

Marisa Isabel Pires Vaz

Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor

Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 4ª Edição

Trabalho efectuado sob a orientação de:
Professor Doutor António Dias
Professor Doutor João Duarte



Julho de 2015

“...Cuidar... é uma obra comum mas única.” Hesbeen (2000)

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Madureira Dias e Professor Doutor João Carvalho Duarte por terem acedido ao meu pedido de orientação e pela disponibilidade mantida durante todo o desenvolvimento deste estudo.

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

Agradeço de uma forma muito especial a toda a minha família por todo o apoio, compreensão e paciência demonstrada ao longo destes meses.

A todos os que contribuíram para que esta tese fosse possível, um muito sincero obrigada.

Resumo

Introdução: Cuidar da pessoa com dor é imprescindível à excelência dos cuidados de enfermagem. Refletindo sobre a natureza desses cuidados pelos estudantes, é possível promover atitudes de abertura ao sofrimento, para que como futuros profissionais respondam à necessidade de alívio. O comportamento humano é intencional, reflete preferências e para o prever podemos simplesmente examinar atitudes.

Objectivo: Estimar a validade e confiabilidade da escala e analisar a atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar da pessoa com dor.

Material e Método: Estudo analítico, correlacional e transversal, realizado com 255 estudantes da ESSV. Os dados recolhidos através de questionário autoaplicado que integra a escala: Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor.

Resultados: Após o estudo psicométrico, a escala apresenta 17 itens e 2 fatores, fator 1 “Aptidão Terapêutico-Curativa” e fator 2 “Aptidão Centrada na Pessoa”. Os estudantes apresentam uma média de idade de 21.91 anos, 77.3% do sexo feminino, maioritariamente solteiros e 40.8% frequentam o 4º ano. Todos avaliam a dor nos ensinamentos clínicos, 86.4% com a EN e 94.9% conjugam intervenções farmacológicas e não farmacológicas, mais de 55% emprega a diminuição do ruído e luminosidade, aplicação do frio e massagem, havendo 87.5% que usa posicionamentos. Os do sexo masculino que aplicam exercícios de relaxamento e os do sexo feminino com idade ≥ 21 anos, do 3º ano, apresentam uma atitude mais adequada.

Conclusão: A formação no tema dor ao longo do curso é preponderante no desenvolvimento de competências, mas também na aquisição de conhecimento e promoção de atitudes.

Palavras chave: Estudantes de Enfermagem, Atitude; Dor; Cuidar.

Abstract

Introduction: Taking care of the person in pain is essential to excellence in nursing care. Thinking on the nature of such care by the students, it is possible to promote receptivity to suffering so that as future professionals know how to correspond to the need for relief. Human behavior is intentional, reflects preferences and to predict we simply examine attitudes.

Objective: To estimate the validity and reliability of the scale and analyze the attitude of nursing students to care for the person in pain.

Material and Method: analytical, correlational and cross-sectional study conducted with 255 students of ESSV. The data collected through self-administered questionnaire that integrates the scale: Attitude of Nursing Students to Care for the Person with pain.

Results: After the psychometric study, the scale has 17 items and 2 factors, factor 1 "Therapy-Healing Ability" and factor 2 "Focus on Person Ability". Students have an average age of 21.91 years, 77.3% female, mostly single and 40.8% attend the 4th year. All evaluate pain in clinical teachings, 86.4% use the numerical scale and 94.9% combines pharmacological and non-pharmacological interventions, more than 55% apply the reduction of the noise and light, cold application and massage, with 87.5% using placements. Male students apply relaxation exercises and females aged ≥ 21 years, the 3rd year, have a better attitude.

Conclusion: Training in the subject pain along the school is leading in the development of skills, but also in knowledge acquisition and promotion of attitudes.

Keywords: Nursing Students, Attitude; Pain; Care.

Sumário

Lista de Tabelas	I
Lista de Imagens	II
Lista de Abreviaturas e Siglas	III
Introdução	13
I Parte – Enquadramento teórico	
1. O Fenómeno da Dor	17
1.1 Processo e Classificação da Dor.....	18
1.1.1 Classificação temporal da dor	19
1.1.2 Classificação fisiopatológica da dor	20
1.2 Avaliação da Dor	21
1.2.1 Escalas de avaliação da dor	23
1.3 Tratamento da Dor.....	24
1.3.1 Técnicas farmacológicas	25
1.3.2 Técnicas não farmacológicas	26
2. Formação de Atitudes	31
2.1 Atitude dos Enfermeiros Face à Dor.....	31
II Parte – Estudo Empírico	
3. Metodologia	37
3.1 Métodos	37
3.2 Operacionalização das Variáveis	39
3.2.1 Operacionalização da variável dependente	39
3.2.2 Operacionalização das variáveis independentes	40
3.3 Participantes	41
3.4 Instrumento.....	42
3.5 Análise Factorial Confirmatória da Escala das Atitudes dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor	47
3.5.1 Processo de colheita de dados	56
3.6 Previsão do Tratamento Estatístico.....	56
4. Resultados	61
4.1 Apresentação e Análise Descritiva dos Dados.....	61
4.1.1 Características sociodemográficas da amostra	61
4.1.2 Variáveis contextuais da dor	62
4.2 Análise Inferencial	64

4.2.1	Identificar as variáveis sociodemográficos (género, idade, estado civil, ano de curso) que interferem na atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor	64
4.2.2	Analisar a influencia de variáveis contextuais à dor (avaliação a dor, registo da dor e medidas de alívio) na atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor	67
5.	Discussão	73
5.1	Discussão Metodológica.....	73
5.2	Discussão de Resultados	74
5.2.1	Relação entre as variáveis sociodemográficas e a atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor	75
5.2.2	Relação entre as variáveis contextuais da dor e a atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor	76
6.	Conclusão	79
	Referências bibliográficas	81
	Anexo I – Autorização da autora para o uso da escala EACPD	89
	Anexo II – Parecer sobre o estudo da Comissão de ética da ESSV	91
	Anexo III – Autorização para efetuar a colheita de dados na ESSV	93
	Anexo IV – Instrumento de Colheita de dados	95
	Anexo V – Declaração de Consentimento ao participante	99

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas e correlação de Pearson entre os diferentes itens e o factor global da EACPD	48
Tabela 2 – Consistência Interna da escala	49
Tabela 3 – Total Variância Esperada	50
Tabela 4 - Análise fatorial em componentes principais da escala.....	51
Tabela 5 - Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da EACPD	52
Tabela 6 – Correlação dos itens com os factores e o valor global da escala	55
Tabela 7 – Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e o factor global	55
Tabela 8 - Estatísticas da Idade	61
Tabela 9 - Caracterização sócio demográfica da amostra em função do género	62
Tabela 10 - Caracterização da dor em função do género	63
Tabela 11 Teste de U Mann - Whitney entre a atitude dos estudantes e género	64
Tabela 12 - Analise de variância entre atitude dos estudantes e grupos etários	65
Tabela 13 - Teste de U Mann - Whitney entre a atitude dos estudantes e estado civil	65
Tabela 14 – Teste t para diferenças de médias entre atitude dos estudantes e residência .	66
Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre atitude dos estudantes e ano de curso.....	66
Tabela 16 - Teste de U Mann-Whitney entre a atitude dos estudantes e escalas de avaliação da dor	67
Tabela 17 - Teste de U Mann-Whitney entre a atitude dos estudantes e registo da dor	67
Tabela 18 – Teste de Kruskal-Wallis entre atitude dos estudantes e medidas de alívio da dor	68
Tabela 19 - Teste de U Mann-Whitney entre a atitude dos estudantes e intervenções não farmacológicas	69
Tabela 20 - Teste Binomial e intervenções não farmacológicas	70

Lista de Imagens

Figura 1 – Quadro conceptual do estudo	38
Figura 2 - Análise Fatorial Confirmatória da EACPD	53
Figura 3 – Modelo 2 da EACPD	53
Figura 4 – Modelo 3 da EACPD	54
Figura 5 – Modelo final da EACPD.....	54
Figura 6 – Árvore de Decisão	71

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACP – Aptidão Centrada na Pessoa
AFC – Análise Fatorial Confirmatória
AGFI – *Adjusted Goodness-of-Fit Index*
AINS – anti-inflamatórios não esteroides
AMOS – *Analysis of Moment Structures*
ATC – Aptidão Terapêutico-Curativa
cf. – conforme
CP – análise de Componentes Principais
CFI – *Comparative Fit Index*
DGS – Direção Geral de Saúde
EACPD – Escala de Atitudes ao Cuidar a Pessoa com Dor
ed. – edição
DMS-5 – Manual de Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais
EF – Escala de Faces
EFIC – *European Federation of IASP Chapters*
EN – Escala Numérica
EQ – Escala Qualitativa
EVA – Escala Visual Analógica
ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu
FC – Fiabilidade Compósita
FE – análise Fatorial Exploratória
GFI – *Goodness-of-Fit Index*
IASP – *International Association of the Study of Pain*
KMO – Kaiser-Meyer-Olkin
MLS – *Maximum-Likelihood Estimation*
MRSR – *Standardized Root Mean Square*
MS- Ministério da Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
p. – página
PENPCDor – Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo de Dor
PNCP – Plano Nacional de Controlo da Dor
RMR – *Root Mean Square*
RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*
SNP – Sistema Nervoso Periférico

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SRMR – *Standardized Mean Square*

TENS – Estimulação Elétrica Transcutânea

VEM – Variância Extraída Média

Introdução

A dor é uma das experiências do ser humano mais recedadas, no entanto, uma das mais experimentadas, pois está inerente à própria vida (Sousa, 2009).

