostas as medidas não farmacológicas de intervenção física, cognitivo comportamentais e emocionais, sendo uma eleição do enfermeiro adequar a que mais de ajusta à pessoa e causa, não sendo obrigatoriedade o uso de todas as intervenções disponíveis. Nas figuras 8 e 9, podemos observar esta fração do protocolo, sendo que na figura 9, correspondente à forma de Checklist, tivemos o cuidado de elucidar sobre as recomendações e as contraindicações, quando aplicável, das técnicas apresentadas, sendo um auxílio para o enfermeiro no instante de eleição destas.

Figura 8 - Avaliação da dor e as intervenções não farmacológicas (Algoritmo)

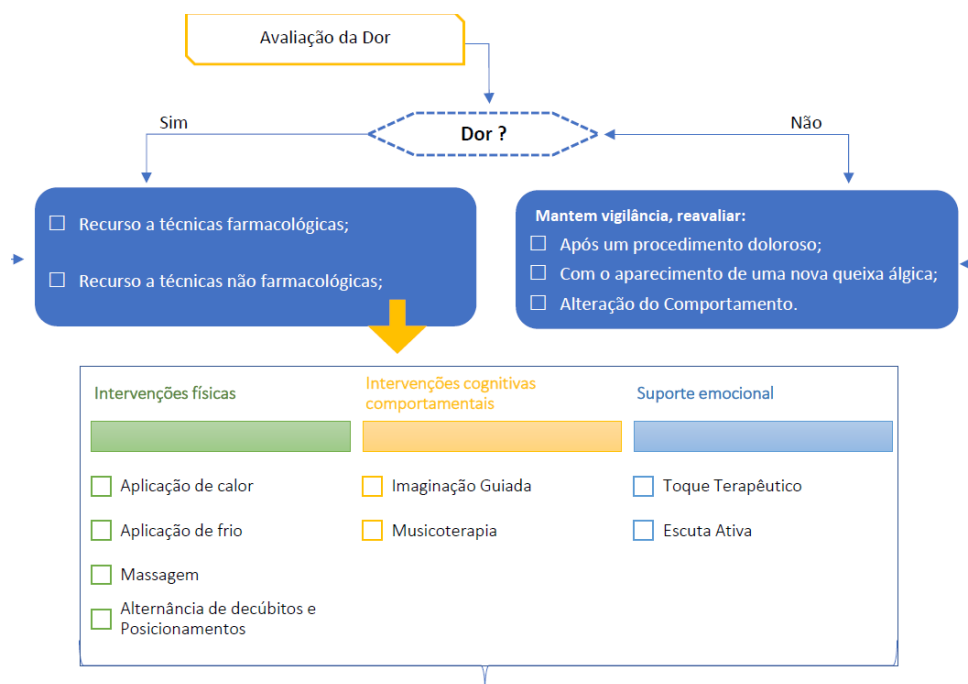


Figura 9 - Avaliação da dor e intervenções não farmacológicas (Checklist)

Avaliação da Dor	<input type="checkbox"/>	Avaliação da dor;		
	<input type="checkbox"/>	Recurso a técnicas farmacológicas;		
	<input type="checkbox"/>	Recurso a técnicas não farmacológicas.		
		↓		
			Recomendações:	Contraindicações:
Intervenções físicas	<input type="checkbox"/>	Aplicação de calor - Aplicação com sacos com água quente, compressas humedecidas e imersão, com temperatura entre 40° a 45°C, durante 20 a 30 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigiar a temperatura ✓ Colocar proteção (toalha) entre a fonte de calor e a pele ✓ Observar alterações na coloração e aspeto da pele ✓ Não ultrapassar o tempo recomendado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exista infeção; ▪ Hemorragia ativa, sobre o local do tumor (neoplasias); ▪ Traumatismos agudos; ▪ Insuficiência vascular.
	<input type="checkbox"/>	Aplicação de frio - Aplicado na região do corpo com dor, durante 10 a 15 minutos, através de: sacos de água fria, sacos de gelo, toalhas geladas e compressas frias.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não ultrapassar o tempo recomendado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença vascular periférica; ▪ Insuficiência arterial; ▪ Alteração da sensibilidade e do nível de consciência.
	<input type="checkbox"/>	Massagem - "ato de massajar e pressionar partes do corpo".	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático; ✓ Relaxa a musculatura no local da sua aplicação; ✓ Sensação de conforto e de bem-estar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doenças dérmicas; ▪ Presença de tumores e cicatrizes recentes; ▪ Zonas de fraturas recentes; ▪ Articulações ou tecidos com inflamação aguda; ▪ Existência de sinais de compromisso circulatório.
	<input type="checkbox"/>	Alternância de decúbitos e Posicionamentos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aliviar a pressão das proeminências ósseas ou áreas edemaciadas; ✓ Promover a aceleração da circulação; ✓ Relaxamento muscular e conforto generalizado. 	
Intervenções cognitivas comportamentais	<input type="checkbox"/>	Imaginação Guiada	<ul style="list-style-type: none"> Combinção de respiração lenta e ritmada, com uma imagem mental de relaxamento e conforto. ✓ Tempo (minutos); ✓ Ambiente tranquilo. 	
	<input type="checkbox"/>	Musicoterapia - "induzir relaxamento, moderar as emoções..."	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não requer concentração; ✓ Não requer participação ativa do doente. 	
Suporte emocional	<input type="checkbox"/>	Toque Terapêutico - "...imposição de mãos com intencionalidade, ...uma aproximação das mãos à pele do paciente."	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimula fibras sensitivas superficiais da pele; ✓ Gera relaxamento muscular; ✓ Estimulação do sistema límbico. 	
	<input type="checkbox"/>	Escuta Ativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver com o doente uma relação de confiança terapêutica, ✓ Tom de voz sereno e pausado; ✓ Demonstrar disponibilidade e compreensão. 	

Na última fase deste processo de gestão e controlo da dor no pós-operatório, após a aplicação das medidas não farmacológicas, como intervenções autónomas de enfermagem, surge a reavaliação da dor e o entendimento no benefício significativo do controlo da mesma. Esta fração está presente no protocolo desenvolvido, em ambas as formas, sendo que no algoritmo, se o benefício for significativo, remete-nos para a parte da vigilância em que a dor está controlada. No entanto, se esse benefício não for notório, voltamos a iniciar o processo na fase em que temos dor presente com necessidade de controlo. Todavia, na forma de *checklist*, a fase de reavaliação da dor adequa-se em três momentos: Após um procedimento doloroso; com o aparecimento de uma nova queixa álgica e com alteração do comportamento do doente. Nas figuras 10 e 11 podemos compreender esquematicamente esta fração.

Figura 10 - Reavaliação da dor e o entendimento no benefício (Algoritmo)

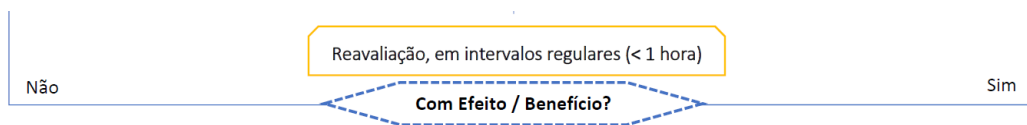
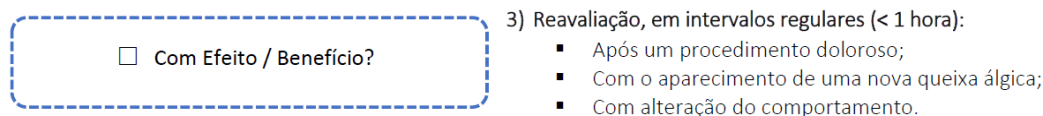


Figura 11 - Reavaliação da dor e o entendimento no benefício (Checklist)



Perante a apresentação do protocolo elaborado, retomámos aos participantes, com a realização de novo *Focus Group*. Os dados resultantes deste, foram novamente sujeitos a análise de conteúdo. Assim, passamos a refletir acerca da experiência vivida pelos participantes, procedendo a uma análise distinta e, em particular, de cada categoria, compreendendo a aplicabilidade do protocolo em relação ao controlo eficaz da dor no pós-operatório, através de intervenções não farmacológicas. Na figura 12, apresenta-se a estrutura empírica do fenómeno neste segundo *Focus Group*.

Figura 12 - Estrutura empírica do fenómeno (Focus Group 2)



Assim sendo, na análise de conteúdo distinguiram-se duas categorias para este segundo *Focus Group*: a **Estrutura**, em que são descritos os juízos sobre a perceção do protocolo visualmente e fisicamente; e a **Aplicabilidade**, onde é discutida a possível implementação e utilização do protocolo, com base nas medidas não farmacológicas, em unidades de saúde.

Como subcategorias, da **Estrutura**, definimos: a organização visual e a organização física.

Os participantes, ao apreciarem o protocolo, verificando as duas formas de apresentação do mesmo, consideram que "...*está simples, perceptível.*" e "*Não está massudo. Para quem olhar.*"; distinguindo-se assim a subcategoria organização visual. Ainda dentro da estrutura, os enfermeiros atentam que o formato de *checklist* é o mais apropriado para o doente: "*como checklist...seria adequado ao doente... sim, muito pertinente*". Contudo, o parecer é positivo quanto à organização física, pois observam que "*Está muito bem definido, bem estruturado e guiado*".

Como sub-categorias, da **Aplicabilidade**, definimos: Parecer positivo, Medidas padrão, Constrangimentos e Sugestões.

Os participantes quiseram fazer destaque à fração do protocolo que apresenta as medidas padrão, defendendo que o meio envolvente tem influência no modo como a pessoa percebe a dor e a controla, ou seja, "... *o ambiente, também pode agudizar a dor.*" e "... *tem muita influencia no conforto*". Afirmam que as medidas instituídas no ambiente envolvente é das atitudes de enfermagem mais utilizadas, "*Logo uma das coisas que eu faço mais, é baixar os estores, controlar a luz.*" e "... *eu desligo logo a televisão.*", esclarecendo assim a influência que o meio tem na pessoa com dor, "...*de facto o ambiente é muito importante.*".

Com a ideia "...*será interessante ver implementado este protocolo.*", percebemos que alcançámos uma alteração na opinião dos participantes, relativamente à aplicação de medidas não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório, pois surgiram indicadores como: "*Achamos que é uma área que não tem assim tanto para falar, mas realmente está aqui muito trabalho.*"; "...*dá para aplicar.*" e "*Eu acho que realmente isto, é um complemento de tudo um pouco e é adaptar... à pessoa*".

Apesar do Parecer Positivo exposto no paragrafo anterior, os participantes encontraram alguns possíveis Constrangimentos, na aplicação deste protocolo, dizendo que: "...*numa enfermaria com várias pessoas, não se pode agradar a toda a gente.*" e "...*muitas vezes se houver visitas, se houver outro utente no quarto,... já não é tão fácil, do que se ter um quarto só para o utente e para nós.*". É notório, que terá de haver uma avaliação inicial, no pré-operatório, do que é benéfico para a pessoa doente, pois podem surgir algumas experiências, relatadas pelos participantes, embora não direcionadas para este protocolo, mas sim para a implementação de medidas não farmacológicas: "...*a senhora era surda. Havia dificuldade na comunicação.*", "...*eu tinha música no computador, ... por favor,*

não basta ser operado e agora estar a ouvir isto." ou seja, "...o exemplo da música, pode não agradar a todos.". Poderiam ter sido contornadas, caso tivesse ocorrido a avaliação inicial.

Esclareceram que o protocolo elaborado, pode ser mais adequado para o tipo de dor crónica: *"...este tipo de protocolos, ... não se adequa neste tipo de dor pós-operatória."* mas *"...faz falta,...na dor crónica."*. Apesar de afirmarem que *"...no recobro... tem tudo para ter viabilidade."*. Assim sendo, deixaram Sugestões, relativamente à formação, principalmente dos profissionais: *"Implementado, mas antes fazer formação e despertar os profissionais..."* e *"...a formação antes é indispensável."*

Durante esta segunda sessão, obtivemos a concordância de todos os participantes com a estrutura empírica do fenómeno apresentado. A maioria dos participantes reforçou a inexistência de formação nesta área, e sublinhou a sua necessidade para uma melhor visualização das intervenções autónomas de enfermagem.

7. DISCUSSÃO DOS DADOS

Com o descrito anteriormente, considerou-se que este não é um processo estático, mas dinâmico, no qual os diferentes temas se interligam e influenciam mutuamente.

O objetivo - Caracterizar as atitudes dos enfermeiros face ao uso das medidas não farmacológicas, utilizadas pela equipa de enfermagem de um Hospital privado da Zona Centro no controlo da dor, no período pós-operatório – foi atingido no *Focus Group*, pois foi perceptível no tema Avaliação Inicial, que foi defendido pelos participantes que *"...deve fazer-se na colheita de dados, na parte da avaliação inicial. Isso da pré-avaliação"*, no entanto admitem que *"Não, não temos esse hábito."* Segundo Direção Geral de Saúde a história de dor deve ser registada em local próprio da avaliação inicial. A Ordem dos Enfermeiros (2008), esclarece que, na colheita de dados sobre a história de dor, devem constar, entre outros aspetos, a descrição das características da dor, os fatores de alívio e de agravamento e a descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas. Concordando com isto, *"Acolhimento... Isto é a pré-avaliação... Sim"*, os participantes aceitaram esta fração Acolhimento/ Avaliação Inicial, pertencente ao protocolo.

Ainda dentro deste objetivo, relativamente ao registo de enfermagem, após a avaliação da dor, a queixa de dor deve sempre ser valorizada e respeitada, devido ao desconforto que ela manifesta. Mas tão importante como avaliar a dor é explorar as medidas a utilizar no seu alívio e controlo. Os participantes dizem *"...nós avaliamos a dor no início, porque avaliamos junto a todos os outros sinais vitais."*, o que para Sousa (2009), é o mais correto, não só do ponto de vista da avaliação, mas também do registo, pois a dor deve ser registada ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais. Concordando, a Direção Geral de Saúde diz que a intensidade da dor deve ser registada ao longo do internamento junto do registo dos sinais vitais. Para Mendes, Hayashida e Lima (2008), estes registos devem ser assinalados em lugar próprio, fáceis de ler e rapidamente acessíveis. Consequentemente Teixeira e Durão, (2016), dizem que após identificar a intensidade da dor da pessoa, o enfermeiro deve implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a eficácia das mesmas. Nesta sequência, importa igualmente referir no registo os

efeitos obtidos, promovendo a transmissão da informação, a continuidade dos cuidados. Pereira (2011), refere que os enfermeiros admitem a implementação de medidas não farmacológicas, contudo nem sempre as documentam, pelo facto de não refletirem acerca da sua importância ou por não as valorizarem como tal. Assim sendo, consideram que um protocolo pode ser uma mais valia para dar a visibilidade merecida às técnicas não farmacológicas, ou seja, *"...no sentido de que havia algo palpável e fazia-nos utilizar frequentemente estas intervenções."* e *"...ficávamos mais desperto para tal"*.

Verificamos ainda, nas atitudes dos enfermeiros do Hospital selecionado, que as medidas não farmacológicas são utilizadas em complemento. Para os participantes *"...será difícil avaliar uma ação não farmacológica, ao mesmo tempo que estamos a administrar a farmacológica."* A dor exige dos enfermeiros uma atenção extrema e uma aptidão e sensibilidades especiais para a sua avaliação, contribuindo para a garantia de cuidados humanizados. As medidas não farmacológicas, na sua maioria, procuram o reequilíbrio global e não apenas o tratamento sintomático. Posto isto, Linhares e Doca, (2010), definem a importância do recurso a intervenções não farmacológicas pelo facto de muitas delas modificarem o significado da dor, ou seja, consegue-se uma reestruturação cognitiva, modificando os entendimentos responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão. A Ordem dos Enfermeiros (2008) preconiza utilizá-las em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica.

Contudo, maioritariamente, os participantes afirmam a preferência pelas medidas farmacológicas, pois: *"...realmente a nossa primeira linha é farmacológica."*, *"...após esgotarmos as técnicas todas, até se podem iniciar as não farmacológicas."* e *"A dor só é controlada não farmacologicamente se for uma dor muito suave..."*; ideias estas que os autores Topcu e Findik (2012), vêm confrontar com base no seu estudo, em que os resultados mostram que os exercícios de relaxamento desempenham um papel efetivo no controlo da dor, após cirurgia abdominal, ou seja, houve uma redução significativa da dor após aplicação das técnicas de relaxamento em 71,7% dos participantes. Especificamente, houve aumento do número de pessoas sem dor e diminuição, tanto da dor irritante, como da dor muito severa. Segundo Teixeira e Durão (2016), a gestão da dor na pessoa em situação crítica, envolve não só a sua avaliação e monitorização, mas também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas). Desde a Circular Normativa nº 09 da Direção Geral de Saúde datada de 14 de junho de 2003, é dever do profissional de saúde o controlo eficaz

da dor, contínuo e regular com recurso às diversas técnicas de controlo, otimização da terapêutica, constituindo este um direito da pessoa doente.

Deste modo, debruçando-nos sobre as medidas não farmacológicas traçadas neste estudo, compreendemos que as mais utilizadas, na opinião dos participantes, são o Posicionamento, a Massagem e a Crioterapia, enquanto que a Musicoterapia é a menos utilizada, sendo a Imaginação Guiada, a Escuta ativa e o Toque terapêutico encaradas como atitudes que valorizam a relação e comunicação com a pessoa. Para os autores (Matos, et al., 2018) a opinião é tendencialmente idêntica, pois no caso da dor aguda, as medidas não farmacológicas estudadas e com efeitos positivos no controlo da dor consistem em posicionamento, relaxamento, crioterapia, musicoterapia e suporte emocional. A Ordem dos Enfermeiros (2008), diz que existem outras estratégias relatadas como eficazes no alívio da dor que não são tão frequentes na prática de Enfermagem.

O segundo objetivo traçado neste estudo consiste em - Descrever as vantagens e desvantagens percecionadas pelos enfermeiros de um Hospital privado da Zona Centro na utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório – foi também atingível durante o *Focus Group*, pois durante a troca de ideias foram isoladas opiniões sobre os benefícios e os constrangimentos do uso de medidas não farmacológicas.

Segundo Stites, (2013), o índice de dor não controlada, na pessoa em situação crítica, aparenta manter-se ainda inaceitavelmente elevado. Para os participantes a implementação destas medidas está condicionada por constrangimentos, de campo de ação cognitivo, físico e a nível de recursos humanos. Ou seja, a nível de recursos humanos, os participantes afirmam que "*...não temos dotações para realizar esse tipo de intervenções.*" e "*...rotinas e os timing's que temos de cumprir em cada turno.*". Tal afirmação é aceite pelo autor Santos (2011), pois não só pela falta de tempo efetivo para a prática de modalidades terapêuticas não farmacológicas, como pela organização do tempo total de trabalho, em cada turno. O constrangimento físico, na implementação deste tipo de técnicas é o mais difícil de alterar, no entanto os participantes têm uma opinião rigorosa "*os recursos, até físicos... enfermarias de 2 e 3 camas... estar em silêncio, por vezes não é possível.*" e "*A luz, sossego...silêncio...não temos um sítio onde... possas apagar a luz, enquanto está a cumprir terapêutica.*". No âmbito do constrangimento físico, para a implementação das medidas não farmacológicas, foi dado destaque a

algumas medidas que podem, de certa forma melhorar esta barreira, sendo intituladas, no protocolo, de Medidas Padrão. Esta fração do protocolo foi facilmente aceite pelos participantes, pois dizem ser das atitudes de enfermagem mais utilizadas "... o ambiente, também pode agudizar a dor.", "Logo uma das coisas que eu faço mais, é baixar os estores, controlar a luz." e "... eu desligo logo a televisão.". Para reforçar estas medidas Watt-Watson (2003), afirma que o enfermeiro deve providenciar a modificação do ambiente físico do doente com dor, uma vez que pode criar sobrecarga sensorial e potenciar os estímulos dolorosos, sem esquecer que nem todas as pessoas reagem positivamente ao mesmo ambiente. Deste modo poderá ser benéfico para a pessoa: Ser transferido para um quarto mais calmo; reduzir luzes intensas e controlar o número de pessoas que entram no quarto.

Já a nível cognitivo, é apontado o dedo à classe profissional por "...insuficiência de conhecimento". Os autores Sousa (2009), Batalha (2010), Mocerri e Drevdahl (2014) e Silva (2014), concordam com tal afirmação, demonstram que estes profissionais apresentam formação e capacitação reduzida em gestão da dor e em medidas não farmacológicas, propondo maior investimento em formação contínua. Verifica-se que quando incluída a formação aos enfermeiros em dor e medidas não farmacológicas é possível alcançar melhor controlo da intensidade da dor, bem como maior utilização de medidas não farmacológicas (Matos, et al., 2018). Com o abordado ao longo deste estudo, os participantes defendem-na, como "*indispensável*" na gestão e controlo da dor, através de medidas não farmacológicas, dizem que "*nem na licenciatura, nem na especialidade tive acesso a essa formação*", pois quatro dos participantes têm formação pós-graduada, contudo "*não estamos despertos para isso*". Posto isto, os autores Mocerri e Drevdahl, (2014) apontam uma das barreiras ao controlo eficaz da dor deve-se ao conhecimento lacunar e ausência de competências diferenciadas nos profissionais de saúde. Wilson (2007) reforçar a ideia de urgência de formação na área. Os autores Galante, French, e Grace (2015), concordam dizendo que o ensino da dor e os aspetos relacionados com esta temática, na nossa realidade está no desconhecimento, sendo um dos principais entraves para sua adequada avaliação, tratamento e controle. Na opinião de Barreira e Gomes (2008), o enfermeiro exerce um papel fundamental perante as terapias não farmacológicas, pois está em contato direto com a pessoa, surge a oportunidade de ensiná-la e esclarecê-la quanto aos efeitos benéficos. Concordando, no *Focus Group*, os participantes deixaram claro que sensibilizar e dar formação aos profissionais de saúde,

são medidas essenciais para melhorar os cuidados com a dor, pois permitem uma observação rigorosa e crítica dos cuidados prestados e uma análise mais profunda dos resultados das suas intervenções, tudo isto antes da implementação de protocolos sobre esta temática, ou seja, *"Implementado, mas antes fazer formação e despertar os profissionais..."* e *"...a formação antes é indispensável."*

Os participantes descrevem benefícios na implementação das medidas não farmacológicas, quer a nível de comunicação em enfermagem: *"...na linguagem CIPE tens medidas não farmacológicas"*; quer a nível de gastos no serviço nacional de saúde: *"...tem menores custos em farmacologia, a complementaridade com a não farmacológica."*; e especialmente, a nível de aplicabilidade, dando autonomia ao doente, no controlo da sua dor: *"...fazer ensinios ao doente, para ele usar este tipo de técnicas em casa...sim, num pós-operatório."* De acordo, Araújo (2014) diz que estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas às pessoas doentes e cuidadores para controlo e gestão da dor no domicílio, de modo competente e seguro, pois sendo o risco de complicações mínimo, incentiva a sua participação e responsabilização no tratamento.

O objetivo - Construir um protocolo de intervenção não farmacológica, no controlo da dor no pós-operatório - apresenta-se finalizando com a construção do protocolo deste estudo, na versão portuguesa. Segundo a opinião dos participantes *"...se queremos trabalhar na qualidade e nos padrões da qualidade...tem de existir."* e *"...no sentido de que havia algo palpável e fazia-nos utilizar frequentemente estas intervenções."* Tem de existir um protocolo de forma a uniformizar os cuidados preconizados na gestão da dor no pós-operatório, através de medidas não farmacológicas. Relativamente á estrutura e necessidade do mesmo, os participantes dizem que *"...tem de ser muito bem estruturado e haver formação antes da implementação."* e *"...fazia-nos procurar formação para isso."* Em tom de concordância, os autores Neugebauer, Pérez e Pergolizzi, (2015), defendem a adesão a protocolos no sentido da melhoria, qualificação na assistência e aumento da satisfação da pessoa. Já o estudo de Silva (2014), identifica como constrangimento na aplicação de medidas não farmacológicas a ausência de protocolos no serviço. Para Meissner, et al., (2015) a adesão a protocolos, melhora, qualifica a assistência e aumenta a satisfação da pessoa.

Para os participantes, torna-se simples a utilização de instrumentos de medida na avaliação da dor e o seu consequente registo. Pois segundo Teixeira e Durão (2016) estes instrumentos, também identificados como escalas ou instrumentos de medida, permitem reconhecer a intensidade da dor da pessoa. Lima (2017), reforça esclarecendo que a avaliação consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos e seguros. Embora, na visão dos participantes se tenha de "*...adaptar... à pessoa*", o tipo de escala no momento de a seleccionar, perante a multiplicidade de doentes a que estão sujeitos. Os autores Souza e Corgozinho (2016), reconhecem que é um desafio para o enfermeiro, adaptar cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora de cada pessoa. Posto isto, fica justificado o cuidado que houve, em deixar visualizadas no protocolo as escalas de avaliação da dor disponíveis para a língua portuguesa e que foram abordadas ao longo deste estudo.

Contudo, partilhamos da opinião dos participantes quando dizem "*Achamos que é uma área que não tem assim tanto para falar, mas realmente está aqui muito trabalho.*"; "*...dá para aplicar.*" e "*Eu acho que realmente isto, é um complemento de tudo um pouco e é adaptar... à pessoa*". Pode inferir-se que a capacidade inadequada dos profissionais de saúde para cuidar das necessidades complexas e multidimensionais da pessoa com dor, pode constituir um significativo fator para inflacionar o défice de intervenção atempada e adequada. O próprio tratamento da dor no pós-operatório não é apenas uma questão fisiopatológica, é também uma questão ética e económica (Felix, et al., 2014).

Terminada a etapa de discussão dos achados deste estudo, constatamos que vão maioritariamente de encontro com o descrito na bibliografia e que estão de acordo com outros estudos encontrados sobre a temática. Assim, consideramos pertinente apresentar as conclusões do nosso estudo.

CONCLUSÃO

A avanço tecnológico e científico que se verifica na nossa atualidade é reconhecido pela enfermagem, orientando os profissionais a perspetivar o futuro, sem esquecerem de assistir a pessoa em processos de mudança, promovendo a saúde e o bem-estar. Nos últimos anos, a investigação tem contribuído para uma mudança dos comportamentos e atitudes da sociedade em geral e nos profissionais de saúde em particular. Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico para todos os grupos. O enfermeiro, como profissional de saúde, a quem se impõe elevadas competências técnicas e científicas, deverá atentamente trabalhar as suas habilidades intrínsecas à vertente relacional, não só enfermeiro/doente/família, mas também com outros profissionais. Os conhecimentos científicos adquiridos e os que se continuam a construir são de sublima relevância para uma prática refletida e sustentada pela evidência.

A instabilidade característica do doente crítico, exige cuidados profissionais específicos, com competência para garantir um apropriado e eficiente cuidado. Assim sendo, é fundamental uma adequada estrutura organizacional de atividades, onde assume particular importância o trabalho em equipa multidisciplinar. Cada equipa de enfermagem deve promover momentos de reflexão e análise crítica das suas práticas relativamente à dor e desta forma responsabilizar os seus elementos de modo a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa, nomeadamente através da aplicação das medidas não farmacológicas. Sendo a dor o principal motivo de procura de cuidados de saúde, com uma panóplia de etiologias, a gestão da mesma torna-se um processo desafiante e altamente complexo. Neste sentido, é extremamente pertinente que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica invistam nesta área de cuidados, atendendo ao seu perfil de competências específicas, nomeadamente no que concerne à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, assim como à gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos.

Considerando a problemática e os objetivos definidos, desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa, e enveredámos por uma abordagem de *Focus Group* de modo a compreender as evidências experienciais e dinâmicas dos participantes, selecionando para a análise de conteúdo o método de Bardin (2009).