A dor apresenta-se como um sintoma subjetivo, onde a sua definição representa uma tarefa árdua, contextualiza-se como um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde [Portugal, MS,DGS], 2001).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), identifica esta área da dor como de crescente interesse da comunidade científica, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

Todos experimentam a dor num certo grau, embora com respostas diferentes de indivíduo para indivíduo. Neste contexto, e sabendo que a prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções, autónomas e interdependentes, considera-se pertinente incluir na prestação de cuidados à pessoa com dor, a avaliação, o controlo e o ensino, devendo ser tudo devidamente documentado (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O tratamento da dor deve ser fundamentado na eliminação de fatores causais e, quando necessário, no uso de intervenções farmacológicas e /ou não farmacológicas. Tendo como pressuposto o uso de medidas individualizadas simples, seguras, de baixo custo operacional e acessíveis (Teixeira, 2007).

O reconhecimento do controlo inadequado da dor pelos profissionais de saúde, as suas crenças e preconceitos influenciam a sua atitude, o que nos leva à reflexão e conseqüentemente a que sejam feitos esforços no sentido de corrigir a situação. O enfermeiro aparece como elemento crucial na identificação e resolução dos problemas primariamente, uma vez que é quem passa mais horas junto do doente (Phipps et al., 2003).

A definição de atitude, apresenta-se como uma tarefa árdua, porque não é diretamente mensurável, depende de aspetos intrínsecos e relaciona-se com características pessoais e motivacionais de cada um que se manifestam de maneira positiva ou negativa. Os enfermeiros, como qualquer outra pessoa, possuem um quadro de atitudes, valores, crenças e desejos de natureza individual resultado do meio ambiental e social em que se inserem. Contudo, no estabelecimento de relações terapêuticas, distinguem-se pela formação e experiência que lhes permite entender e respeitar o outro, procurando abster de juízos de valor quanto à pessoa doente (Lameira, 2009).

A preocupação da problemática dor assume um contexto pertinente e atual, contudo, o pressuposto que motiva esta investigação centra-se na necessidade de perceber a atitude dos estudantes de enfermagem relacionadas com a dor como 5º sinal vital, de modo a conhecer o seu quadro e valores.

Considerámos então pertinente formular a questão que serviu de ponto de partida para a nossa investigação:

- Qual a atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar da pessoa com dor?

Para dar resposta à questão formulada elaboraram-se os seguintes objectivos:

- Estimar a validade e confiabilidade da Escala de Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor (EACPD);
- Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem na atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor;
- Analisar a influencia de variáveis contextuais à dor (avaliação a dor, registo da dor, medidas de alívio e nº de doentes) na atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor.

No sentido de perspetivar o trabalho de uma forma metódica, este estrutura-se em duas partes. A primeira parte constitui a fundamentação teórica, que incorpora: a introdução onde se justifica o tema escolhido e se definem os objetivos e outra fração que é constituída pelo estado da arte sobre a dor o seu processo e classificação, avaliação, controlo e tratamento, onde se faz referência a escalas da dor e se explicitam as regras de aplicação, destaca-se as técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e por último, faz-se menção às atitudes e crenças dos enfermeiros. A segunda parte versa o estudo empirico, inclui a metodologia onde se descreve o tipo de estudo, a amostra e critérios de inclusão, as variáveis, os métodos e os instrumentos de recolha de dados, também inclui os resultados, a discussão dos resultados e finalmente são apresentadas as conclusões.

I Parte – Enquadramento teórico

1. O Fenómeno da Dor

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP, 1994), define dor, como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”, assumindo assim um carácter multidimensional, tendo em conta os aspetos sensoriais da dor e as suas consequências psicológicas, sócias e culturais.

A dor, é contextualizada como uma experiência subjetiva, individual e multidimensional. Se por um lado, é considerada como um sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, como sinal de alarme, não representando qualquer outra vantagem para o organismo - a dor aguda. Por outro lado, a dor, em particular a dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão ou disfunção orgânica, ou persistir para além da cura dessa lesão ou disfunção orgânica que lhe deu origem, torna-se assim numa doença. Apresentando um grande impacto/repercussões: a nível individual, causando sofrimento, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda da qualidade de vida; a nível social, envolvendo a família, cuidadores formais e informais e amigos; a nível socioeconómico, pelos custos de recorrência aos serviços de saúde, despesas com a terapêutica, e indiretamente pela, perda de produtividade da e consequente atribuição de subsídios (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde [Portugal, MS,DGS], 2008).

A dor constitui assim, um problema de controlo, para a pessoa, que a maioria das vezes a experimenta e tem que aprender a suportá-la, e para os profissionais de saúde que tentam encontrar os meios necessários para aliviar este sofrimento (Phipps, Sands, & Marek 2003).

Reconhecendo a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal, a DGS desde 2003 que considera a dor como o 5º sinal vital, e determinou obrigatoriedade de se efetuar sistematicamente, a avaliação e o registo da intensidade da dor, com recurso a escalas de avaliação (Portugal, MS,DGS , 2008). Introduziu no Plano Nacional de Saúde 2004-2012, o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD), contudo, em dezembro de 2012 foram aprovados programas de prioritários a desenvolver, do qual o PNCD não fazia parte. Sendo, posteriormente, colmatada esta lacuna com a aprovação de um novo modelo orientador, o “Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor” (PENPCDor), que vem dar continuidade aos objectivos do PNCD (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde [Portugal, MS,DGS], 2013).

Assim, a OE, em 2008, publicou um guia orientador de boa prática, designado “O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor”. Partido do princípio que os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem às pessoas, e neste caso em particular às pessoas com dor, este guia, pretende promover a intervenção do enfermeiro no controlo da dor, com recomendações transversais para uniformizar os cuidados à pessoa com dor – através da avaliação da dor, do controlo da dor, do ensino à pessoa/cuidador principal/família, e da sua documentação (OE, 2008). Em Portugal, o Observatório Nacional de Saúde (2002), através de uma entrevista telefónica às famílias portuguesas que constituíram uma amostra ECOS, estudou a prevalência da dor. Concluíram que cerca de 74 % dos entrevistados tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista telefónica e que o tipo de dores mais frequentes são as lombalgias, as dores osteoarticulares e as cefaleias (Portugal, MS,DGS , 2008).

Há mais de três décadas que diferentes estudos demonstram que um número significativo de doente hospitalizados sentem dor entre moderada e severa, sem um tratamento adequado que lhes proporcione alívio (Phipps et al., 2003).

A dor, apresenta-se como uma sensação frequentemente temida pelas pessoas, acompanhando muitos distúrbios, e também algumas terapêuticas. Sendo o seu alívio um dos principais objetivos dos cuidados de enfermagem, que requer perícia e arte na ciência de enfermagem, sendo essencial o conhecimento dos conceitos relacionados com a dor, colheita de dados e terapias úteis por todos os profissionais de saúde (Phipps et al., 2003).

A elevada prevalência e o reconhecimento da multidimensionalidade da dor obriga a uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, e subseqüentemente deveria obrigar a uma formação adequada, iniciada no período pré-graduado a ser continuamente aprofundada e atualizada ao longo do trajeto profissional, como tem sido repetidamente reconhecido por diversas entidades, nomeadamente a IASP e a European Pain Federation (Portugal, MS,DGS , 2013).

1.1 Processo e Classificação da Dor

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

A percepção e a expressão de dor é uma experiência pessoal, subjetiva, que pode ser influenciada pelas características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença

e o contexto sociocultural onde a pessoa se encontra inserida. A tolerância à dor varia de pessoa para pessoa, ou na mesma pessoa conforme a situação (OE, 2008).

A tolerância à dor envolve a dimensão cognitivo afetiva da dor, é subjetiva, e varia entre os indivíduos e as culturas. Esta representa o grau máximo de intensidade de dor que uma pessoa é capaz de experimentar, sendo aumentada ou diminuída, por inúmeros fatores (Phipps et al., 2003).

No início a dor tem a função importante de avisar a pessoa de alguma lesão tecidual iminente. No entanto, o seu significado varia de pessoa para pessoa e é influenciada por vários fatores, a idade, o sexo, o passado sociocultural, o ambiente, e experiências passadas ou presentes, influenciando assim a sua reação individual e circunstancial (Phipps et al., 2003).

A dor apresenta-se como um indicador importante na obtenção de informação sobre a sua origem e posterior adequação de um melhor plano de intervenção terapêutica. Pode classificar-se quanto à sua topologia (focal, radicular, referida e central), à sua temporalidade (aguda, crónica e recidivante) e quanto à sua fisiopatologia (dor nociceptiva: dor somática e visceral; dor sem lesão tecidual ativa: dor neuropática e psicogénica) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde [Portugal, MS,DGS], 2001).

1.1.1 Classificação temporal da dor

A classificação da dor em termos de duração divide-se em aguda, crónica e recidivante (Portugal, MS,DGS , 2001).

A dor aguda é, essencialmente, um episódio transitório de início súbito e informa a pessoa de que algo está mal (OE, 2008 p.25).

A OE, define a dor aguda é uma “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e / ou causal” (OE, 2008 p.25).

A dor aguda é um sintoma limitado no tempo, que pode e deve ser controlado. Apresenta geralmente início súbito e duração transitória, até 3 meses e as regiões dolorosas distinguem-se bem das não dolorosas. A dor violenta, ativa o sistema nervoso autónomo, podendo provocar sinais de hiperatividade simpática (como uma subida da pressão arterial, taquicardia, diaforese, etc.), mas a possibilidade de alívio, no final, é total (Phipps et al., 2003).

A dor crónica é definida Pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.42) como, “ uma dor prolongada no tempo, nomeadamente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos”.

A dor crónica, persiste para além do tempo de cura da lesão que lhe deu origem e

muitas vezes persiste mais de 6 meses. Pode ser de início súbito, começando como dor aguda, mas depois persiste, de desenvolvimento insidioso, prolongando-se meses ou anos. A fonte da dor pode ser desconhecida ou impossível de determinar, sendo a sensação de dor mais difusa do que na dor aguda, habitualmente não é possível alívio total (Phipps et al., 2003).

A dor crónica é um problema de saúde importante, tem um impacto individual muito para além do sofrimento que causa, designadamente, sequelas psicológicas e emocionais, diminuição de interesses e isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida, que culmina num comportamento alterado. Esse impacto ultrapassa a própria pessoa e envolve a família, cuidadores e amigos, a pessoa afasta-se de interações sociais. Este tipo de dor deve ser sujeita a uma intervenção precoce por parte dos profissionais de saúde, com vista ao doente retomar uma atividade produtiva normal (Portugal, MS,DGS , 2001).

A dor recidivante caracteriza-se por uma dor com períodos de curta duração, mas que se repetem com frequência. Um dos exemplos deste tipo de dor é a enxaqueca, que pode ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associado a um processo específico (Sousa, 2009).

1.1.2 Classificação fisiopatológica da dor

A fisiopatológica da dor inclui os processos que se pensa que contribuem para a dor fisiopatológica ou persistente, uma vez que, o sistema nervoso fica alterado, com os repetidos estímulos nocivos (Phipps et al., 2003).

As estruturas especializadas do Sistema Nervoso Periférico (SNP) transformam os eventos físicos ou químicos em potenciais de ação nos receptores aferentes primários. Os nociceptores ou terminações nervosas livres localizam-se na extremidade das fibras não mielinizadas, e reagem a estímulos químicos, mecânicos (pressão) e/ou térmicos (calor, frio) intensos, sem haver lesão tecidual. Existem também nociceptores que são responsáveis quando há lesão tecidual e exposição a agentes inflamatórios, denominados nociceptores silenciosos, e são responsáveis pela hiperalgia termomecânica e pela vasodilatação observada em lesões traumáticas, inflamatórias e/ou isquémica (Teixeira, 2007).

A dor descreve-se, sob a ótica da fisiopatológica, como dor nociceptiva, neuropática e psicogénica (Portugal, MS,DGS , 2008).

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.

A dor nociceptiva somática, consiste num estímulo doloroso que provém dos músculos, ossos, pele, articulações, manifesta-se como uma dor intensa, cortante e de fácil

localização. No entanto, se a dor atinge órgãos mais internos, se tem um carácter vagal, persistente e de difícil localização, trata-se de uma dor nociceptiva visceral, podendo o seu impacto exceder a dor proveniente de fontes somáticas (Varandas, 2013).

A dor neuropática, caracteriza-se como uma dor sem lesão tecidual ativa, com compromisso neurológico (Portugal, MS,DGS, 2001).

De acordo com Teixeira (2007), a dor neuropática surge havendo modificações na atividade ou na anatomia das terminações nervosas e troncos nervosos periféricos, ou das vias de condução e de processamento central da informação sensitiva. Qualquer síndrome de dor aguda ou crónica capaz de desencadear um fenómeno somatosensorial a nível do Sistema Nervoso Central (SNC) e SNP é designado de dor neuropática.

A dor psicogénica é de origem psicossocial, não havendo lesão tecidual ativa (Portugal, MS,DGS, 2001).

Uma dor para qual não se tenha encontrado um processo patológico, que permaneça após a resolução deste, ou que a dor pareça ter base mais de ordem psicológica do que física, designa-se por dor psicogénica. Sendo muitas vezes difícil distinguir as componentes físicas das emocionais, é importante não nos esquecermos que toda a dor é real (Phipps et al., 2003).

1.2 Avaliação da Dor

A dor como sensibilidade consciente, é uma experiência multidimensional que envolve apresentações quantitativas, sensitivas e emocionais, induzindo repercussões biopsicossociais desfavoráveis. A avaliação dos fatores que desencadeiam ou aliviam a dor, da intensidade, qualidade, duração e localização da dor, e as suas repercussões sociais e psicossociais, devem ser sistematicamente analisadas para avaliar a sua magnitude, a evolução dos doentes e comparar os resultados dos diferentes tratamentos (Teixeira, 2007).

É inquestionável a importância da dor, embora experimentada por toda a gente num certo grau, surge como uma percepção pessoal em resposta a um estímulo provocatório, podendo também surgir na ausência de estímulos. Esta percepção é individual, e depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo (Portugal, MS,DGS, 2001).

Clinicamente, são bem conhecidas, as dificuldades de se reconhecer e compreender a dor de alguém, pelo carácter subjetivo que as definições de dor acarretam. Mesmo McCaffery cit in Phipps et al. (2003, p.363), que define a dor como “qualquer coisa, que a pessoa que a sente, diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”, hoje em dia, pode levar os profissionais de saúde a um problema, pois nem todos os indivíduos admitem ter dor, acentuando assim o seu carácter subjetivo e individual.

Os profissionais de saúde privilegiados pela proximidade e tempo de contacto com o doente, com particular destaque para os médicos e enfermeiros, e reconhecendo que a multidimensionalidade da dor obriga a uma abordagem terapêutica multidimensional e interdisciplinar, deveriam apresentar uma formação adequada, como tem sido protelado por diversas entidades, nomeadamente a IASP e a *European Federation of IASP Chapters* (EFIC). No entanto, isso ainda não se verifica, sendo neste âmbito que se inserem as estruturas hospitalares dedicadas à Medicina da Dor (Portugal, MS,DGS , 2008).

Contudo, sabe-se que a enfermagem tem como uns dos objetivos primordiais o alívio e o conforto dos indivíduos, que requerem perícia e na arte da ciência da enfermagem (Phipps et al., 2003). 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 (OE, 2008).

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 (Phipps et al., 2003).

A avaliação é fundamental para o controlo da dor, dada a importância da problemática, a DGS publicou a Circular Normativa Nº 9/DGCG em Junho de 2003 que estabeleceu a Dor como 5º sinal vital. Considerando como norma de boa prática, dos serviços prestadores de saúde, o registo sistemático da dor, a utilização para mensuração da sua intensidade a “Escala Visual Analógica”, a “Escala Numérica”, a “Escala Qualitativa” e “Escala de Faces”, validades internacionalmente, e a inclusão na folha de registos de sinais vitais, um espaço de registo de intensidade da dor (Portugal, MS,DGS , 2003).

A DGS, recomenda regras comuns de aplicação nas diferentes escalas de avaliação da dor:

- Utilizar qualquer escala proposta, para a avaliação da dor;
- Acreditar que a intensidade da dor é sempre a referida pelo doente;
- O registo da intensidade da dor refere-se ao momento da colheita;
- Aplicar a doentes conscientes e colaborantes, com idades superiores a 3 anos. Existindo outros métodos de avaliação específicos para doentes 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;
- Assegurar que o doente compreende o significado e utilização da escala utilizada (Portugal, MS,DGS , 2003).