O procedimento *Focus Group*, utilizado como método neste estudo, segundo Silva, Veloso e Keating (2014), apresenta desvantagens e vantagens. Como desvantagens referem o tempo da transcrição dos dados e análise dos mesmos. Por outro lado, é vantajoso na medida em que permite a recolha de opiniões de um determinado grupo de pessoas, muito mais rapidamente e com menores custos do que se essa informação tivesse sido através de entrevistas ou questionários individuais. Tal como os autores, comprovou-se que a prontidão da técnica face à abrangência e ao volume de informação gerada, nem sempre foi fácil de gerir e de remeter para a tomada de decisões. Porém, o *Focus Group* gerou dados relevantes como adequado instrumento de colheita de dados e deu diretrizes para as fases seguintes da investigação, nomeadamente a construção do Protocolo de Intervenções não Farmacológicas no Controlo da Dor no Pós-Operatório e a avaliação objetiva de vários parâmetros presentes no mesmo. Os autores acima referidos salientam precisamente essa vantagem para este tipo de método, pois referem que este acrescenta dados relevantes quer pela originalidade de alguns dos temas quer pelo seu contributo para a investigação. No entanto, pela experiência do presente estudo que visou a utilização deste método, a informação recolhida no *Focus Group* além de orientar a restante investigação acarretou alterações pertinentes e justificadas, nomeadamente na estrutura do instrumento. Salienta-se, ainda, que na fase de preparação, o recrutamento dos participantes foi facilitado graças à colaboração da Sra. Enfermeira Diretora da instituição que acolheu este estudo.

Ao concluirmos este estudo, com base nos achados obtidos e na análise efetuada, parece-nos pertinente salientar algumas conclusões:

- ✓ É feita uma avaliação inadequada da dor por parte dos profissionais de saúde, incluindo a avaliação inicial, e a exploração das medidas a utilizar no alívio e controlo da dor no pós-operatório, sendo as medidas não farmacológicas utilizadas em complemento;
- ✓ A reduzida implementação das medidas não farmacológicas, deve-se a constrangimentos, de campo de ação cognitivo - profissionais apresentam formação e capacitação reduzida em gestão da dor e em medidas não farmacológicas; de campo de ação físico – sendo difícil de alterar, sugere-se medidas que podem, de certa forma melhorar este campo, o enfermeiro deve providenciar a modificação do ambiente físico; e no campo de ação dos recursos humanos - falta de tempo efetivo para a prática;

- ✓ Os benefícios na implementação das medidas não farmacológicas, são a nível de comunicação em enfermagem, e a nível de gastos reduzidos no serviço nacional de saúde e especialmente, a nível de aplicabilidade, dando autonomia à pessoa doente, no controlo da sua dor;
- ✓ O protocolo elaborado, promove a qualidade em enfermagem, na gestão da dor pós-operatória, bem como sensibiliza a utilização das medidas não farmacológicas em combinação com as farmacologias, sendo também um modo de registo das mesmas.

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

Perante o exposto, consideramos que os objetivos a que nos propusemos inicialmente foram atingidos na totalidade, com a certeza de que foi uma experiência positiva e gratificante, quer pela nossa própria aprendizagem, quer pelo conhecimento mais profundo desta realidade.

No entanto, nenhum estudo está livre das suas dificuldades. Durante a nossa pesquisa as dificuldades relacionam-se com a natureza subjetiva da investigação. Uma vez que tínhamos como objetivo caracterizar as atitudes dos enfermeiros, tornou-se um tema amplo, muito abrangente e ao mesmo tempo subjetivo e complexo, inerente à individualidade de cada participante.

Sentimos algumas dificuldades relativamente à bibliografia, pois nem sempre foi fácil encontrar e seleccionar o que era pertinente para confrontar os achados obtidos, visto não existir nenhum tipo de protocolo elaborado, com a mesma finalidade que o desenvolvido neste estudo. Consequentemente, outra dificuldade teve origem na inexperiência como investigadora, principalmente na análise e discussão dos achados.

Consideramos também importante mencionar que apesar da abordagem das práticas e opiniões dos participantes, requerer que o investigador se abstraia do fenómeno em

estudo, na construção do desenho e na análise existe sempre a possibilidade de existir a interpretação do autor. Associado ao fato da investigadora ser enfermeira e participar muitas vezes na prestação de cuidados em doente crítico, poderá de alguma forma ter influenciado a interpretação e descrição do fenómeno.

Com este estudo os enfermeiros tiveram oportunidade de partilhar as suas práticas, dificuldades e necessidades decorrentes da gestão da dor, através de medidas não farmacológicas. Deste modo, o presente estudo serve de referência para a compreensão e uniformização das práticas neste contexto, o que incentiva a reflexão sobre o desenvolvimento de responsabilidades profissionais, competências e habilidades técnicas e não técnicas nesta área. Reforça a necessidade de futuros estudos que incidam em medidas não farmacológicas aplicadas por enfermeiros, através deste protocolo, com o intuito de validar a sua aplicabilidade e eficácia na gestão da dor, nomeadamente utilizando a técnica de Delphi. Devem igualmente ser promovidos programas de formação aos enfermeiros em gestão de dor, incluindo as diversas medidas não farmacológicas, de acordo com os contextos e as oportunidades de intervenção. Ou seja, como estratégias para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao doente com dor, nomeadamente, no que se refere à aplicação das medidas não farmacológicas, pensamos que as instituições de saúde têm um papel importante na sensibilização e envolvimento dos profissionais, através da promoção de formação contínua sobre a dor e as medidas não farmacológicas para o seu controlo, de modo a desmistificar preconceitos relativamente à aplicação destas técnicas e a implementá-las nos serviços ou, ainda, motivando a frequência deste tipo de formação fora da instituição.

Sob a perspetiva pessoal, pretendo utilizar os conhecimentos adquiridos e as conclusões obtidas enquanto enfermeira na prática profissional, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e prestação de cuidados especializados.

Este estudo, além de ser um incentivo à reflexão, é um verdadeiro contributo científico para as diferentes pessoas envolvidas direta e indiretamente na assistência ao doente crítico, em particular ao pós-operatório. Neste sentido é nosso intuito entregar um exemplar deste relatório de investigação ao conselho de administração do Hospital selecionado.

Nesta etapa final, existe consciência plena de que há muito a desenvolver e a investigar neste âmbito, mas considera-se que a realização deste estudo foi um subsídio adicional na produção de evidência científica na área da avaliação da dor e será promotor de reflexão, num percurso que não se finda aqui, mas que se espera que seja um mote para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, rumo à maximização da segurança e da qualidade dos mesmos e, conseqüentemente, da qualidade de vida da pessoa com experiência de dor.

BIBLIOGRAFIA

- Aaker, A., Kumar, V., & George, S. (2001). *Marketing Research*. Universidade de Cornell: John Wiley & Sons .
- Abraham, J. (2014). *A physician's guide to pain and symptom management in cancer patients*. JHU Pres.
- Almeida, M., & Duarte, S. (2000). *Massagem Dorsal de Bem -Estar e de Conforto*. Coimbra: Referência.
- Anesthesiologists., A. S. (2012). *Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting*. . Obtido de Anesthesiology: http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2012/02000/Practice_Guidelines_for_Acute_Pain_Management_in.11.aspx
- Araújo, C. A. (2014). *Um contributo para o desenvolvimento de arquétipos: revisão integrada da literatura sobre a "dor"*. Dissertação de Doutoramento .
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA.
- Barreira, A., & Gomes, O. (2008). *Avaliação e registo da dor: Um imperativo em enfermagem*. Obtido em maio de 2018, de www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Avaliacao_da_dor-O_Gomes-mars2010.pdf
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. . Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor*. . Coimbra: Manual de estudo –versão 1.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 7-16.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient. *Revista de Enfermagem Referência*, 7-16.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2017). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. . Vozes Limitada.
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M., & Ij, H. (2008). *Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and nonmalignant diseases*. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group Cochrane Database of System.
- Bernacchio, R., Contin, I., & Mori, M. (2005). *Fatores modificadores da percepção da dor*. *Revista da Dor* nº6.
- Bidarro, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. . Dissertação de Mestrado: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Borges, C. D., & dos Santos, M. A. (2005). *Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites*. . Revista da SPAGESP n^a 6.
- Caixeta, L., Stival, M., & Lima, L. (2012). *Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca*. Revista Mineira de Enfermagem.
- Carey, M. A. (2007). *O efeito do grupo nos grupos de foco: planejar, implementar e interpretar investigação com grupos de foco. Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Carpenter, D., & Streubert, H. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. . Loures: Lusociência 2^a ed. .
- Carvalhas, J., & Marques, S. (2014). *Segurança: um longo caminho a percorrer*. . Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 23(4).
- Coniam, S., & Diamond, A. (2001). *Controlo da dor*. Lisboa: 2^a ed. Climepsi.
- Costa, C., Santos, C., Alves, P., & Costa, A. (2007). *Dor oncológica*. Revista Portuguesa de Pneumologia, XIII .
- Cunha, I. (2010). *Abordagem aos conhecimentos dos profissionais de saúde no âmbito do controlo da dor aguda pós-operatória em crianças*. Porto: Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Cunha, R. P. (2015). *Dor crónica: mecanismos fisiopatológicos da sensibilização e inibição da dor*. Universidade de Coimbra.
- D. -L. (16 de Julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2.ª série*, p. 19359.
- Demidoff, A., Pacheco, F., & Sholl-Franco, A. (2007). *Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente*. Ciências & Cognição.
- Dias, F. (2007). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor – Intervenções Não Farmacológicas*. Coimbra: Fórum - O Cidadão e a Enfermagem .
- Direção Geral da Saúde. (2003). A dor como 5^o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. . *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003*, Portugal .
- Direção Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Circular Normativa n.º 11 de 18/06/2008*, Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa .
- Dor, A. P. (12 de julho de 2018). *O QUE É A DOR?* Obtido de <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>.
- Dresch, A., & Miguel,, A. (2015). *Análise dos principais métodos de pesquisa empregados para a condução de estudos que abordam a inovação no Brasil*. Revista geintec-gestão, inovação e tecnologias,.

- Eler, G., & Jaques, A. (2008). *O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor*. Brasil: Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR.
- Elkin, M., Perry, A., & Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Loures: Lusociencia.
- Esteves, M. (2006). *Análise de conteúdo. Fazer investigação*. Porto : Porto Editora.
- Farago , C., & Fofonca, E. (2012). A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Revista Linguagem*, 18.
- Felix, Z., Batista, P., Costa, S., Lopes, M., Oliveira, R., & Abrão, F. (2014). *O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 35.
- Fernandes, B., & Gomes, C. (2011). *Mecanismos e aspectos anatômicos da dor*. Saúde e Pesquisa.
- Folhas, G., Oliveira, C., Rato, C., França, C., & Ferreira, A. (2007). *Massagem e relaxamento para alívio da dor oncológica: projecto—Bem-estar*. Revista DOR.
- Fonseca, J., Lopes, M., & Ramos, A. (2013). *People with pain and intervention needs: systematic review*. Revista Brasileira de Enfermagem.
- Fortin , M., Côté, J., & Françoise , F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica*. (4ª ed.). Viseu: Instituto Piaget.
- Galante, L., French, C., & Grace , K. (2015). *Nursing Perspectives in Managing Patients with Substance Abuse*. . New York : In Substance Abuse .
- Gondim, S. M. (2002). *Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos*.
- Graner, K., Junior, A., & Rolim, G. (2010). *Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso*. . Temas em Psicologia .
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & Rose, L. (2011). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. . *Journal of Advanced Nursing* , 1082-1089.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* . Loures: Lusociência (6a ed.). .
- Iersel, T., Timmerman, D., & Mullie, A. (2006). *Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment*. International Journal of Palliative Nursing.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Qual é o problema ?* Obtido em abril de 2018, de [http://www.apeddor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portugues e.pdf](http://www.apeddor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portugues_e.pdf)

- Kazanowski, M., & Lacetti, M. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Editora LAB.
- Kopf, A., & Patel, N. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. USA: IASP.
- Krum, F., Uzeika, L., Capp, A., Caumo, W., & Stefani, L. (2017). *Impacto de um serviço de dor aguda pós-operatória no tempo de hospitalização em hospital universitário no sul do Brasil*. . Porto Alegre.: Clinical and biomedical research.
- Leça, N., Fernandes, D., & Vieira, I. (2006). *Os Dispositivos de Controle da Dor e os Enfermeiros*. Obtido em junho de 2018, de Revista Anestesia Regional e Terapia da Dor.: <http://www.anestesiaregional.com/principal.htm>.
- Lima, J. Á. (2014). Por uma Análise de Conteúdo Mais Fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 7 - 29.
- Lima, L. (2017). *A avaliação da dor, um desafio para a enfermagem pediátrica*. Florianópolis.
- Litva, A., & Jacoby, A. (2004). Os métodos qualitativos e a prática baseada na evidência. *Prática baseada na evidência - Manual para Enfermeiros.*, Loures: Lusociência.
- Longo, J., & Fernandes, M. (2014). *Focus group e processo ensino-aprendizagem em enfermagem: uma revisão sistemática da literatura*. Lusófona .
- Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da Dor*. Lisboa : Permanyer Portugal.
- Loureiro, L. (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Revista Referência Nº2 - Coimbra* , 21-32.
- M., L., & Doca, F. (2010). *Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas*. Temas em Psicologia.
- Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Lisboa : Pensar em Enfermagem. Vol. 12, nº 2.
- Mateos, R. (2009). *Manual práctico de dolor neuropático*. . Espanha: Elsevier .
- Matos, A., Cardoso, R., Coisinha, S., Silveira, S., Lotra, V., & Fonseca, C. (2018). *Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros revisão sistemática da literatura*. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento.
- Meier, A., Siqueira, F., Pretto, C., Colet, C., Gomes, J., Dezordi, C., & Stumm, E. (2017). *Analysis of intensity, sensory and affective aspects of pain of patients in immediate postoperative care*. Revista gaucha de enfermagem nº38.
- Meier, M., & Kudlowier, S. (2003). *Grupo focal: uma experiência singular*. Florianópolis: Texto & contexto enfermagem .
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2016). *O estudo de caso como estratégia de investigação em educação*. Bragança: EduSer-Revista de educação.

- Meissner W, C. F. (25 de 12 de 2015). *Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change*. Obtido em 4 de 4 de 2018, de Curr Med Res Opin: <http://www.tandfonline>.
- Meissner, W., Coluzzi, F., Fletcher, D., Huygen, F., Morlion, B., Neugebauer, E., . . . Pergolizzi, J. (2015). Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. . *Current medical research and opinion*, 2131-2143.
- Mendes, C. (2008). *Problemática da Avaliação Regular da Dor Aguda no Pós-Operatório*. Obtido em maio de 2018, de http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0141238001294680266-228.pdf
- Mendes, M., Hayashida, M., & Lima, R. (2008). Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61.
- Miceli, A. V. (2002). *Dor crônica e subjetividade em oncologia*. Revista Brasileira de Cancerologia.
- Ministério da Saúde. (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. *Direcção Geral de Saúde*.
- Ministerio da Saúde. (s.d.). *Decreto-Lei n.º 161/96 D.R. I Série. A (04-09-1996)- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 9º*. Obtido em junho de 2018, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>
- Moceri, J., & Drevdahl, D. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 6–12. Obtido em maio de 2018, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176712001924>
- Morgan, D. (1996). Focus groups as qualitative research. *Sage publications*, Vol. 16.
- Neto, M. (2016). Satisfação profissional versus metodologia de trabalho. *Porto: Bachelor's Thesis*.
- Nightingale, F. (1980). *Notes on Nursing - what it is, and what it is not*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Nunes, A. P. (2012). A utilização da técnica dos grupos focais na metodologia de investigação qualitativa. . *Revista de Investigação em Enfermagem*.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Ordem dos Enfermeiros . (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício da Prática Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros .
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. . Lisboa .
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Regulamento n.º 124/2011: Diário da República*, 2, 8656-8657.

- Ordem dos Enfermeiros. (Versão 2015). *International Council of Nurses. CIPE*. Lisboa: Lusodidata.
- Organização Mundial de Saúde . (2012). *Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Obtido em maio de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf,
- Pasero, C., Puntillo, K., Li, D., Mularski, R., Grap, M., Erstad, B., & Sessler, C. (2009). *Structured Approaches to Pain Management in the ICU*. Obtido em maio de 2018, de <http://chestjournal.chestpubs.org/content/135/6/1665.full.html>
- Pelicioni, M. C. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. . *Revista da Escola de Enfermagem da USP n° 35*, 115 - 121.
- Pereira, A. (2013). *Morte em contexto hospitalar: vivências dos enfermeiros*. Coimbra: Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pereira, I. (2011). *A dor no exercício profissional do enfermeiro, num serviço de urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria*. Obtido em maio de 2018, de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9240/1/DISSERTA%20DE%20MESTRADO%20_A%20DOR%20NA%20PR%20PR%20PROFISSIONAL%20DO%20ENFERMEIRO%20DE%20URG%20AN%20CIA_%20Isabel%20Pereira.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. . Loures: Lusociência.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico–Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência.
- Pimenta, C. (2000). *Controle da Dor no Domicílio*. . Obtido de Manual de Enfermagem: http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2.
- Pimenta, C., Santos, E., Chaves, L., Martins, L., & Gutierrez, B. (2001). *Controle da dor no pós-operatório*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*.
- Pinto, A. (2013). *Fisiopatologia - Fundamentos e Aplicações*. (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). Em *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (p. 5ª Edição 487). Porto Alegre: Artmed.
- Potter, P. A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Preto, P., Martins, M., & Barreira, I. (2015). *Prevalência de dor fantasma, sensação fantasma e dor no membro residual após amputação: revisão sistemática*.

- Viseu: II Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESSV “Impressão especializada no cuidado à pessoa em Situação Crítica”.
- Quartilho, M. (2001). Dor Crónica: Aspectos Psicológicos, Sociais. . *Acta Reumatologia Portuguesa*, Vol.26, nº3., 171-188.
- Queiróz, D., Carvalho, M., Carvalho, G., Santos, S., Silva Moreira, A., & Araújo Silveira, M. (2015). *Dor–5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros*. Revista de enfermagem UFPE .
- Querido, A. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos* . Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa .
- Quivy, R., & Campenhoudt, I. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, A., & Cardoso, A. (2007). *Dor: um foco da prática dos enfermeiros* . Revista DOR. Vol 15.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição : Livpsic-Psicologia.
- Rigotti, M., & Ferreira, A. (2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. Obtido em abril de 2018, de Arquivo de Ciências da Saúde: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>.
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., . . . Faustino, S. (2012). *Manual de dor crónica*. Lisboa : Fundação Grunenthal.
- Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da dor ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar*. Obtido em maio de 2018, de Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: <http://esenfc.pt/?url=gKVmPO>
- Romão, J. (2006). *Investir no conhecimento e no tratamento da dor*. Obtido em 1 de março de 2018, de <http://www.apeddor.org/scid/apedWeb/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=398&articleID=4>.
- Santos, M. (2011). *Enfermagem à procura de si: integrando modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados*.
- Sarmiento, P., Fonseca, C., Marcos, A., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatório em Cirurgia Ambulatória. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 35-43.
- Saúde, M. (2003). A dor como 5º sinal vital. *Circular Normativa*.
- Scopel, E., Alencar, M., & Cruz, R. (2007). *Medidas de avaliação da dor*. Brazil : Lecturas.
- Silva, E. (2014). *Atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor: eficácia de uma intervenção estruturada a profissionais da saúde*. Lisboa: Dissertação.
- Silva, E., & Dixe, M. (2013). *Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português*. . Revista Dor.

- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação* nº26.
- Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. . Revista Lusófona de Educação.
- Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. (Vol. 26). Revista Lusófona de Educação Vol. 16.
- Silva, M. (2017). *Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: que realidade?* Escola Superior de Saúde de Coimbra.
- Silva, R., Martins, M., & Jardim, H. (2016). Nursing postoperative visit as a quality indicator for surgical patient care. *Journal of perioperative practice*, 26(6), 145-147.
- Sousa, M. F. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo de dor: informação/aplicação*. Universidade de Coimbra: Dissertação de mestrado .
- Souza, J., & Assis, S. (2018). *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.
- Souza, V., & Corgozinho, M. (2016). *A enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória*. Revista de Divulgação Científica Sena Aires.
- Souza, L., Oliveira, J., Garcia, A., & Gervásio, F. (2016). *Tratamento da dor Fantasma em Pacientes Submetidos à Amputação: Revisão de Abordagens Clínicas e de Reabilitação*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde.
- Steeds, C. (2013). *The anatomy and physiology of pain*. Oxford: Surgery.
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33, 68-79.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). Em *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (p. 2ª edição 288). Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). *Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura*. . Revista de Enfermagem Referência.
- Teixeira, M. J. (2004). *Mecanismos de ocorrência de dor*. . Revista de Medicina.
- Tiago, M. (2016). *A dor em cuidados continuados: o caso dos utentes institucionalizados com necessidades paliativas*. . Lisboa: Dissertação de Doutoramento.
- Topcu, S., & Findik, U. (2012). Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. . *Pain Management Nursing*, 11-17.
- Tracy, M., & Chlan, L. (2011). *Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation*. . Critical Care Nurse.

- Valentim, J. (2008). *Dor aguda do pós-operatório – princípios básicos*. . Obtido em junho de 2018, de http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0141238001294680266-228.pdf
- Vaz, M. (2015). *Atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor*. Viseu : Dissertação de Doutoramento.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*. . Lisboa : Edições Sílabo .
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., & Wel, J. (2009). *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press.
- Watt-Watson, J. (2003). *Dor e controlo da Dor - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Wilson, B. (2007). Nurses' knowledge of pain. . *Journal of Clinical Nursing*, 1012–1020.
- World Medical Association. (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humanos*. Fortaleza: World Medical Association.
- Yacuzzi, E. (2005). A primer on governance and performance in small-and medium-sized enterprises.

APÊNDICES

APÊNDICE I Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital Privado da Zona Centro; Resposta.

Leiria, 14 de março de 2018

Exma. Sr.º Presidente da Mesa Administrativa [REDACTED]

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de focus group para estudo de Investigação de Âmbito académico.

Eu, Helena Margarida Pereira Cunha, Enfermeira e Aluna de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de entrevistas no âmbito de focus group, a enfermeiros do Hospital [REDACTED], para a elaboração de um estudo de investigação, desenvolvido no âmbito da Dissertação.

Este trabalho de investigação, realizado com a Orientação da Professora Doutora Catarina Lobão, intitulado Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório: Construção de protocolo de intervenções de Enfermagem, tem como objetivos principais:

- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros face ao uso das medidas não farmacológicas, utilizadas pela equipa de enfermagem no controlo da dor, no período pós-operatório;
- Descrever as vantagens e desvantagens percecionadas pelos enfermeiros na utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório.
- Construir um protocolo de intervenções não farmacológicas, no controlo da dor no pós-operatório.

O trabalho de investigação do tipo qualitativo, prevê-se que a colheita de dados se realize entre os meses de abril e maio de 2018, com recurso a entrevistas focus group, com o devido consentimento informado.

A escolha dos profissionais será feita de forma intencional, e a sua participação será facultativa, e só acontecerá após estes darem o seu consentimento. Declaro que a confidencialidade, privacidade e anonimato dos participantes serão garantidos.

Desde já me comprometo a não interferir com o normal funcionamento do Hospital [REDACTED] uma vez que as entrevistas serão realizadas fora do horário de trabalho. Disponibilizo-me a entregar, no final da investigação, uma cópia dos resultados e sendo do interesse da instituição, divulgar os resultados obtidos.


Espero deferimento, desde já agradeço a disponibilidade e colaboração.

Com os meus melhores cumprimentos,

Enfermeira Helena Cunha.



Leiria, 16 de abril de 2018

ASSUNTO: Resposta a pedido de realização de sessão focus group no Hospital 

Enfermeira Helena Cunha,

Em resposta ao solicitado, venho por este meio informar o parecer positivo para a realização de entrevistas *focus group* para estudo de investigação de âmbito académico.

Encontro-me disponível para qualquer assunto adicional.

Com os melhores cumprimentos,



APÊNDICE II Termo de consentimento informado dos Participantes;
Questões demográficas e profissionais dos Participantes.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Leia com atenção o documento seguinte, se concorda com a proposta que lhe é feita, por favor, queira assinar este documento.

Eu, Helena Margarida Pereira Cunha, estudante de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, encontro-me, sob orientação da Professora Doutora Catarina Lobão, a realizar um **estudo de investigação de âmbito académico**, sobre “Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório: Construção de protocolo de intervenção de Enfermagem”.

O conhecimento científico, chama a atenção para os efeitos nocivos da dor aguda pós-operatória e a sua influência negativa na recuperação do doente. Sendo a dor uma vivência complexa, para a aliviar, é possível que estratégias múltiplas tenham mais resultado do que uma única abordagem, sobressaindo assim o uso das medidas não farmacológicas em combinação com as farmacológicas.

Foi a preocupação com a problemática da dor e o reconhecimento da importância da sua prevenção e controlo recorrendo, não só, a intervenções farmacológicas, mas, também, às não farmacológicas, que originou o ponto de partida para este estudo.

O estudo tem como objetivos:

- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros face ao uso das medidas não farmacológicas, no controlo da dor, no período pós-operatório;
- Descrever as vantagens e desvantagens percebidas na utilização destas intervenções;
- Construir um protocolo de intervenção não farmacológica, no controlo da dor pós-operatória.

Assim, e de forma a recrutar a população alvo do estudo, solicita-se a sua participação numa entrevista – Focus Group. Este estudo mereceu parecer favorável do Conselho de Administração e a sua participação é voluntária e todas as informações obtidas são anónimas e confidenciais e serão apenas utilizadas para fins da investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade. Em qualquer momento pode interromper a sua participação, sem qualquer tipo de prejuízo. Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar (E-mail: helenacunhao4@gmail.com | Tlm: ██████████)

Obrigada pela sua colaboração.

A responsável pela investigação,

Helena Cunha

(Guardar a folha anterior para si)

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro, ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa, relativamente à investigação a desenvolver por Helena Margarida Pereira Cunha sobre “Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório: Construção de protocolo de intervenção de Enfermagem”. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos responsáveis. Fui informado (a) sobre o âmbito, finalidade, objetivos, garantia de confidencialidade e carácter voluntário da minha participação e concordo participar na entrevista – Focus Group.

Leiria, ____/____/2018

Assinatura: _____

Exm.^{oa} Senhor (a) Enfermeiro (a), agradeço que responda às seguintes questões sobre os seus dados demográficos e profissionais:

1. Caracterização do Enfermeiro:

Idade: _____(anos)

Género: Feminino Masculino

2. Experiência Profissional:

Habilitações Académicas:

Tempo de exercício profissional: _____(anos)

Categoria profissional na instituição:

3. Alguma vez realizou formação na área da dor, relativamente a terapias não farmacológicas?

Sim

Que tipo de formação? _____

Nº de formações _____

Horas de formação _____

Iniciativa: Organizacional Pessoal

Não

Obrigado!

APÊNDICE III Transcrição e Análise de Conteúdo das sessões *Focus Group*

Transcrição da 1ª Sessão Focus Group:

Moderador: Desde já quero agradecer a vossa presença aqui, por despenderm um pouco do vosso tempo para contribuir para a parte científica da enfermagem.

Eu sou a Helena Cunha, para quem não me conhece, também sou enfermeira. Sou aluna de Mestrado de enfermagem à Pessoa em situação crítica da Escola superior de saúde do Instituto politécnico de Leiria.

Estou a desenvolver um estudo de investigação de âmbito académico, que se intitula por Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório, construção de um protocolo de intervenções de enfermagem.

Porquê este tema? No conhecimento científico chamam-mos à atenção para os efeitos nocivos da dor aguda pós-operatória, e a influência negativa na recuperação do doente. A ordem dos enfermeiros diz que a dor é uma vivência complexa, sendo possível trata-la e alivia-la através de estratégias múltiplas, não só as farmacológicas, mas em complementaridade com as não farmacológicas. No perfil de competências do enfermeiro especialista de enfermagem medico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, no regulamento 124, descreve que o enfermeiro tem de fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as suas respostas.

Portanto, foi uma preocupação minha, esta problemática da dor e o reconhecimento da sua importância, na prevenção e controlo da dor, recorrendo então a técnicas farmacológicas, mas também às não farmacológicas.

Para realizar este estudo de investigação, necessito de recolher informação junto dos profissionais de enfermagem especialistas e peritos. Escolhi o Hospital para o fazer.

Este estudo tem 3 objetivos: Caracterizar as atitudes dos enfermeiros face ao uso das medidas não farmacológicas, no controlo da dor, no período pós-operatório; Descrever as vantagens e desvantagens percebidas por vocês na utilização destas medidas; e por último Construir um protocolo de intervenção não farmacológicas, no controlo da dor pós-operatória.