A OE em 2008, considera que a avaliação da dor passou a ter expressão formal e regular, e recomenda que o enfermeiro deve:

1. Acreditar sempre na pessoa que sente dor;

2. Privilegiar o auto-relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
3. Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos; a) Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros: a) Exame físico; b) Descrição das características da dor: Localização/ Qualidade/ Intensidade/ Duração/ Frequência; c) Formas de comunicar a dor/expressões de dor; d) Fatores de alívio e de agravamento; e) Estratégias de coping; f) Implicações da dor nas atividades de vida; g) Conhecimento / entendimento acerca da doença; h) Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor; i) Sintomas associados; j) Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.
4. Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;
5. Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto-avaliação, considerando a ordem de prioridade: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); Escala de Faces (EF); Escala Qualitativa (EQ).
6. Assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa /cuidador principal / família, após ensino;
7. Avaliar a dor nas crianças pré-verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e / ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de hetero-avaliação;
8. Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
9. Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação (OE, 2008).

Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.(OE, 2008 p.14-17)

1.2.1 Escalas de avaliação da dor

As escalas de avaliação de dor validadas internacionalmente são as descritas pela DGS em 2003: EVA, EN, EQ e EF. Apesar de não existir uma uniformização na sua utilização, a aplicação destas escalas da dor consiste numa forma de humanizar o

atendimento ao doente (Portugal, MS,DGS , 2003).

Na escala EVA 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”. O doente têm 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 (Portugal, MS,DGS , 2003).

A EN, 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 pelo doente na régua (Portugal, MS,DGS , 2003).

Na EQ, o profissional de saúde tem que explicar ao 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 vais ser registado na folha de registo (Portugal, MS,DGS , 2003).

A EF 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 (Portugal, MS,DGS , 2003).

1.3 Tratamento da Dor

O alívio da dor revela-se um problema de controlo para muitos doentes, profissionais de saúde ou mesmo familiares. Este controlo deve incluir as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento (OE, 2008).

Mesmo existindo grandes evidências do impacto da dor nos doentes, esta continua a ser subidentificada e subtratada. No entanto, todos os profissionais de saúde têm o dever de adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado. Humanizando os cuidados de saúde, contribuindo para o seu bem – estar, redução da morbilidade e dar particular atenção a todos os procedimentos de diagnóstico ou de terapêutica que provocam dor (Portugal, MS,DGS , 2008).

O alívio da dor e do desconforto deve ser uma preocupação do enfermeiro, de modo independente e colaborativo. Este deve apresentar competências para elaborar um plano de intervenção dirigido à pessoa para o controlo da dor, envolver a pessoa / cuidador principal / família no plano terapêutico, avaliar os resultados e reajustar as intervenções do plano terapêutico (combinando intervenções farmacológicas com não farmacológicas), verificando periodicamente a sua eficácia (OE, 2008).

Um estudo citado em Rigotti e Ferreira (2005, p.51), que estuda a atitude e o conhecimento 120 enfermeiros, verifica que 62% desses profissionais não possuíam

conhecimentos suficientes sobre a dor e analgesia.

Noutro estudo, nos Estados Unidos a 1236 enfermeiros com cerca de 10 anos de experiência em cuidados de enfermagem geral, constataram que 38% reportam uma hora de formação e 34% recebeu cinco horas de formação em dor, indicando uma baixa formação no tratamento da dor (Glajchen & Bookbinder 2001, p.311).

É neste sentido, que a OE, recomenda a formação e atualização de conhecimentos sobre a dor, havendo uma responsabilidade partilhada pelas instituições de ensino, pelas instituições de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente (OE, 2008).

É neste sentido, que o tratamento diferenciado da dor deve ser realizado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, desde os cuidados de saúde primários até aos Centros de diferenciação e especialização (Portugal, MS,DGS , 2013).

Os alvos das equipas multidisciplinares de tratamento dos doentes com dor, devem ser: alívio da dor, melhoria da funcionalidade dos diferentes sistemas e aparelhos, correção dos desajustamentos familiares e sociais, e correção das atitudes, psiquismo, estilo de vida, e ambiente físico e social dos doentes que contribuem para o sofrimento (Teixeira, 2007).

Existem vários procedimentos que podem contribuir para a redução da dor e sofrimento. A eliminação ou minimização do desconforto acelera o processo de recuperação, previne os efeitos adversos da dor e melhora a relação custo – benefício das intervenções não farmacológicas. A implementação de esquemas terapêuticos analgésicos adequados, melhoram o resultado final do tratamento (Teixeira, 2007).

1.3.1 Técnicas farmacológicas

No tratamento da dor, existem vários fármacos, que necessitam ser adaptados às necessidades de cada indivíduo. Os medicamentos devem ser preferencialmente de baixo custo, de fácil aquisição e administração, e prescritos segundo escala crescente de potencia (Teixeira, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) selecionou um regime analgésico baseado na intensidade da dor, de prescrição e incrementação progressiva ao longo de uma escada analgésica de três degraus, envolvendo a utilização de fármacos analgésicos e adjuvantes (Portugal, MS,DGS , 2001).

Os dois grupos de analgésicos são os opióides e não opióides, estes últimos contemplam os anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e outros analgésicos antipiréticos. Os fármacos adjuvantes, pertencem a vários grupos farmacológicos que não sendo verdadeiros analgésicos, contribuem para o alívio da dor, potenciando os analgésicos e atuando em outros fatores que podem agravar o quadro algico (Portugal, MS,DGS , 2001).

Como referi anteriormente, a escada analgésica apresenta três degraus. No primeiro

degrau estão os analgésicos não opióides, como os AINES, os salicilatos o paracetamol, e os analgésicos adjuvantes. A intensidade da dor é considerada ligeira. Os analgésicos apresentam uma ação analgésica, antipirética e anti-inflamatória. No segundo degrau, estão os opióides fracos, tramadol e codeína, e os analgésicos adjuvantes. A intensidade da dor aumenta em relação ao primeiro degrau. No terceiro degrau, temos os opióides fortes, morfina, buprenorfina, oxicodona, fentanil e metadona, e os analgésicos adjuvantes. A intensidade da dor aumentou, é considerada moderada ou intensa. A administração deve ser preferencialmente oral, havendo vias alternativas, que se devem usar sempre que houver incapacidade de utilização da via oral ou má tolerância, como a via subcutânea, intravenosa, transdérmica, transmucosa oral, retal e intraespinhosa (Lameiras, 2009).

Os analgésicos adjuvantes contribuem para a diminuição da dor, sendo exemplo, os antidepressivos, os ansiolíticos, os anticonvulsivantes, os corticosteróides, os relaxantes musculares e os anti – histamínicos (Portugal, MS,DGS , 2001).

Com objetivo de provocar interrupção da transmissão nervosa, são utilizados métodos farmacológicos invasivos envolvendo a utilização de anestésicos locais e agentes neurolíticos (Portugal, MS,DGS , 2001).

As doses standard são uma orientação útil na prescrição e administração de analgésicos, no entanto necessitam de um avaliação quanto à adaptação de cada doente (Phipps et al., 2003).

Os enfermeiros, não prescrevem analgésicos, mas a verdades quando lhes são dadas opções sobre fármacos, fazem seleção em termos de administração, quanto a tipo, dosagem e frequência, avaliam a eficácia da medicação, incluindo os efeitos secundários e sugerem a mudança quando necessário (Phipps et al., 2003).

Os enfermeiros devem estar preparados teórica e psicologicamente para acreditar, avaliar, e tratar com respeito e conhecimento sob visão holística dos cuidados (Teixeira, 2007).

1.3.2 Técnicas não farmacológicas

As intervenções não farmacológicas são todos os métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolva a administração de fármacos (OE, 2008).

A associação dos fármacos analgésicos com abordagens não farmacológicas demonstra-se um tratamento eficaz da dor. Este tipo de abordagem pode alterar a transmissão da dor, modifica a resposta à dor, e modifica o estímulo da dor (Phipps et al., 2003).

As técnicas não farmacológicas apresentam uma vasta variedade, podemos

subdividi-las em intervenções físicas e intervenções cognitivo - comportamentais (Portugal, MS,DGS , 2001).

As intervenções físicas, representadas pelo calor, frio, eletricidade e ondas eletromagnéticas promovem o alívio sintomático da dor, relaxamento muscular e previnem as deformidades. Este efeito analgésico deve-se à ativação do sistema supressor da dor, ao relaxamento muscular, e à melhoria da circulação regional e dos tecidos (Teixeira, 2007).

A Termoterapia é uma intervenção física onde há poucos que sustentam os seus benefícios no alívio da dor, pode-se apenas especular sobre os mecanismos de alívio da dor, tanto pela Termoterapia de Adição (calor) quanto para a de Subtração (frio) (Teixeira, 2007).

A Termoterapia de Adição consiste em emprego de calor superficial por condução (uso de sacos térmicos, banhos de parafina, compressas quentes, hidroterapia) ou convecção (infravermelhos, forno de Bier) e de calor profundo por conversão (ondas curtas, microondas, ultra – som). Produzindo efeitos de vasodilatação, melhoria do metabolismo e da circulação local, aumento da fagocitose e da elasticidade dos tecidos moles, relaxamento muscular, analgesia e redução da rigidez articular. Está contra – indicada em situações de traumáticas ou hemorrágicas, radioterapia local, queimaduras, alteração do padrão de sensibilidade, isquemias ou estases venosas, entre outras (Teixeira, 2007).

A Termoterapia por Subtração ou Crioterapia, consiste na utilização de frio para o tratamento da dor, originadas por afeções músculo-esqueléticas traumáticas e / ou inflamatórias, para diminuição do edema e indução do relaxamento muscular quando o calor não é eficaz. A crioterapia causa vasoconstrição, miorelaxamento e analgesia, havendo redução da velocidade de condução nervosa e da transmissão nociceptiva. Apesar de ser uma técnica mais eficaz do que a aplicação de calor, devido à sua pouca familiarização é raramente utilizada pelos profissionais de saúde (Teixeira, 2007).

A Estimulação Elétrica tem como objetivo modificar o estímulo da dor, bloqueando os estímulos dolorosos ou substituindo-os por estimulação consciencializada como menos dolorosa (Phipps et al., 2003).

A Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) é um método não invasivo que utiliza corrente elétrica de baixa voltagem aplicada na pele com finalidade de analgesia, libertando substâncias endógenas de alívio da dor. Os elétrodos devem ser colocados diretamente na área dolorosa, em pontos desencadeantes ao longo das vias nervosas, ou em pontos desencadeantes no mesmo dermatoma da pele (Phipps et al., 2003).

Os Exercícios podem ser divididos em mobilizações ativas e mobilizações passivas. As mobilizações ativas são métodos terapêuticos progressivos evitar ou aliviar a dor existente ou prevenir o seu aparecimento. Esta técnica limita os fenómenos inflamatórios locais, mantém a flexibilidade muscular, reduz a perda da força e da massa muscular, favorece a circulação de retorno e está indicada nas limitações de origem muscular ou

tendinosa. As mobilizações passivas é uma técnica menos tolerada, permite manter e recuperar amplitudes, e está indicada em situações de origem articular (Pinheiro, 1998 como citado em Sousa, 2009).

A Massagem é um método que através da manipulação da superfícies do corpo, proporciona relaxamento muscular, alívio da dor, do edema e da estase linfática. Pode ser utilizada pelo próprio doente ou aplicada pelo cuidador, proporcionando momentos de troca benéficos entre o terapeuta e o doente (Teixeira, 2007).

A Acupunctura Clássica é uma técnica de aplicação de agulhas acionais por movimentos manuais de inserção e rotação para o tratamento da dor. Atua na estimulação de estruturas nervosas discriminativas dérmicas, subdérmicas e musculares que ativam o sistema supressor da dor na medula espinal e no encéfalo, originando analgesia e relaxamento. Está contra indicada em situações de infeções cutâneas (Teixeira, 2007).

As intervenções comportamentais consistem na modificação comportamental através da alteração programada do modo de agir da pessoa, tendo uma atitude de recompensa no comportamento pretendido e ignorando o comportamento indesejado. Neste tipo de tratamento só se terá êxito se for uma abordagem conseqüente por parte da equipa dos cuidados de saúde, no sentido de alterar o comportamento associado à dor, ou para encorajar atividades do doente (Phipps et al., 2003).

A DGS em 2001, recomenda algumas técnicas comportamentais, tais como, o relaxamento, a programação de atividades e o registo da dor e de atividade.

O Relaxamento utiliza-se pelos seus efeitos diretos na tensão existente na musculatura, pois decresce com a diminuição da atividade muscular. Por outro lado, vai permitir aos doentes distrair o pensamento, visto estarem hipervigilantes ao seu estado (Portugal, MS,DGS , 2001).

A Programação de Atividades vai permitir ao doente quebrar a inatividade, conseqüente fixação nas sensações físicas e de exacerbação da dor. Promovendo o sentimento de que “é capaz” e de controlo da sua vida (Portugal, MS,DGS , 2001).

No Registo da dor e de atividades, o doente deve ser incentivado a registar as tarefas realizadas, os pensamentos e sentimentos associados e a intensidade da dor, para posterior análise e proporcionar apoio psicológico (Portugal, MS,DGS , 2001).

As Intervenções Cognitivas visam a diminuição da intensidade da dor, ou o aumento da tolerância a esta as técnicas de auto - controlo de carácter cognitivo podem ser: Técnicas de distração, ou atenção dirigida, onde o doente focaliza a sua atenção para algo que não a sua dor (ouvir música, ver televisão, ler); Estratégias de confronto, destinadas a alterar as circunstâncias negativas relacionadas com a dor, e assim utiliza-se a auto – instrução (através de auto – afirmações positivas durante uma situação em que apresenta pensamentos negativos), testagem da realidade (procura de evidências empíricas para os

seus pensamentos) e a pesquisa de alternativas (procura de todas as alternativas possíveis, não só as negativas); Restruturação cognitiva, através do debate lógico e empírico, com treino e repetição de formas alternativas de discurso interno, para substituir cogações irracionais, ou distorcidas (Portugal, MS,DGS , 2001).

2. Formação de Atitudes

As atitudes refletem as nossas preferências e rejeições, através de avaliações, e reações favoráveis ou desfavoráveis em relação a objetos, pessoas, situações ou outros aspectos, inclusive ideias abstratas e políticas sociais. É comum expressarmos as nossas atitudes através de opiniões, mesmo que expressem sentimentos, estão ligadas às convicções sobre os objetos de nossa atitude, mas também podem estar ligadas a ações que realizamos em relação ao objeto de nossa atitude (Hoeksema et al., 2012).

As atitudes são de grande importância, primeiro, porque nas sociedades democráticas, as pessoas falam muito sobre as atitudes, e também questionam muito sobre os outros. Em segundo, na psicologia social, as atitudes das pessoas são indicativas do seu comportamento, visto que o comportamento humano é intencional, reflete preferências individuais e para prever o comportamento podemos simplesmente examinar as atitudes (uma consequência dessa lógica é que para mudar o comportamento das pessoas devemos começar por mudar as atitudes) (Hoeksema et al., 2012).

Pode-se alterar atitudes das pessoas induzindo-as sem que percebam, por exemplo, dizer que uma tarefa aborrecida foi divertida. Outro método, é através dos grupos de referência, aqui aplica-se métodos mais simples como a comunicação persuasiva, os discursos políticos, anúncios publicitários, sermões e outro tipo de mensagens formais e informais (Hoeksema et al., 2012).

Uma das principais razões para estudar as atitudes é pela expectativa que elas permitam prever o comportamento futuro das pessoas. No entanto, é certo que o comportamento das pessoas é determinado por muitos outros fatores além das atitudes (por exemplo, a pressão dos colegas). No geral descobriu-se que as atitudes podem prever corretamente o comportamento quando: elas são fortes e consistentes; estão especialmente relacionadas ao comportamento que queremos prever; são baseadas nas experiências diretas das pessoas; os indivíduos têm consciência das suas atitudes (Hoeksema et al., 2012).

2.1 Atitude dos Enfermeiros Face à Dor

A literatura revela que uma grande parte dos enfermeiros demonstram lacunas de conhecimento técnico-científico, atitudes e crenças inadequadas, bem como falhas nos registos em relação à dor e à analgesia. A formação e/ou o treino inadequados dos

profissionais de saúde, bem como os preconceitos e/ou os mitos aliados à falta de conhecimento e competências dificulta o tratamento da dor (Lobo & Martins, 2013).

Um estudo realizado a 170 estudantes de enfermagem do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Chaves, Portugal, sobre conhecimento e as atitudes dos estudantes de enfermagem em relação à dor revelou que os estudantes apresentavam uma evolução de 11%, sendo que atinge os 40% no final dos quatro anos. E que os estudantes que apresentam um melhor nível de conhecimento e atitudes em relação à dor têm cerca de 0,8 vezes mais probabilidade de refletir e analisar que as suas crenças e conhecimentos sobre a dor podem afetar a qualidade de cuidados da dor (Lobo & Martins, 2013).

Em Lisboa, um estudo, sobre as atitudes dos enfermeiros face à dor crónica em doentes oncológicos, revelou que os enfermeiros apresentam uma componente cognitiva e afetiva menos favorável e uma componente comportamental mais favorável face ao alívio da dor crónica em doentes oncológicos (Lameiras, 2009).

Outro estudo, realizado nos Estados Unidos a 1236 enfermeiros, sobre o conhecimento e o nível da formação dos enfermeiros relacionada com a competência subjetiva de tratamento da dor, demonstrou-se que 56% apresentavam mais conhecimento na avaliação do que no tratamento da dor. E que a nível de formação, 38% reportam uma hora de formação e 34% recebeu cinco horas de formação em dor, indicando uma baixa formação no tratamento da dor (Glajchen & Bookbinder, 2001).

Na prática clínica, muitos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros apresentam falsas crenças acerca da dor. Estas falsas crenças são caracterizadas como conceitos incorretos, aceites como verdadeiros e frequentemente usados para definir práticas relativas à experiência da dor, do controlo da dor, ou da dor e da idade (Phipps et al., 2003).