Quero salientar que as informações prestadas serão apenas utilizadas para este estudo de investigação e que será mantida a privacidade dos participantes. Não pretendo saber nomes, apenas pretendo saber há quanto tempo exercem enfermagem. A participação é voluntária e é vos salvaguardado o direito de deixarem de responder a qualquer momento da reunião. Esta reunião chama-se Focus Group, é um modo de pesquisa qualitativa e baseia-se, em perceber quais as experiências reais das pessoas que contactam diretamente com estes doentes.

E porque um protocolo? Porque acho que é uma forma de estabelecer uma rotina, de modo a otimizar o tempo e a assistência ao doente, facilitando, como sempre, o trabalho em equipa.

Acrescento ainda, que não é meu objetivo efetuar a comparação entre pessoas ou serviços, é apenas analisar os dados no conjunto todo.

Quero agradecer mais uma vez pela vossa colaboração, e pedir autorização para esta entrevista ser áudio gravada para eu conseguir uma melhor colheita das respostas.

Tenho aqui o consentimento, com 3 questões simples com os dados demográficos e profissionais de cada um.

-----Distribuição dos Consentimentos (1 minuto) -----

Explicando um pouco melhor o que é um Focus Group, é uma metodologia qualitativa de colheita de dados, que é desenvolvida através de entrevistas grupais, que é o que estamos a desenvolver aqui. Proporciona que todo o grupo partilhe ideias e os seus pontos de vista num ambiente amigável. Tem o

objetivo de permitir a mim, investigador, aceder às vossas ideias e reais do contacto que tem com os doentes, esta sessão terá, no máximo uma duração de 90min, penso que me 60min estará concluída.

Estou disponível para eventuais esclarecimentos e dúvidas ao longo deste estudo.

Lanço então a 1ª questão, para que possamos partilhar ideias: **Quando contactam com a pessoa com dor, qual é a primeira abordagem que fazem?**

E1: Onde dói? A localização da dor.

E2: Que tipo de dor?

E1: Divulgar as escalas usadas, quando é possível, porque nem sempre é possível.

Moderador: Dão logo a conhecer as escalas da dor, ao doente?

E6: Sim. Nós damos, principalmente a escala analógica.

(Restantes acenam com a cabeça concordando.)

Moderador: Então, indo para a gestão e controlo da dor, quais são as estratégias que mais utilizam?

E7: Eu acho que é as farmacológicas.

E6: Sim, um analgésico é o mais utilizado.

E2: De um modo global sim, mas também utilizamos as outras coisas, os posicionamentos adequados, a aplicação de gelo local, crioterapia. Também muita analgesia sim, mas especialmente usamos muito o posicionamento adequado. Elevação do membro com dor.

E3: sim, o posicionamento de conforto.

(Restantes acenam com a cabeça concordando.)

Moderador: E onde é que aprenderam a fazer essas medidas?

E3: Com a experiência profissional.

E5: sim, eu também.

Moderador: Não frequentaram nenhuma formação? não tiveram acesso a formações com esta temática?

E3: não, aliás agora é que se vê mais, mas na altura em que iniciei as minhas funções, havia formação da dor, mas é basicamente farmacológica. Não se falava muito de não farmacológicas.

E1: Sim, é isso.

E7: sim, concordo.

E2: Nós, inclusive, chegou-se a criar um protocolo de dor moderada, mas que só abrangia a cefaleia. E nem esse protocolo, que, entretanto, praticamente já não é usado, falava sim das não farmacologias e depois das farmacológicas. Mas depois cria-se ali alguns problemas, porque os médicos insistem na analgesia, portanto nessa altura, isto já lá vão uns anos, não sei quantos, nós introduzíamos as não farmacológicas.

Moderador: Então, na primeira abordagem ao doente, fazem alguma pré-avaliação, da forma como o doente controla a dor? Se ele em casa, por exemplo, quando tem uma cefaleia, prefere estar no silêncio ou prefere estar a ouvir música? Se fazem realmente essa pré-avaliação? Se a pessoa faz o seu autocontrolo da dor, e como o faz?

E3: Não, não temos esse hábito.

E2: Não, considero que não.

E1: E as pessoas mais idosas, tenho algumas dúvidas que o façam.

E2: Concordo, de um modo geral acho que a população está com muita aliteracia em relação a isso. Porque as pessoas não só, não arranjam medidas de controlo da dor, de autocontrolo.

E1: Nem têm tempo para pensar nelas.

E2: Exatamente, dirigem-se logo ao médico.

E4: Sim, recorrem logo a comprimidos.

E3: Eu já acho que a população mais nova é diferente. Já tem essa visão, nesse sentido do autocontrolo da dor. Mas mais direcionado para a parte espiritual. Mas isto é algo que está a começar agora.

E5: As alternativas, as acupunturas e hipnose...

Moderador: Mas esclarecendo, estamos a abordar técnicas não alternativas, ou seja, complementares às farmacológicas. Essa parte da acupuntura e assim, já são técnicas alternativas. Eu aqui pretendo as técnicas complementares. Que é o caso dos posicionamentos, a crioterapia, do alterar a luminosidade do ambiente, etc.

Todos: Sim, sim.

Moderador: Agora especificamente ao tratamento que fazem nos doentes internados. Qual é a vossa perceção na utilização dessas terapias não farmacológicas no controlo da dor? Positiva / Negativa, se têm boas experiências?

E1: Tem momentos que é positiva, mas tem outros que eles às vezes nem toleram. Principalmente os posicionamentos.

E6: Depende do grau da dor e da localização da dor, eu acho.

E3: Para a dor aguda não acho positivo este tipo de medidas. Porque a dor aguda só passa com farmacologia. Isto está interiorizado na mente das pessoas. A dor aguda, ou seja, se me dói agora a cabeça eu não quero saber se me colocam um pano de água fria, eu quero é um medicamento que me passe rápido. Se calhar, mais na dor crónica, em que a pessoa vai gerindo essas medidas.

E2: Sim a dor aguda, pelo menos da minha experiência profissional é muito difícil de tratar a não ser farmacologicamente.

E5: A dor só é controlada não farmacologicamente se for uma dor muito suave, muito ligeira. A partir do momento em que ela passa a moderada. É para esquecer as não farmacológicas, acho eu.

E6: Eu acho que normalmente usa-se mais o não farmacológico, quando já esgotamos toda a farmacologia prescrita.

E1: Exatamente, acho que nós, primeiro atuamos farmacologicamente e depois é que vamos para não farmacologia.

E7: Isso também depende muito dos doentes que temos aqui no pós-operatório. Muitas vezes temos a medicação fixa, temos os SOS's e vamos administrando. Acontece, utente no caso de ortopedia, PTJ's e PTA's e assim, terem uma dor normalmente moderada ou elevada. E muitas vezes a medicação que está prescrita não é suficiente e tenta-se realmente de outra forma, no entanto primeiro tentamos esgotar até ao máximo as farmacológicas. Porque a partir do momento em que começa a piorar, muitas vezes a analgesia não acalma o doente.

E4: sim, e essa analgesia tem de estar de forma continua, porque se se deixa de fazer, o doente não tolera.

E3: Isso também vai dos conhecimentos que a pessoa/doente tem em saúde.

E5: E do que cada um acredita.

E1: E de pessoa para pessoa, nem todos estão dispostos a aceitar.

E5: Quem acredita que algumas alternativas lhe vão tirar a dor. Agora é preciso acreditar. Ter fé.

E6: Depende também da tolerância, de cada um.

E5: A tolerância tem a ver com o grau de dor. Se é uma dor moderada, acho que é muito difícil a pessoa tolerar. As vezes até dizem que é dor 10 e nós temos de aceitar, e não vale a pena andar às voltas, porque o que ela quer é fármacos.

E1: exatamente, e às vezes estão com uma fâcies tranquila.

E3: Mas voltando ao que estávamos a dizer, a pessoa tem de acreditar, e o nosso psicológico é que manda tudo. Se eu não acredito que o frio me faz aliviar a dor, aliás até posso fazer a experiência, pôr o gelo e a pessoa diz que não aliviou, posso colocar um balão de soro fisiológico e a pessoa vai dizer que passou, fazer o efeito placebo. E, no entanto, com o frio não passou, portanto o acreditar na medicação, é o que está intrínseco.

E4: Às vezes experimentamos isso. E resulta.

E2: Temos todo o tipo de cirurgias a nível cirúrgico e às vezes ortopédico. E pela experiência, às vezes o que é facto é que após esgotarmos as técnicas todas, até se podem iniciar as não farmacológicas. Ainda até que eu acho que somos um grupo profissional, que não está muito desperto para isso. Por ai acho que é um problema.

E5: às vezes por falta de tempo.

E2: Num caso em que esgotamos a analgesia de um doente que continuava a dizer que tinha dor. Eu fui-lhe colocar um balão de soro fisiológico, disse-lhe que era o mais forte que tínhamos. A dor passou e o doente conseguiu descansar, dormiu o resto da noite. Acho que a população não está sequer minimamente disponível para isto e aberta a novas técnicas. Não sei acho que as não farmacológicas é uma batalha muito grande. mas não só a população, a classe de enfermeiros também.

E3: Há técnicas que já existem há anos, e antes de haver a farmacologia havia estas técnicas. E as pessoas conseguiam controlar a dor.

E5: Acho que é preciso ter uma mente muito sã.

E7: Acho que as não farmacológicas não podem ser totalmente isoladas, têm de ser sempre complemento.

Moderador: É isso que eu defendo, estas técnicas como complementares. Visto que estas terapias tornam o enfermeiro autónomo, em vez de atuar só na administração do fármaco, podemos utilizar também esta técnica autónoma "minha de enfermeiro". É esta a mensagem que eu vos quero transmitir. Somos um grupo profissional que pode levar para a frente estas técnicas. Faz todo o sentido sermos nós a ter essa iniciativa.

E1: Sim, porque estamos mais próximos do doente.

Moderador: Passando à próxima questão. Então, quais são as medidas não farmacológicas que conhecem, e as que mais utilizam?

E2: Gelo, crioterapia.

E2 e E3: Posicionamento adequado.

E5: Calor.

E3: O meio ambiente. Luz, ruído...

E2: Os fatores atuantes e exacerbantes.

E4: Mas todos eles têm barreiras.

Moderador: O toque terapêutico?

E6: Acho que também é muito importante, porque há muitos que só o facto de estarem sozinhos, num ambiente que não é deles, sentem-se sozinhos, desamparados. E às vezes basta um toque...

E3: Acho que isso não é dor, é mesmo a solidão.

E2: Mas é preciso perceber que se o doente está ou não recetivo ao toque, que há muitos doentes que não são recetivos ao toque.

E4: Isso do toque é um tema que dava para outro focus group. (Risos)

E4: Mas acho que até nos mesmos temas de acreditar nessa técnica, se nós não acreditarmos no toque terapêutico ele não vai resultar.

Moderador: E a escuta ativa?

E2: A escuta ativa funciona, muitas e muitas vezes na minha experiência funciona.

E1: Todos já tivemos aquele doente que nos chama dizendo que tem dor, se estivermos, nem que seja 1 minuto a falar com ele, depois já nem se lembra o verdadeiro motivo pelo qual nos abordou.

Moderador: E a musicoterapia?

Todos: Nunca tive oportunidade de utilizar.

E1: Tem demasiadas barreiras essa técnica.

E6: só se for na pediatria.

E4: Com muitos doentes é difícil. Não, não dá.

Moderador: E a imaginação guiada?

E6: Olha que essa sim, funciona. Eu fiz uma ressonância, e fizeram-me essa técnica e funciona.

E5: Mas isso não é dor.

E7: É dor psicológica.

E6: Não, olha que aquilo causa um zumbido no ouvido, uma sensação de ansiedade horrível. O barulho que faz é ensurdecedor. E ela disse (enfermeira): Agora vai imaginar que esta num sítio bom... E olha que foi muito importante para mim. Para já transmite ali uma segurança muito grande.

E2: Sente-se acompanhado.

E4: sente que tem ali alguém que está a perceber aquilo que eu estou a sentir.

E6: É muito importante isso, para mim foi.

E1: E só o facto de estar dentro daquela máquina, só o cenário pode causar pânico.

E6: Se eu chega-se lá e fosse só: Vá deite-se aqui, e tá a andar, não me explicava nada, e está a despachar. De certeza que não tinha corrido tão bem como correu, de certeza absoluta.

E3: Por acaso nunca usei, hoje em dia penso que não consigo usar nada disso.

Moderador: E a massagem?

E2: Sim, isso funciona.

E3: Sem dúvida.

E4 e E5: Muita vez, aliás em quase todos os posicionamentos.

E2: Quando o doente se queixa de uma dor lombar, uma dor dorsal, por exemplo, os nossos equipamentos de camas os colchoes por vezes podem não ser os melhores. Muitas vezes na higiene uma massagem com creme hidratante, mais localizada nessa zona de dor, alivia a dor ao doente.

E5: Sim, isso fazemos.

E7: É mesmo a que mais utilizo.

E6: Nós tivemos uma médica que foi operada e a massagem que nós fizemos no final do dia, valeu mais que qualquer analgésico, foi espetacular. Por palavras dela, superou qualquer analgésico aquela massagem.

E1: Nós não temos a noção disso às vezes.

Moderador: Acham que quando optamos por estas medidas, devemos ter em conta aquilo que o doente já nos disse, caso tenha sido feita uma pré-avaliação da dor? Aquilo que ele já fazia em casa, ou aquilo que nós temos mais experiência e achamos que irá resultar melhor?

E7: Tem de ser uma relação entre os dois.

E3: Acho que tem de ser o que eu tenho mais experiência e o que estou mais à vontade para fazer. Porque se ele faz uma coisa qualquer em casa que eu não conheço, eu não vou fazer. Porque o resultado não vai

ser bom, posso é tentar convence-lo a fazer uma que eu tenha conhecimento e que esteja mais à vontade para fazê-lo. Ou seja, é a mesma coisa que ele me pedir, faça-me lá aqui uma massagem de relaxamento, que eu nunca fiz, nem tenho esse conhecimento, não lhe vai servir de nada.

E2: Acho que tem de ser uma conjugação. Mas temos que demonstrar ao doente o que é que existe e o que funciona, e perceber se ele está desperto ou recetivo a esse tipo de técnicas. Mas começar pelo que funciona para ele, acho que é melhor.

E3: Isto é muito subjetivo, sinceramente, em meio hospitalar, isto requer muita comunicação com o doente, que nós não temos disponibilidade. Começa logo pela avaliação inicial, uma boa avaliação inicial de todos os fatores. E ir verificando e monitorizando o doente, ou seja, se eu estou com o doente segunda-feira e só volto a estar com ele quinta-feira não consigo fazer corretamente essa monitorização. E acima de tudo tenho de ter tempo, por muito mais que eu lhe diga que o frio é bom, que o calor é bom, que eu faça, e que ele ate sinta. Vem outro que já diz que o posicionamento é melhor, acho que isto é muito subjetivo, por isso é que as não farmacológicas não funcionam muito bem. Acho que não estamos despertos para isto, primeiro não nos ensinam sequer, não nos dão essa hipótese na faculdade, pelo menos eu não tive nada disso. Só posicionamentos e pouco mais.

E5: Não há uma continuidade, eu entendo.

Moderador: Há aqui enfermeiros especialistas e sabem que no livro de competências do enfermeiro especialista, está essa parte que temos de ter conhecimentos em técnicas não farmacológicas e deram essa formação ?

E3: Como eu estava a dizer nem na licenciatura, nem na especialidade tive acesso a essa formação. Se eu a adquirir foi por experiência profissional.

E4: Sim realmente não me recordo de abordar esta temática.

E3: Também isso é muito simples de concluir, temos acesso ao caderno do enfermeiro especialista e de cuidados gerais e fomos comparar com os planos de estudos disponíveis hoje em dia, não se aborda nem metade das coisas que lá estão descritas. Não estão adequados à realidade. Se tu não tens um guia condutor bem definido logo no inicio tu não vais lá chegar. Só se trabalhares num sítio em que essas medidas estejam a ser aplicadas e tu vais procurar mais conhecimentos nesse sentido.

E2: Acho que também nos estamos a esquecer que a sociedade está cada vez mais exigente e mais concededora dos seus direitos e do que há disponível em termos de recursos. E sim temos doentes que têm conhecimentos de analgesia, e que já nos dizem qual o tipo de medicação que querem, portanto já sabem exatamente o que querem, muitos até me dizem: olhe escusa de me dar isso porque não me faz nada!

E5: Porque ele sentiu alívio com aquele tipo de fármaco e é o que ele quer sentir novamente. Não vale a pena estar com rodeios.

E2: Agora se podemos introduzir aqui também o complemento das não farmacológicas, sim! Mas acho que é um problema base porque enquanto o ministério da educação não tem um conteúdo programático que é comum de norte a sul do país, não vais ser o ministério da saúde não emite conteúdos programáticos que seja transversal a todas as escolas de enfermagem. Ou seja, cada escola de enfermagem assume o seu plano pedagógico para os 4 anos da licenciatura. Mas isto já se tem vindo a falar, e até me parece que a ordem anda a batalhar nisto. Pode não ser o ideal, mas é um princípio, enquanto não tiveres uma linha igual em termos de formação base para todas as escolas com um ou outro acréscimo, mediante aquilo que queiram investir, logo por ai, e que inclua a não farmacologia. Logo aqui temos uma barreira gigantesca.

E3: Mas a formação não pode ser só para nós, havia de haver workshops e formação para a população. E isto funciona muito bem. Eu sei que tu não queres entrar por ai, mas a população está muito mais desperta para as medidas alternativas, porque? Porque há formação disponível sobre isso, por todo o lado, cursos e

etc. Mas voltando às complementares, acho que funcionam sim, numa dor crônica em que se pretende diminuir a dose de analgésicos administrados. Na dor aguda não vejo benefícios.

E5: Penso que o doente com uma dor de 5 ou 6 só vai querer farmacologia, e depois disso, quando a dor já for de 2 aí sim, já estarem recetivos para as não farmacológicas.

E7: Com dor 5, muitos nem querem que lhes toquem, nem ouvir nada.

E4: É uma inquietação.

E5: Agora uma dor 1 ou 2, sim estão disponíveis para posicionamentos e assim.

E1: Sim, o nível de dor vai influenciar a recetividade do doente à não farmacológica.

Moderador: Então, quais são as dificuldades e barreiras que sentem ao implementar estas medidas não farmacológicas, na vossa prática diária?

E4 e E7: Falta de tempo.

E3: O tempo é crucial.

E5: Perceber a localização e grau da dor.

E6: Penso que a maioria da população tem mesmo desconhecimento deste tipo de medidas, e quer é medicamentos, vem ao hospital para ter medicamentos. Não vêm à procura de mais nada.

E3: Aí vamos para a insuficiência de conhecimento.

E2: Indisponibilidade de recursos. Às vezes não temos gelo.

E1: Sim os recursos, até físicos, às vezes as enfermarias são de 2 e 3 camas e um doente que queira estar em silêncio, por vezes não é possível.

E4: A luz, por exemplo, um doente com cefaleia, não temos um sítio onde esse doente possa estar no sossego e em silêncio, não tens um sítio onde possas apagar a luz, enquanto está a cumprir terapêutica.

E5: Eu penso que quando um doente se queixa de cefaleia, já tentou estar em silêncio e já tentou fechar os olhos, e quando chama o enfermeiro é porque precisa mesmo de algum tipo de analgesia.

E2: Mas olhe que não, assisto diariamente, exatamente ao contrário, ao mínimo de dor, o doente recorre a fármacos.

E6: Exato também acho.

E5: Mas isso justifica-se em doente que têm menos tolerância à dor, ou carências afetivas. Não conseguem ter um autocontrolo. Por exemplo para mim o toque terapêutico funciona em carências afetivas.

E3: Eu para mim tenho uma resposta muito simples, se a pessoa ficar bem ao toque, não é dor nenhuma.

E1: E quantas vezes eles gritam, e com um bocadinho de conversa com um tom de voz baixo, tudo de acalma e tudo passa. E depois surge a dúvida, que avaliação de dor fazemos.

E4: Mas eu acho que também há falta de consciencialização médica, porque eles já saem do bloco com uma tabela terapêutica.

Moderador: Mas isso não vamos mudar, e vamos cumprir a farmacologia prescrita, dando igual importância a intervenções autónomas de enfermagem, ou seja complementar com as medidas não farmacológicas.

E3: Mas eu acho que depois será difícil avaliar uma ação não farmacológica, ao mesmo tempo que estamos a administrar a farmacológica.

E7: Considero também difícil implementar, pelas rotinas e os timings que temos de cumprir em cada turno.

E2: Sim completamente.

E3: Mas aí passamos para a questão da qualidade, e a qualidade exige dotações seguras e dava conversa para outra reunião.

(Risos)

Moderador: Consideram ter disponível no serviço instrumentos para avaliar a dor a todo o tipo de doentes?

E3: Temos as réguas.

E6: É só.

E3: Á e temos as outras escalas do doente em coma.

E2: Sim, temos, informaticamente.

Moderador: Achas que estas técnicas não são introduzidas por haver ausência de um protocolo que as defina? Caso houvesse um protocolo direcionavam alguma da atenção para este tema?

E2: Honestamente, da minha experiência, já tivemos um protocolo para a cefaleia, foi implementado, depois caiu no desuso.

E4: Acho que se tiveres conhecimento que uma determinada intervenção faz efeito, por norma já a fazes, não é necessário um protocolo.

E3: Aliás as medidas não farmacológicas não conseguem estar protocoladas, ou seja, nem todas as dores na perna se aliviam com gelo, ou nem todas as dores no braço se aliviam com massagem. Não conseguimos generalizar isso.

Moderador: Mas não é nesse sentido é no sentido de definir uma pré-avaliação ao doente, seguir uma linha de intervenções possíveis a ser implementadas e a periodicidade de reavaliação das mesmas.

E2: Mas isso deve fazer-se na colheita de dados, na parte da avaliação inicial. Isso da pré-avaliação.

Moderador: Mas isso não se faz, aqui...

Todos: Pois, pois não.

E5: Quer dizer nós avaliamos a dor no início, porque avaliamos junto a todos os outros sinais vitais.

E4: Sim como 5º sinal vital.

E3: Aliás na linguagem CIPE tens medidas não farmacológicas. Mas é verdade não há formação na área, não há conhecimento, não estamos despertos para isso. E não temos dotações para realizar esse tipo de intervenções.

E4: Mas se formos a ver, num doente com febre, tu não administras logo um antipirético, fazes um arrefecimento periférico. O mesmo acontece com a dor, eu acho que se nos for inculcado ou tivermos formação para essas situações eu acho que até o podemos fazer.

E7: Mas vendo resultados, acho que sem resultado ninguém o aplica.

E2: Sim, isso só a vivência na prática.

E1: Sim, mas realmente a nossa primeira linha é farmacológica.

Moderador: Então chegamos há conclusão que nós já usamos algumas das medidas não farmacológicas?

Todos: sim.

Moderador: Não temos é um protocolo que nos defenda em como isso são nossas intervenções autónomas?

E2: Sim, formalmente não.

E5: Sim, antigamente até as pessoas em casa o usavam.

Moderador: Então, podemos dizer que tem vantagens? Fazer ensinios ao doente, para ele usar este tipo de técnicas em casa?

E3: Sim, num pós-operatório essas recomendações podem ser feitas.

E5: Uma coisa que alegra o departamento de gestão, não têm custos.

(Risos).

Moderador: Por último, consideram necessário haver um protocolo?

E1: sim, no sentido de que havia algo palpável e fazia-nos utilizar frequentemente estas intervenções.

E6: Pelos menos ficávamos mais desperto para tal.

E7: E fazia-nos procurar formação para isso.

E2: Eu até acho que tenha lógica sim, mas tem de ser muito bem estruturado e haver formação antes da implementação. Formar e insistir, porque somos um grupo difícil.

E5: Isso só me faz lembrar a equipa a reclamar, mais um papel, mais uma coisa para fazer.

E2: Exatamente, mas se queremos trabalhar na qualidade e nos padrões da qualidade isso tem de existir.

E3: Mas lá está se está dentro dos padrões de qualidade, têm de me dar tempo para isso. E é o que muitas equipas vão responder.

Moderador: Mas chegamos à conclusão que no tempo que temos já as fazemos.

E2: Sim, mas tu se por exemplo, com a criação deste protocolo consegues provar que precisas de mais um enfermeiro por turno, isso é uma mais valia.

E4: Sim, se consegues provar que tem menores custos em termos de farmacologia, a complementaridade com a não farmacológica. Tu consegues levar isto para a frente.

Moderador: O que eu tenho para propor é que ocorra uma segunda, e última reunião, em que eu me comprometo a trazer um protocolo, elaborado por mim e pela Professora Catarina Lobão, que me está a orientar. E depois queria a vossa opinião, se acham que é vantajoso ou não, se posso avançar para a frente com ele. Se tem todos os pontos essenciais

Todos: Claro que sim. Força e Coragem!

Moderador: Marcamos já uma data, daqui a 1 mês.

Fica combinado para 19 de julho às 17:30h.

Análise de Conteúdo – 1ª sessão *Focus Group*

Categories	Sub categories	Indicadores	Frequência
Perceção e Resposta à Dor (Nesta categoria será colocada a abordagem e valoração da dor pelo profissional)	Formação do Profissional	"frequentam formação?... não"	4 (E3 + E1 + E7 + E2)
		"aprendemos... com a experiência profissional"	2 (E3 + E5)
		"não nos dão essa hipótese na faculdade, pelo menos eu não tive"	
		"Não se falava muito de não farmacológicas. "	
		"...havia formação da dor, mas é...farmacológica"	
		"nem na licenciatura, nem na especialidade tive acesso a essa formação"	3 (E2 + E3 + E4)
		"não se aborda nem metade das coisas que lá estão descritas. Não estão adequados à realidade."	
		"...aliás agora é que se vê mais... do que, na altura em que iniciei"	
		"somos um grupo profissional, que não está muito desperto para isso."	
		"num sítio em que essas medidas estejam a ser aplicadas e tu vais procurar mais conhecimentos"	
		"acho que é um problema"	
		"...não tem um conteúdo programático que é comum de norte a sul do país,... que seja transversal a todas as escolas de enfermagem."	
		"...cada escola de enfermagem assume o seu plano pedagógico para os 4 anos da licenciatura. Mas isto já se tem vindo a falar, e até me parece que a ordem anda a batalhar nisto. Pode não ser o ideal, mas é um princípio..."	
		"... é verdade não há formação na área, não há conhecimento, não estamos despertos para isso."	
		"as não farmacológicas é uma batalha muito grande, mas não só a população, a classe de enfermeiros também"	
		"Acho que tem de ser o que eu tenho mais experiência..."	
	"o que estou mais à vontade para fazer"		
"...que eu tenha conhecimento e que esteja mais à vontade para fazê-lo."			
"temos que demonstrar ao doente o que é que existe e o que funciona"			
	Avaliação e Registo	"Onde dói?"	