As falsas crenças em relação à experiência de dor definem-se como: quando hospitalizados, os doentes devem antever com dor; A intensidade da dor é determinada por situações patológicas óbvias, resultados de testes ou exames e tipo de cirurgia; os doentes com dores apresentam sempre sinais visíveis; a dor crónica não é encarada com um problema tão sério como a dor aguda; os profissionais são os peritos da dor do doente; os doentes com dor falam dela e utilizam a expressão “dor” (Phipps et al., 2003).

Em relação ao controlo da dor, as crenças apresentadas são: só é preciso uma estratégia ou um tratamento da dor; os opióides causam um grande problema de dependência; o enfermeiro é a pessoa ideal para a administração de opióides; só se administra analgesia aos doentes que demonstrarem dores; os doentes que respondem a placebos, não têm dores reais; os opióides injetáveis são os mais eficazes; os opióides causam como efeito secundário comum e grave a depressão respiratória (Phipps et al., 2003).

As crenças acerca da dor e da idade estão muito relacionadas com crianças e idosos: as crianças não sentem dores; as crianças não conseguem descrever a dor de modo rigoroso; Não se deve dar opióides às crianças; a melhor forma de administração de opióides é intramuscular; as crianças esquecem as experiências dolorosas; as crianças quando estão a dormir e a brincar não sentem dores; os pais não devem estar junto das crianças durante procedimentos dolorosos; a dor faz parte do envelhecimento; os opióides são demasiado potentes para os idosos; a dor não pode ser avaliada em doentes idosos com diminuição das capacidades cognitivas (Phipps et al., 2003).

A mudança de comportamentos e atitudes da sociedade e principalmente dos profissionais de saúde é fundamental para controlar o alívio da dor (Lameiras, 2009).

II Parte – Estudio Empírico

3. Metodologia

A metodologia é caracterizada como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição (Imperatori, 1999). Esta deve procurar a solução adequada para a análise do problema em questão e não de um problema qualquer, o que implica o ajuste aos conteúdos e aos objetivos propostos (Dias, 2010).

É nesta fase do estudo que se define o tipo de investigação, as variáveis e a sua operacionalização, o processo de seleção da amostra, o instrumento de colheita de dados, o processo de colheita de dados e quais os preceitos éticos considerados e menciona-se e justifica-se as técnicas e medidas estatísticas a utilizar (Fortin, 2009).

Neste capítulo pretendemos descrever a metodologia utilizada ao longo da investigação empírica.

3.1 Métodos

Um problema em termos científicos mostrar-se relevante, quando conduz à aquisição de novos conhecimentos.

O tema em estudo deve ser de um domínio de conhecimento, habitualmente relacionado com a profissão e que suscite interesse ao investigador, levando-o a fazer uma investigação, com o intuito de aumentar o seu conhecimento (Fortin, 2009).

A OE (2008), enfatiza a importância do alívio da dor como elemento vital na ajuda ao bem estar e a qualidade de vida das pessoas. O controlo da dor considerado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, a mudança de comportamentos e atitudes da sociedade e principalmente dos profissionais de saúde é fundamental para o alívio da dor (Lameiras, 2009).

Para Rodrigues cit in Kraus (2007, p. 49) a excelência dos cuidados prestados pelos enfermeiros resulta da excelência das aprendizagens em que se envolvem e produzem enquanto estudantes.

Desta forma, consideramos pertinente definir como questão de partida: “Qual a atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar da pessoa com dor?”.

É neste contexto, que esta investigação pretende dar resposta à questão formulada, de forma a conhecer o quadro de valores e atitudes dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor, e por isso surgem as seguintes questões de investigação:

- Quais as variáveis sociodemográficas que interferem na atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor?
- Será que existe relação entre a influencia de variáveis contextuais à dor (avaliação a dor, registo da dor, medidas de alívio e nº de doentes) e a atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor?

O desenho de investigação abaixo descrito pretende esquematizar e descrever melhor a relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica, com vista a obter respostas às questões de investigação levantadas.

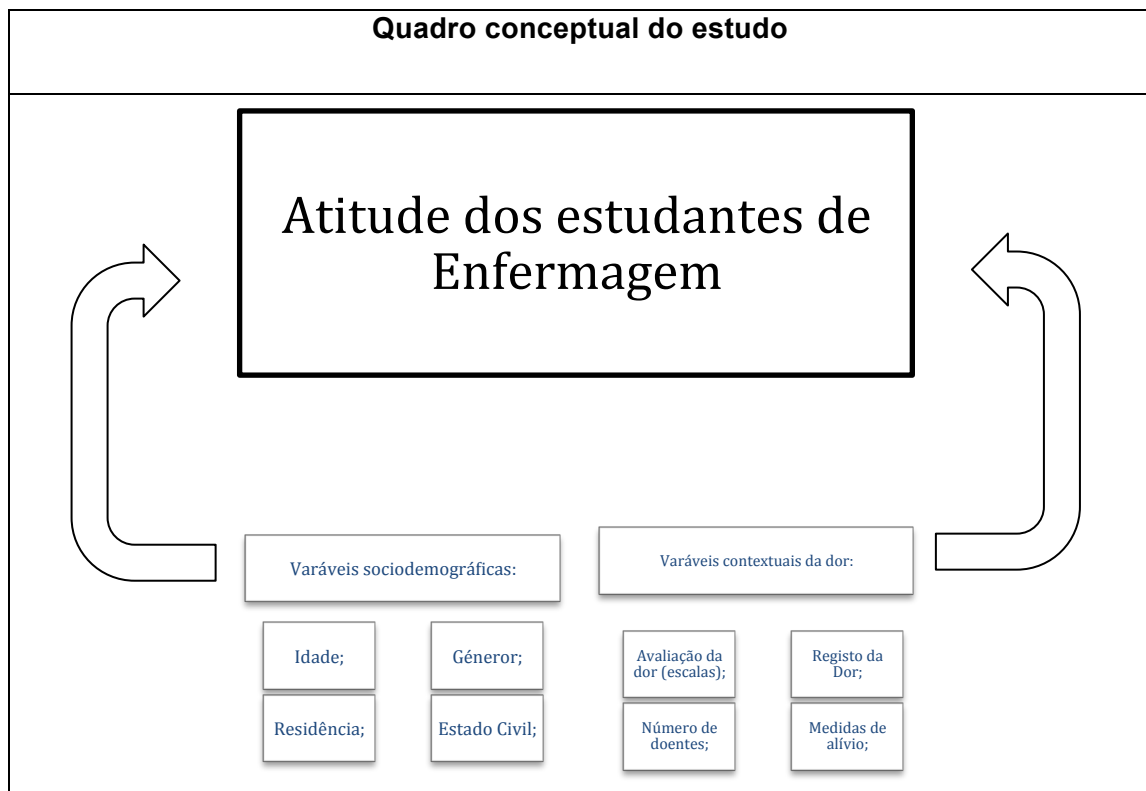


Figura 1 – Quadro conceptual do estudo

O estudo em causa é transversal quanto ao tempo, do tipo descritivo, segundo uma lógica analítica-correlacional (que tem como objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las, permitindo o estudo da relação entre pelo menos duas variáveis, sem haver influência direta do investigador), baseada numa estratégia de investigação de natureza quantitativa, cujo fim é apresentar os dados obtidos numericamente e analisá-los estatisticamente.

3.2 Operacionalização das Variáveis

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 2009, p.171). Estas podem ser classificadas de diferentes modos. A variável independente também designada por explicativa é aquela que é manipulada para se ver o efeito na variável dependente. A variável dependente ou explicada é o resultado obtido que é devido à variável independente.

As variáveis dependente e independente estão ligadas no sentido, que uma afecta a outra.

Assim sendo as variáveis independentes são:

- Variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, local de residência);
- Número de doentes por estudante de enfermagem;
- Ano/semestre de escolaridade;
- Avaliação da dor;
- Registo da dor;
- Medidas de alívio da dor (farmacológicas e não farmacológicas).

Como variável dependente considero:

- Atitude dos estudantes;

As variáveis são conceitos que integram o domínio das questões de investigação e para podermos medir uma variável, é necessário o seu isolamento, para que se proceda à sua operacionalização (Dias, 2010). Diz-se assim, que uma variável se torna operacional quando passa de conceito a fenómeno mensurável, após se terem feitos observações empíricas (Fortin, 2009).

3.2.1 Operacionalização da variável dependente

Atitude tem origem no latim, divide-se em dois termos, *actus* que significa ato, ação, e *aptitudo* que significa aptidão. Diferenciando assim atitude motora e atitude mental (Lameiras, 2009).

Com o conceito atitude temos uma visão mais ampla de como os sentimentos e opiniões influenciam a cognição e os comportamentos sociais, pretendendo medir a forma de agir e de pensar dos indivíduos (Hoeksema, Fredrickson, Loftus & Wagenaar, 2012).