	"A localização da dor"	
	"tipo de dor"	
	"Divulgar as escalas usadas"	
	"...nós avaliamos a dor no início, porque avaliamos junto a todos os outros sinais vitais."	2 (E6 + E1)
	"Se fazem realmente a pré-avaliação?... Não, não temos esse hábito."	
	"o nível de dor vai influenciar a recetividade do doente à não farmacológica"	
	"...deve fazer-se na colheita de dados, na parte da avaliação inicial. Isso da pré-avaliação."	
	"Depende do grau da dor e da localização da dor..."	
	"Temos as réguas"	
	"sim,...principalmente a escala analógica"	
	"...as outras escalas...temos, informaticamente."	
Perceção da Pessoa com Dor	"a população está com muita aliteracia"	
	"a população mais nova é diferente. Já tem essa visão..."	
	"a sociedade está cada vez mais exigente e mais conhecedora ...do que há disponível"	
	"...haver workshops e formação para a população. E isto funciona muito bem."	
	"a população está... desperta para as medidas alternativas...Porque há formação disponível sobre isso, por todo o lado, cursos e etc."	
	"...vem ao hospital para ter medicamentos. Não vêm à procura de mais nada."	
	"...ao mínimo de dor, o doente recorre a fármacos."	
	"a população não está sequer minimamente disponível para isto e aberta a novas técnicas"	
	"...às vezes nem toleram. Principalmente os posicionamentos."	
	"as pessoas mais idosas, tenho algumas dúvidas que o façam"	
	"o nível de dor vai influenciar a recetividade do doente à não farmacológica."	
	"Nem têm tempo para pensar"	
	"...dirigem-se logo ao médico."	
"...recorrem logo a comprimidos"		

	"...porque o que ela quer é fármacos..."	
	"portanto já sabem exatamente o que querem..."	
	"...autocontrolo da dor. mais direcionado para a parte espiritual."	
	"... está interiorizado na mente das pessoas, ...eu quero é um medicamento que me passe rápido"	
	"...não arranjam medidas de controlo da dor, de autocontrolo."	
	"...um doente se queixa de cefaleia, já tentou estar em silencio e já tentou fechar os olhos, e quando chama o enfermeiro é porque precisa mesmo de algum tipo de analgesia."	
	"É para esquecer as não farmacológicas..."	
Valoração da Dor	"Para a dor aguda, não acho positivo este tipo de medidas."	
	"Se calhar, mais na dor crónica, em que a pessoa vai gerindo essas medidas. "	
	"...complementares, acho que funcionam sim, numa dor cronica em que se pretende diminuir a dose de analgésicos administrados. Na dor aguda não vejo benefícios."	
	"A dor só é controlada não farmacologicamente se for uma dor muito suave..."	
	"... doente com uma dor de 5 ou 6 só vai querer farmacologia... dor já for de 2 aí sim, já estarem recetivos para as não farmacológicas"	
	"...só passa com farmacologia."	
	"...analgesia tem de estar de forma continua..."	
	"Se é uma dor moderada, acho que é muito difícil a pessoa tolerar."	
	"...o nosso psicológico é que manda tudo... fazer o efeito placebo... portanto o acreditar na medicação, é o que está intrínseco."	
	"...da minha experiência profissional é muito difícil de tratar a não ser farmacologicamente."	
	"...um analgésico é o mais utilizado"	2 (E6 + E2)
	"...para mim o toque terapêutico funciona em carências afetivas."	
	"...para mim tenho uma resposta muito simples, se a pessoa ficar bem ao toque, não é dor nenhuma."	
"...realmente a nossa primeira linha é farmacológica."		

	Abordagem à Dor	"...se tiveres conhecimento... por norma já fazes, não é necessário um protocolo."	
		"Há técnicas que já existem há anos, e antes de haver a farmacologia havia estas técnicas. E as pessoas conseguiam controlar a dor. "	
		"Num caso em que esgotamos a analgesia de um doente que continuava a dizer que tinha dor. Eu fui-lhe colocar um balão de soro fisiológico, disse-lhe que era o mais forte que tínhamos. A dor passou e o doente conseguiu descansar..."	
		"...eu não quero saber se me colocam um pano de água fria, eu quero é um medicamento que me passe rápido."	
		"... faça-me lá aqui uma massagem de relaxamento, que eu nunca fiz, nem tenho esse conhecimento, não lhe vai servir de nada."	
		"...eu estou com o doente segunda-feira e só volto a estar com ele quinta-feira, não consigo fazer corretamente essa monitorização."	
		" eu acho que depois será difícil avaliar uma ação não farmacológica, ao mesmo tempo que estamos a administrar a farmacológica."	
		"E acima de tudo tenho de ter tempo, por muito mais que eu lhe diga que o frio é bom, que o calor é bom, que eu faça, e que ele ate sinta. Vem outro que já diz que o posicionamento é melhor, acho que isto é muito subjetivo, por isso é que as não farmacológicas não funcionam muito bem."	
		"...nem todas as dores na perna se aliviam com gelo, ou nem todas as dores no braço se aliviam com massagem. Não consegues generalizar isso."	
		"...medidas não farmacológicas não conseguem estar protocoladas"	
Técnicas não farmacológicas utilizadas (Serão aqui colocadas todas as terapias/técnicas	Toque Terapêutico	"...é muito importante, ... só o facto de estarem sozinhos, num ambiente que não é deles, sentem-se sozinhos, desamparados."	
		"...às vezes basta um toque..".	
		"perceber se o doente está ou não recetivo ao toque"	
		"...há muitos doentes que não são recetivos ao toque. "	

não farmacológicas conhecidas e utilizadas no controlo da dor, bem como os momentos em que são aplicadas)		"...se nós não acreditarmos... ele não vai resultar."	
	Escuta Activa	"funciona... na minha experiencia funciona"	
		"...eles gritam, e com um bocadinho de conversa com um tom de voz baixo, tudo de acalma e tudo passa"	
		"aquele doente que nos chama dizendo que tem dor, se estivermos... a falar com ele, depois...nem se lembra o verdadeiro motivo pelo qual nos abordou."	
	Musicoterapia	"Nunca tive oportunidade de utilizar"	7 (todos)
		"Tem demasiadas barreiras..."	
		"...só se for na pediatria."	
		"Com muitos doentes é difícil."	
	Imaginação Guiada	"...essa sim, funciona"	
		"...fizeram-me essa técnica e funciona."	
		"...transmite...uma segurança"	
		"Sente-se acompanhado"	
		"sente que tem ali alguém que está a perceber aquilo que eu estou a sentir"	
		"Por acaso nunca usei... penso que não consigo usar nada disso"	
	Posicionamento	"...mas também utilizamos...os posicionamentos... a aplicação de gelo local..."	
		"sim, o posicionamento de conforto"	
		"Elevação do membro com dor."	
		"Só posicionamentos e pouco mais."	
		"especialmente usamos muito o posicionamento adequando"	2 (E2+E3)
	Massagem	"Sim, isso funciona"	3 (E2+E3+E5)
"Muita vez, ...em quase todos os posicionamentos"			

		"Muitas vezes... uma massagem com creme hidratante... mais localizada nessa zona de dor, alivia a dor ao doente."	
		"É mesmo a que mais utilizo"	
		"a massagem... foi espetacular."	
		"...superou qualquer analgésico aquela massagem."	
	Crioterapia	"Gelo, crioterapia."	
		"Calor."	
		"...também utilizamos...a aplicação de gelo local, crioterapia. "	
	Quando ?	"...primeiro actuamos farmacologicamente e depois é que vamos para a não farmacologia."	
		"...usa-se mais o não farmacológico, quando já esgotamos toda a farmacologia prescrita"	2
		"...após esgotarmos as técnicas todas, até se podem iniciar as não farmacológicas."	
		"...muitas vezes a analgesia não acalma o doente."	
		"...de pessoa para pessoa, nem todos estão dispostos a aceitar"	
		"Depende...da tolerância, de cada um"	
		" a pessoa tem de acreditar, o nosso psicológico é que manda"	
		"o acreditar na medicação, é o que está intrínseco."	
		"não podem ser totalmente isoladas, têm de ser sempre complemento."	
Implementação de Técnicas não farmacológicas (Nesta categoria será dado a conhecer, as barreiras à	Benefícios	"...na linguagem CIPE tens medidas não farmacológicas"	
		"...fazer ensinamentos ao doente, para ele usar este tipo de técnicas em casa...sim, num pós-operatório."	
		"...não têm custos."	
		"Os fatores atuantes e exacerbantes."	
		"...tem menores custos em farmacologia, a complementaridade com a não farmacológica."	

implementação de medidas não farmacológicas, por parte do profissional, bem como as vantagens na utilização destas mesmas técnicas.)	Constrangimentos a nível de recursos humanos	"...não temos dotações para realizar esse tipo de intervenções."	
		"Falta de tempo"	2 (E4+E7)
		"...isto requer muita comunicação com o doente, que nós não temos disponibilidade."	
		"...ir verificando e monitorizando o doente..."	
		"...rotinas e os timing's que temos de cumprir em cada turno."	3 (E7+E2+E3)
	Constrangimentos físicos	"Indisponibilidade de recursos. Às vezes não temos gelo."	2 (E2+E1)
		"os recurso, até físicos... enfermarias de 2 e 3 camas... estar em silencio, por vezes não é possível."	
		"O meio ambiente. Luz, ruído..."	
		"A luz, sossego...silêncio...não temos um sítio onde... possas apagar a luz, enquanto está a cumprir terapêutica."	
	Constrangimentos Cognitivos	"Perceber a localização e grau da dor."	
		"...insuficiência de conhecimento"	
		"...os médicos insistem na analgesia..."	
		"...há falta de consciencialização médica..."	
		"Acho que é preciso ter uma mente muito sã."	
		"Porque ele sentiu alívio com aquele tipo de fármaco e é o que ele quer sentir novamente. Não vale a pena estar com rodeios."	
		"...será difícil avaliar uma ação não farmacológica, ao mesmo tempo que estamos a administrar a farmacológica."	

Protocolo

"...no sentido de que havia algo palpável e fazia-nos utilizar frequentemente estas intervenções."

"...ficávamos mais desperto para tal"

"Agora se podemos introduzir aqui também o complemento das não farmacológicas, sim!"

"...fazia-nos procurar formação para isso."

"Formar e insistir, porque somos um grupo difícil."

"...tem de ser muito bem estruturado e haver formação antes da implementação."

"...se queremos trabalhar na qualidade e nos padrões da qualidade...tem de existir."

"...com a criação deste protocolo conseguireis provar que precisas de mais um enfermeiro por turno, isso é uma mais valia."

Transcrição da 2ª Sessão de *Focus Group*:

Moderador: Boa tarde a todos, quero agradecer a vossa participação e disponibilidade, mais uma vez, neste segundo focus group. Volto a lembrar que estou a realizar um estudo de investigação de âmbito académico, sobre: Intervenção não farmacológicas no controlo da dor, no pós-operatório, com o intuito da construção de um protocolo de intervenção de enfermagem. Volto a salientar que a privacidade dos participantes será garantida, e que a participação é voluntária. A duração da sessão será de aproximadamente 60 minutos. O debate é Áudio gravado sobre a forma de registo de informação.

Perante o anterior focus group, fiz uma análise do conteúdo que foi aqui falado, e para tal utilizei Laurence Bardin na análise de conteúdo, pois é uma técnica invocada para as ciências sociais. E que divide o conteúdo em categorias, sub-categorias e indicadores. Fiz essa análise, trouxe, está aqui, podem consultar. Perante essa análise, dos vários temas que foram falados, tentei elaborar o protocolo, consoante o que foi sendo descrito por vocês, quais as principais dificuldades que encontravam na implementação destas técnicas, o tipo de formação, a abordagem que fazem à dor, quais as técnicas que mais utilizam e não utilizam, quais as vantagens de desvantagens que encontravam. Conciliei isso tudo com o enquadramento teórico pesquisado, e contrui então, o protocolo. Com a força que me deram na outra sessão.

Vamos então analisá-lo e perceber se pode ser aprovado por vocês. Antes disso quero ler-vos um paragrafo do meu enquadramento teórico, como forma de introdução:

“A dor é o quinto sinal vital que deve ser registado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais. O controle da dor pós-operatória envolve basicamente o uso de AINEs, opióides, por diversas vias e métodos, uso de meios físicos e intervenções de natureza comportamental cognitiva, como técnicas educativas, de relaxamento, distração e imaginação dirigida entre outras. A Enfermagem deverá realizar um exame físico detalhado, inspecionando o local da cirurgia e identificando outros desconfortos como drenos, cateteres, sondas, cânulas, etc. verificar sinais vitais, observar sinais de desconforto; movimentação e comunicação verbal e não verbal. O adequado tratamento da dor no pós-operatório, não é apenas uma questão fisiopatológica, mas também uma questão ética e econômica. É função da enfermagem implementar a terapêutica adequada visando a prevenção e o alívio da dor, responsabilizando-se pela avaliação da mesma no período pós-operatório visando a promoção do conforto ao paciente com o alívio da dor.”

Tudo isto, de um protocolo envolve mudanças. Quer no paciente, que na equipa de saúde, quer nas organizações hospitalares, isto será um trabalho para fazer mais à frente. Agora o objetivo é permitir que haja uma adesão a este tipo de protocolos, de forma a melhorar e qualificar a assistência da enfermagem ao paciente.

(Apresento o protocolo, fisicamente)

Eu elaborei sobre a forma de algoritmo e no verso, sobre a forma de check-list, para que possamos ir validando consoante estamos a prestar cuidados ao doente.

Se tiverem alguma dúvida, esclareçam.

... alguns minutos...

E6: Este acolhimento é pré-operatório?

Moderador: Sim é. Admitimos o doente, no internamento, e fazemos então o acolhimento, depois é submetido à cirurgia.

E6: Pode não ter dor?

Moderador: Sim, exato. Isto é a pré-avaliação, que não se fazia, e o grupo achava que era necessária.

E6 + E7: Sim, sim.

E1: Naturalmente esta escala utilizada seria adequada ao doente, a cada doente, não é? Porque...

Moderador: Sim, atrás estão as escalas, possíveis de ser utilizadas e validadas para a língua portuguesa.

E1: Ah, Ok... sim, muito pertinente.

E7: (Risos), agora estou a lembrar-me daquele pós-operatório de ortopedia...

E4: (Risos), a E7, diz que num pós-operatório desta semana, teve de sair da enfermaria, porque uma doente estavam numa gritaria tal, de desorientação...

E7: Aí nossa senhora, ó Dr. Acuda-me... acudam! Ela gritava aos santinhos todos - Bem, mas a sério, tive de sair de lá senão não aguentava. Aquilo entrava na cabeça, sabes, a tentares controlar os outros doentes. Tentar gerir aquilo tudo.

E6: A enfermeira descompensa (Risos).

E7: Mas o pior é que tive de ir implorar à médica para lhe prescrever alguma coisa, porque ela não estava com vontade disso...

E5: E depois quando a dor atinge um pico, depois para ceder, é muito complicado.

E7: Eu dei-lhe tudo, de farmacologia, que estava ao meu alcance. Eu estava a imaginar a musicoterapia nesta situação.

E3: Portanto recorre-se sempre à farmacologia.

E7 e E6: Ah sim, eu é sempre.

E1: Eu não sei se não são pessoas, que fazem muitas benzodiazepinas, que depois os analgésicos não têm o seu total efeito, nestes doentes.

E7: Mas nesta situação tinha de ser mesmo a farmacologia, porque ainda por cima a senhora era surda. Havia dificuldade na comunicação também.

E2: Mas o toque era importante nessa situação.

E7: sim, realmente é muito importante, é.

E5: Mas voltando há música, quando saiu o rapaz dos ligamentos... eu tinha música no computador. Ele deitado e assim - É pá, Britney Spears não, por favor, não basta ser operado e agora estar a ouvir isto. Não, por favor.

Todos: Risos.

Moderador: Não se fez a pré-avaliação, onde estuda qual o tipo de música que relaxa o doente.

E1: Tem de se fazer a avaliação inicial. Mas numa enfermaria com várias pessoas, não se pode agradar a toda a gente.

E7: E eu logo – Pronto eu vou já tirar isto. (Risos).

E3: Mas voltando aqui, eu acho que esta parte das intervenções cognitivo-comportamentais é muito difícil de executar. Se o utente tiver acompanhante na enfermaria, por outros doentes. Porque, temos o exemplo da música, pode não agradar a todos. Na imaginação guiada é preciso ter um ambiente, muito calmo, e focar o doente nos que estamos a dizer. E muitas vezes se houver visitas, se houver outro utente no quarto, eu acho que já não é tão fácil, do que se ter um quarto só para o utente e para nós.

Moderador: Pronto, mas precisamente estes quadrados, como check-list, têm esse intuito, são para isso, ou seja, não é necessário utilizar todas as técnicas, mas sim as mais adequadas consoante o ambiente e o utente que temos.

E4: Ok. Mas de facto o ambiente é muito importante.

E3: Sim, é mesmo. Logo uma das coisas que eu faço mais, é baixar os estores, controlar a luz.

E7: Sim, eu desligo logo a televisão.

Moderador: Intitulei isso, como medidas padrão, porque em qualquer tipo de pós-operatório, são essenciais. Já as intervenções, são consoante o doente que temos à frente.

E2: Cada vez mais, eu acho, que tem muito influencia no conforto.

E6: Sim, o ambiente, também pode agudizar a dor.

E4: Eu acho que realmente isto, é um complemento de tudo um pouco e é adaptar de facto à pessoa que temos.

E1: Sim, adaptar. Porque há muitos que querem lá saber de massagem.

E4: Á, mas eu acho que a massagem é muito importante.

E1: Sim, mas isso depende, é a tal coisa, adaptar.

Moderador: Mais alguma questão que queiram esclarecer? Compreenderam todos os pontos e etapas? ... Ainda bem, fico muito orgulhosa (risos).

Todos: Á sim, está muito bonito, é motivo para isso.

E2: Achamos que é uma área que não tem assim tanto para falar, mas realmente está aqui muito trabalho.

E7: No entanto acho, que este tipo de protocolos, algumas vezes, não se adequa neste tipo de dor pós-operatória. Mas faz falta, se calhar, mais na dor crónica. Acho que será interessante ver implementado este protocolo.

E3: Implementado, mas antes fazer formação e despertar os profissionais para mecanismos não farmacológicos. O que não é fácil neste momento que se vive um bournout em enfermagem.

E4: Sim, a formação antes é indispensável.

Moderador: Mas na vossa opinião, está simples, sistemático?

E1: Sim, está simples, perceptível.

E2: Não está massudo. Para quem olhar.

E4: Está muito bem definido, bem estruturado e guiado.

E3: No entanto, acho que exige um esforço da equipa à mudança e adaptação.

E5: Eu acho que no recobro, por exemplo, isto tem tudo para ter viabilidade.

E7: Sim.

E3: Eu não acho, é muito aberto, é muita entrada e saída, acabas por não ter aquela parte da calma.

E6: Mas depende, por que eu já cheguei lá e vi um ambiente calmíssimo, e com música. E outras que está uma agitação.

E5: Sim, mas a agitação pode ser dor.

E6: Não, de movimento, muita entrada e saída de coisas e pessoas.

E7: Sim, mas aqui o protocolo, dá para aplicar.

E3: Tens motivos para estar orgulhosa, está muito bem.

Moderador: A opinião é unanime, todos concordam?

Todos: Sim!

Moderador: Muito obrigada!

(risos)

Moderador: Quero mais uma vez agradecer-vos. Tenho um certificado de presença, para vocês.

Todos: Oh, que bom!

E7: Isto (protocolo em suporte papel) é para devolver?

Moderador: Sim. Depois podem consultar, no fim de estar terminado o estudo.

E6: Eu espero sinceramente que isto tenha resultados. Parece-me muito bem. Parabéns!

Análise de Conteúdo – 2ª sessão *Focus Group*

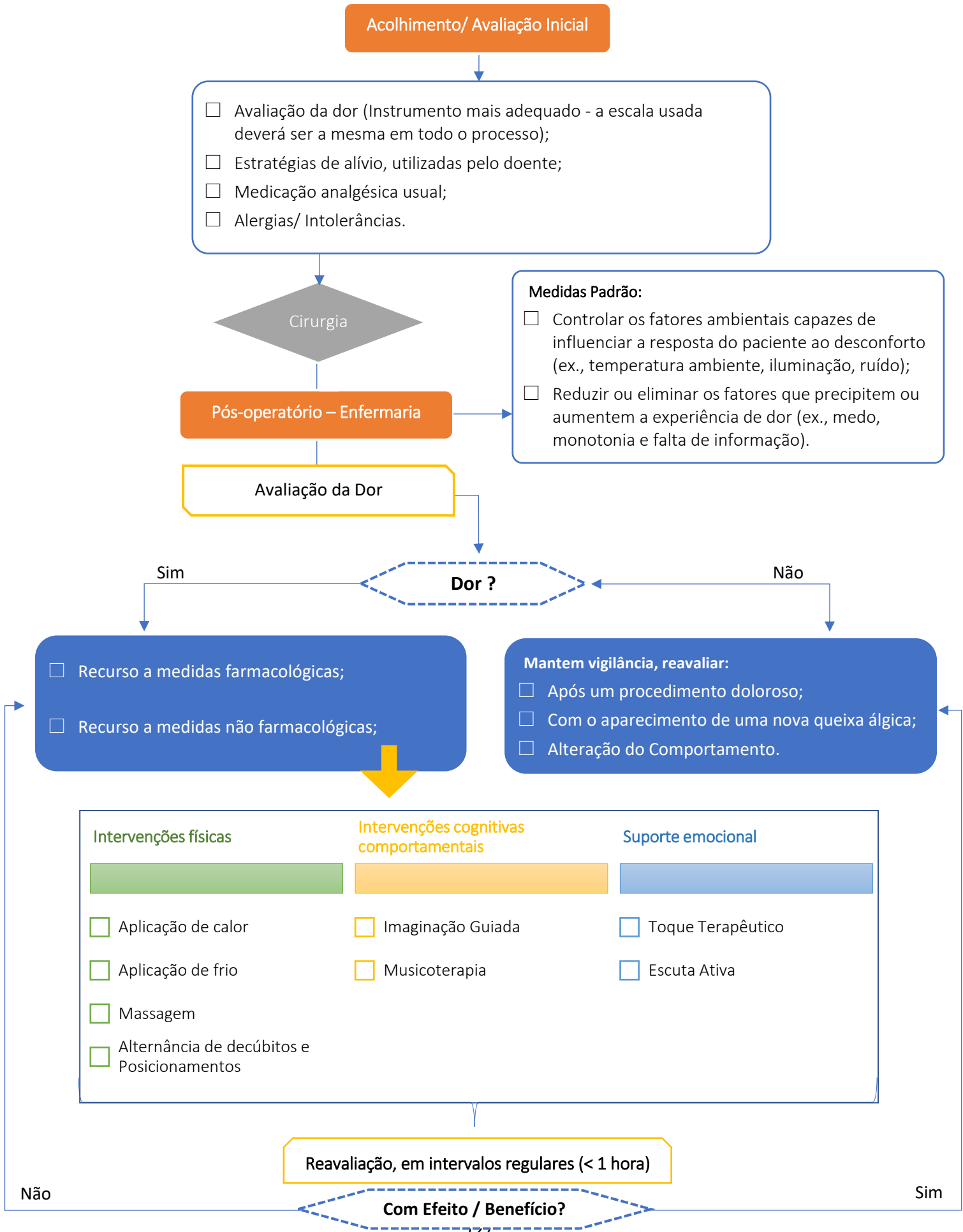
Categorias	Sub categorias	Indicadores	Frequência
<p>Estrutura (nesta categoria estão descritas as opinioes sobre a perceção do protocolo visualmente e fisicamente).</p>	Organização visual	"...está simples, perceptível."	
		"Não está massudo. Para quem olhar."	
		"...está simples, sistemático?... Sim."	
		"Tens motivos para estar orgulhosa, está muito bem."	
		"...está muito bonito"	
	Organização fisica	"Acolhimento... Isto é a pré-avaliação... Sim"	
		"Está muito bem definido, bem estruturado e guiado."	
		"como check-list...seria adequado ao doente... sim, muito pertinente"	
<p>Aplicabilidade (nesta categoria estão descritas as opinioes sobre a possivel implementação e utilização do protocolo, com base nas medidas não farmacologicas, em unidades de saúde)</p>	Parecer positivo	"Eu acho que realmente isto, é um complemento de tudo um pouco e é adaptar... à pessoa"	
		"...todos concordam? Todos Validam? ... - Sim!"	
		"...será interessante ver implementado este protocolo."	
		"...dá para aplicar."	
		"Achamos que é uma área que não tem assim tanto para falar, mas realmente está aqui muito trabalho."	
		"...acho que exige um esforço da equipa à mudança e adaptação."	
		"Eu espero sinceramente que isto tenha resultados."	
	Medidas padrão	"...de facto o ambiente é muito importante."	
		"Logo uma das coisas que eu faço mais, é baixar os estores, controlar a luz."	
		"... eu desligo logo a televisão."	

	"... o ambiente, também pode agudizar a dor."	
	"... tem muito influencia no conforto."	
Constrangimentos	"...a senhora era surda. Havia dificuldade na comunicação."	
	"...eu tinha música no computador,...por favor, não basta ser operado e agora estar a ouvir isto."	
	"...numa enfermaria com várias pessoas, não se pode agradar a toda a gente."	
	"...o exemplo da música, pode não agradar a todos."	
	"...muitas vezes se houver visitas, se houver outro utente no quarto,... já não é tão fácil, do que se ter um quarto só para o utente e para nós."	
	"... há muitos que querem lá saber de massagem. "	
Sugestões	"...este tipo de protocolos,... não se adequa neste tipo de dor pós-operatória."	
	"...faz falta,...na dor crónica."	
	"...no recobro,... tem tudo para ter viabilidade."	
	"Implementado, mas antes fazer formação e despertar os profissionais..."	
	"...a formação antes é indispensável."	
	"...é adaptar de facto à pessoa que temos. "	

APÊNDICE III

Protocolo de intervenção não farmacológica de enfermagem
no controlo da dor pós-operatória

Admissão do Paciente no serviço de Internamento:



Acolhimento/
Avaliação Inicial

Pré-operatório:

- Avaliação da dor (Instrumento mais adequado - a escala usada deverá ser a mesma em todo o processo);
- Estratégias de alívio, utilizadas pelo doente;
- Medicação analgésica usual;
- Alergias/ Intolerâncias.

Medidas Padrão

1) Pós-operatório:

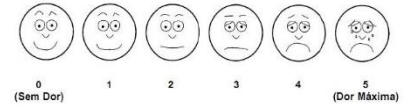
- Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (ex., temperatura ambiente, iluminação, ruído);
- Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (ex., medo, monotonia e falta de informação).
- Avaliação da dor;
- Recurso a medidas farmacológicas;
- Recurso a medidas não farmacológicas.

Avaliação da
Dor

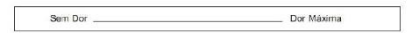
EscaLa Qualitativa

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

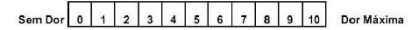
EscaLa de Faces



EscaLa Visual Analógica



EscaLa Numérica



Ou as escalas **DOLOPLUS-2**, a **Abbey Pain Scale**, **PAINAD-PT** e **Behavioral Pain**



Recomendações:

Contraindicações:

Intervenções físicas	<input type="checkbox"/>	Aplicação de calor - Aplicação com sacos com água quente, compressas humedecidas e imersão, com temperatura entre 40° a 45°C, durante 20 a 30 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigiar a temperatura ✓ Colocar proteção (toalha) entre a fonte de calor e a pele ✓ Observar alterações na coloração e aspeto da pele 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exista infeção; ▪ Hemorragia ativa, sobre o local do tumor (neoplasias); ▪ Traumatismos agudos; ▪ Insuficiência vascular.
	<input type="checkbox"/>	Aplicação de frio - Aplicado na região do corpo com dor, durante 10 a 15 minutos, através de: sacos de água fria, sacos de gelo, toalhas geladas e compressas frias.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não ultrapassar o tempo recomendado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença vascular periférica; ▪ Insuficiência arterial; ▪ Alteração da sensibilidade e do nível de consciência.
	<input type="checkbox"/>	Massagem - "ato de massajar e pressionar partes do corpo".	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático; ✓ Relaxa a musculatura no local da sua aplicação; ✓ Sensação de conforto e de bem-estar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doenças dérmicas; ▪ Presença de tumores e cicatrizes recentes; ▪ Zonas de fraturas recentes; ▪ Articulações ou tecidos com inflamação aguda; ▪ Existência de sinais de compromisso circulatório.
	<input type="checkbox"/>	Alternância de decúbitos e Posicionamentos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aliviar a pressão das proeminências ósseas ou áreas edemaciadas; ✓ Promover a aceleração da circulação; ✓ Relaxamento muscular e conforto generalizado. 	
Intervenções cognitivas comportamentais	<input type="checkbox"/>	Imaginação Guiada	Combinação de respiração lenta e ritmada, com uma imagem mental de relaxamento e conforto. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tempo (minutos); ✓ Ambiente tranquilo. 	
	<input type="checkbox"/>	Musicoterapia - "induzir relaxamento, moderar as emoções..."	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não requer concentração; ✓ Não requer participação ativa do doente. 	
Suporte emocional	<input type="checkbox"/>	Toque Terapêutico - "...imposição de mãos com intencionalidade, ...uma aproximação das mãos à pele do paciente."	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimula fibras sensitivas superficiais da pele; ✓ Gera relaxamento muscular; ✓ Estimulação do sistema límbico. 	
	<input type="checkbox"/>	Escuta Ativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver com o doente uma relação de confiança terapêutica, ✓ Tom de voz sereno e pausado; ✓ Demonstrar disponibilidade e compreensão. 	

Com Efeito / Benefício?

2) Reavaliação, em intervalos regulares (< 1 hora):

- Após um procedimento doloroso;
- Com o aparecimento de uma nova queixa algica;
- Com alteração do comportamento.