Os psicólogos sociais consideram que as atitudes são formadas por três componentes de respostas dos indivíduos, uma componente cognitiva, uma componente afetiva e uma componente comportamental - modelo tripartido da estrutura das atitudes

(Hoeksema et al., 2012).

A componente cognitiva refere-se às cognições, convicções e percepções que atribuímos ao objeto, incluindo um conjunto de ideias juízos, estereótipos e crenças sobre o objeto (aquilo que acreditamos) (Hoeksema et al., 2012).

A componente afetiva, relaciona-se com o sentimento negativo ou positivo relativamente ao objeto para qual se adopta uma atitude, estando ligado ao sistemas de valores apresentando uma dimensão emocional (Hoeksema et al., 2012).

Na componente comportamental, o individuo apresenta um conjunto de reações perante o objeto. É uma combinação da cognição e afeto, traduzindo as intenções ou decisões relativamente à ação. Contudo esta componente pode não traduzir uma linha de congruência entre a cognição e a ação, ou seja, pode-se ter uma atitude negativa em relação a uma pessoa e contudo relacionar-se de forma cordial (Lameiras, 2009).

Para medir a **atitude dos estudantes** de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor, utilizei a Escala de Avaliação da “Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a pessoa com Dor” (Kraus, et al., 2007).

3.2.2 Operacionalização das variáveis independentes

A **idade** representa o número de anos que um individuo conta desde o seu nascimento até à época que se profere , conforme o Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2014). Para operacionalizar esta variável elaborei uma pergunta aberta.

O conceito **género**, conforme o Manual de Diagnósticos e Estatístico dos Transtornos Mentais (DMS-5) em 2013, utiliza-se ” para designar o papel social, menino ou menina, homem ou mulher e na maioria das pessoas relacionado ao sexo de nascimento”, sofrendo influências biopsicossociais e dissocia-se cada vez mais do aspeto biológico e de reprodução. Empiricamente pode ser classificado em masculino e feminino (Spizzirri et al.,2014, p.44). Para operacionalizar esta variável elaborei uma questão fechada e dicotómica com duas alternativas de resposta.

Estado civil, é entendido como “a condição que atesta a existência ou não contrato matrimonial” (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, 2001, p.1561). Na operacionalização desta variável elaborei uma pergunta mista, fechada com três alternativas de resposta e uma alternativa com pergunta aberta.

Residência, define-se como “ a morada permanente ou habitual em lugar certo” (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, 2001, p.3216). Para a sua mensuração formulei uma questão fechada com três alternativas de resposta.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2014), **escolaridade**, é definida como o tempo de permanência ou frequência na escola. Esta foi

operacionalizada através de duas perguntas, uma aberta (onde se pede a designação do ano letivo e do semestre que frequenta) e outra fechada dicotómica.

Para um adequado controlo da dor, a DGS emanou uma circular normativa em 2005 onde recomenda uma **avaliação** e **registo** da intensidade da dor. Esta avaliação deve ser feita de forma contínua e regular, desde o primeiro contato, pelo menos uma vez por turno, pelos profissionais de saúde (Portugal, MS,DGS , 2003). **Avaliar** é o "processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objectivos estabelecidos foram atingidos" (OE,2008, p.25). **Registar**, é "formular uma evidência ou informação que constitui o testemunho do que ocorreu ou foi dito" (OE,2008, p.26). Estas variáveis foram assim incluídas neste estudo, através de duas perguntas fechadas dicotómicas.

A DGS considera boa prática a mensuração da intensidade da dor na pessoa, através de **escalas** de avaliação da dor validadas internacionalmente de modo a otimizar toda a terapêutica. Utilização descrita na Circular Normativa nº9/DGS em 2003. Neste sentido, a sua operacionalização foi feita através de uma pergunta de múltipla escolha com uma opção aberta onde estão citadas as escalas EVA, EF, EQ e EN (Portugal, MS,DGS , 2003).

Intervenções não farmacológicas, é a prática de "aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos " e incluem intervenções cognitivo-comportamentais, físicas e de suporte emocional (OE,2008, p.26). **Intervenções farmacológicas**, é a "administração de fármacos para prevenção e / ou tratamento da dor" (OE,2008, p.26).

Número de doentes, número vem do latim "numerus" e significa a relação entre uma quantidade e uma outra tomada como termo de comparação e chamada unidade, é uma expressão de quantidade. Gramaticalmente significa uma flexão nominal ou verbal de um ou de mais (Dicionário da Língua Portuguesa On-Line, 2014). Esta variável será avaliada através de uma pergunta aberta.

3.3 Participantes

Para o estudo desenvolvido, utilizamos uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 255 estudantes de enfermagem, 58 do sexo masculino e 197 do sexo feminino, com uma média de idades de 22 anos. O período de recolha de dados situou-se entre Setembro e Dezembro de 2014.

Como critérios de seleção da amostra temos:

- Estudantes da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV);

- Estudantes de Enfermagem do segundo, terceiro e quarto ano de Licenciatura em Enfermagem da ESSV;
- Estudantes em ou após ensino clínico.

Os critérios de exclusão são:

- Estudantes de Enfermagem de pós graduações e mestrados da ESSV;
- Estudantes que não pertençam à ESSV.

A população acessível é definida pelos estudantes de enfermagem da ESSV. A ESSV é uma Instituição de Ensino Superior Público integrada no Instituto Politécnico de Viseu, e é herdeira da antiga Escola de Enfermagem de Viseu criada em 1971.

A ESSV apresenta como curso d 1º ciclo o Curso de Licenciatura em Enfermagem, este tem a duração de quatro anos letivos e é constituído por ensino teórico, teórico-prático e uma componente de ensino clínico, este último apresenta uma duração de 33,5% da carga horária total.

3.4 Instrumento

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo, é o Questionário, uma vez que este instrumento de medida traduz os objetivos do estudo com variáveis mensuráveis e permite colher informação junto dos participantes, relativo a factos, ideias, preferências, sentimentos, expectativas e outros, para além disso, podem ser preenchidos pelo próprio participante (Fortin. 2009).

Assim, o questionário é constituído por um enunciado e duas partes : um enunciado inicial, com apresentação do investigador e do contexto académico em que é realizado, apresentação do estudo a realizar, o pedido de colaboração e a garantia de confidencialidade dos dados; uma primeira parte que permite uma caracterização sociodemográfica (idade, género, estado civil, local de residência), a caracterização da formação académica (ano); e uma segunda parte onde se apresentam as variáveis contextuais da dor (avaliação e registo da dor, medidas de alívio da dor, avaliação do número de doentes por estudante em ensino clínico), e uma Escala de Avaliação da Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a pessoa com Dor (EACPD), de Teresa Madalena Kraus.

A escala foi criada pela autora, através de pesquisa de literatura científica sobre o tema e de dados obtidos de um questionário exploratório realizado aos alunos de Enfermagem em Portugal, originando uma escala de 62 itens tipo Likert, com uma variação de respostas entre um e cinco. Do estudo psicométrico dessa escala original resultou uma escala de 23 itens, estes organizam-se em quatro fatores: Fator 1 – “Cuidar Centrado na

Pessoa”, constituído por 11 itens; Fator 2 – “Pré – disposição Displícite-Redutor”, contém 7 itens; Fator 3 – “Pré-disposições Terapêutico-Curativas”, com 2 itens; Fator 4 – “Apoio Socioemocional”.

A escala utilizada no nosso estudo com autorização e legado da autora, é a escala original das EACPD, de 62 itens tipo Likert em que cada item permite uma variação de respostas entre um e cinco, sendo um a máxima discordância e cinco a máxima concordância. As proposições designadas pelos números 2, 3, 7, 9, 12, 14, 15, 19, 21, 25, 26, 29, 31, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 47, 50, 52, 55, 57 e 60 forem definidas em sentido inverso, nas quais a pontuação mais alta corresponde à máxima discordância e a mais baixa à máxima concordância.

Dada alguma inobservância relativa à validação da escala, concretamente a existência de um fator com dois itens (Marôco 2014) realizamos o estudo de consistência interna e análise factorial exploratória (FE) e confirmatória (AFC).

Após a inversão dos fatores, inicia-se a verificação da consistência interna, com a avaliação de algumas das suas propriedades métricas principalmente os estudos de validade e de fiabilidade ou fidelidade. Este processo traduz a proporção da variabilidade das respostas, resultante das diferenças dos inquiridos (Pestana & Gageiro, 2014).

A validade é a propriedade do instrumento de medida que avalia se esta mede a operacionalização do constructo latente, de modo a aceitarmos os fatos como inquestionáveis, enquanto a fiabilidade refere-se à consistência interna ou homogeneidade e reprodutibilidade da medida, assegurando que os dados foram obtidos independentemente do contexto (Marôco, 2014). Para Anderson e Arsenault (1999) citado pela mesma autora, a validade é o complemento da fiabilidade ao indicar até que ponto o que medimos com o nosso instrumento reflete a realidade que queremos conhecer, ou por outras palavras dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida na recolha.

A estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens são as formas mais conhecidas de expressar a fiabilidade (fidelidade) de um instrumento. Contudo, a consistência interna ou homogeneidade dos itens, é a única medida possível de obter quando se possui um único teste que é administrado uma única vez. Esta, refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento. Para a sua obtenção, o coeficiente a calcular deverá ter sempre presente a média das correlações entre todos os itens ou partes e o número de itens ou partes (Marôco, 2014).

Reportando ao nosso estudo, a consistência interna dos itens foi realizada de acordo com os seguintes critérios: determinação do poder discriminativo que é obtido através do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global,

procurando determinar o grau com que o item diferencia no mesmo sentido do teste global, dado que um item é tanto mais discriminativo quanto maior discrepância proporcionar entre dois grupos (valores mais altos e mais baixos da escala); determinação do coeficiente alfa de Cronbach, tanto para os itens como para a globalidade da escala, à medida que foram excluídos os vários itens; determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half), este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo (inter-item correlation) e entre os dois grupos (correlation between forms), isto é procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade.

A fiabilidade de um grupo de itens pode ser medida pelo *alpha* Cronbach, que corresponderá à correlação que se espera entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. Teoricamente os valores de fiabilidade podem tomar qualquer valor situado entre 0 e 1. (Pestana & Gageiro, 2014). Embora não haja regras muito rígidas, o ideal será que o coeficiente seja o mais elevado possível, uma boa consistência interna deve exceder um *alpha* de 0,8, porém, são aceitáveis valores acima de 0,6, embora Marôco (2014), refira que valores de *alpha* superiores a 0,5 sejam considerados aceitáveis em ciências sociais. Já Pestana & Gageiro (2014) aponta como valores de referência: > 0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 razoável; 0,6 – 0,7 Fraca; < 0,6 inadmissível.

A análise das componentes principais (ACP) e a AF são técnicas que permitem a redução em fatores, um conjunto de variáveis correlacionadas entre si. Enquanto que a ACP é uma técnica exploratória, a AF classifica-se em dois tipos, a análise FE e a AFC, esta última permite ainda avaliar a qualidade do modelo recorrendo ao Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), teste de esfericidade de Bartlett, GFI (*Goodness-of-Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness-of-Fit Index*) e MRSR (Standardized root mean square) (Pestana & Gageiro, 2014).

O método de extração de KMO é um procedimento estatístico que permite aferir a qualidade das correlações entre as variáveis e varia entre zero e um. O KMO perto de 1 indica coeficiente de correlação parciais pequenos, enquanto valores próximos de zero indica que a análise factorial pode ser inaceitável, visto a correlação entre as variáveis ser fraca. Esta medida estatística varia entre 0 e 1, sendo que a consistência interna é considerada muito boa se alfa superior a 0.9, boa para alfa entre 0.8 e 0.9, média se alfa entre 0.7 e 0.8, razoável para alfa entre 0.6 e 0.7, má se alfa entre 0.5 e 0.6 e inaceitável para valores de alfa inferiores a 0.5 (Pestana & Gageiro, 2014).

O teste de esfericidade de Bartlett analisa a hipótese da matriz das correlações ser uma matriz idêntica (com o determinante igual a 1) contra a hipótese alternativa de ser diferente da matriz idêntica (com o determinante diferente de 1). A matriz simétrica de

correlações mede a associação linear entre as variáveis através do coeficiente de correlação linear R de Pearson, que quanto mais perto de 1 ou -1 se situar, maior é a associação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

Neste estudo, realizamos para análise da escala procedimentos de AFC, visto ser o método que se utiliza quando há informação prévia sobre a estrutura fatorial a confirmar. Na AFC avaliou-se a qualidade global do ajustamento, a fiabilidade e a validade do instrumento de medida.(Marôco, 2014). Consideramos também a matriz de covariâncias e adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros. Tivemos em consideração na análise do modelo fatorial (Pestana & Gageiro, 2014) os seguintes indicadores de bondade de ajustamento global:

- *Qui-quadrado* (χ^2) de ajustamento, que comprova a probabilidade do modelo se ajustar aos dados. Um valor do χ^2 estatisticamente significativo indica discrepâncias entre os dados e o modelo teórico que está a ser testado. É influenciado pelo tamanho da amostra e assume a multinormalidade do conjunto de variáveis. Quanto maior o *qui quadrado* pior o ajustamento.
- Razão entre *qui quadrado* e graus de liberdade (χ^2/gf), avalia a qualidade do modelo *per si*. Considera-se ajustamento muito bom se (χ^2/gf) for inferior ou igual a 1, bom entre]1; 2], sofrível entre]2; 5] e mau para valores superiores a 5.
- Índice de Qualidade do Ajuste (GFI) e Índice de Qualidade do Ajuste Ajustado (AGFI/ χ^2) que é ponderado em função dos graus de liberdade do modelo, em relação ao número de variáveis consideradas. São recomendados valores do GFI e AGFI superiores ou próximos a 0.95 e 0.90, respetivamente, tanto melhor quanto mais próximo de 1. Estas estatísticas não são influenciadas pelo tamanho da amostra dos participantes.
- CFI (*Comparative Fit Index*) é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo, com valores mais próximos de 1 indicadores de melhor ajuste e inferiores a 0.8 considerados mau ajuste, sendo 0,90 a referência para aceitar o modelo.
- Raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*). Em relação aos valores da RMSEA, valores inferiores ou iguais a 0.05 considera-se muito bom ajuste, valores entre]0.05; 0.08[bom ajuste, ajuste sofrível entre]0.08;0.10[e mau ajuste os valores superiores a 0.10, com $p - value \geq 0.05$.
- Root mean square residual (RMR), quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR=0 a indicar um ajustamento perfeito.
- Standardized root mean square residual (SRMR), é uma medida absoluta de ajuste e é definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a

0,08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste.

Para Anasti e Urbina (1997), citados por Marôco, a validade de um instrumento é constituída por três componentes: a validade factorial, que explica a qualidade do ajustamento local do modelo, que é avaliada pelos pesos factoriais (λ) estandardizados de todos os itens com valores de referência ≥ 0.4 e com valores de fiabilidade individual (r^2) do item ≥ 0.25 ; a validade convergente, demonstra-se quando o constructo em estudo se correlaciona positiva e significativamente com outros constructos teoricamente paralelos, que ocorre quando os itens que são reflexo de um fator saturam fortemente nesse fator, isto é, o comportamento desses itens é explicado essencialmente por esse fator, e que segundo Fornell e Larcker (1981) pode ser avaliada por intermédio da variância extraída média (VEM), considerada adequada com valores ≥ 0.5 (Marôco, 2014).

Uma medida de fiabilidade facilmente calculável a partir dos resultados da AFC é a fiabilidade compósita que estima a consistência interna dos itens em relação ao fator, indicando o grau em que estes itens são consistentemente manifestações do fator. De forma geral, considera-se que uma $FC \geq 0,70$ é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado, embora para investigações exploratórias possam ser aceitáveis valores inferiores (Marôco, 2014).

A variância extraída média (VEM) permite-nos avaliar a validade convergente que ocorre quando os itens que são reflexo de um fator saturam fortemente nesse fator, isto é, o comportamento desses itens é explicado essencialmente por esse fator (Maroco 2014). Como valores de referência é usual considerar valores de $VEM \geq 0.50$, como indicadores de validade convergente adequada.

Para procurar uma melhor interpretação dos fatores, é comum fazer uma rotação, de modo a obtermos uma melhor associação das variáveis. Uma escolha conveniente e muito utilizada é o chamado método Varimax, este método de rotação ortogonal foi proposto por Kaiser (1958), este definiu a simplicidade de um fator como a variância do quadrado de cargas exigidas da matriz fatorial, ou seja, este método concentra-se na simplicidade das colunas da matriz fatorial. A simplicidade máxima é conseguida se existirem apenas 1 e 0 nas colunas. Há uma tendência para cargas altas (próximas de 1 e -1), sendo a interpretação mais fácil quando as correlações variável-fator são próximas de 1 ou -1, indicando assim uma associação positiva ou negativa entre a variável e o fator, e uma falta de associação quando próxima de zero (Hair, Black, Badin, Anderson & Tatham, 2009).

3.5 Análise Factorial Confirmatória da Escala das Atitudes dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor

A análise factorial da escala das Atitudes dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor numa amostra de estudantes de Enfermagem foi avaliada por intermédio de uma análise FE e uma AFC com o softwer AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*).

Neste estudo, foi aplicado o questionário com a escala EACPD original a 250 estudantes de enfermagem. Procedemos à análise com o estudo sobre a validade dos itens através do uso de medidas de tendência central (médias e desvios padrão), o exame de fidelidade dos itens através da análise da consistência interna dos itens e da validade de constructo mediante a verificação da estrutura factorial, utilizando o método de extração de factores que constitui a análise dos componentes principais (pelo critério de Kaiser), seguida do método de rotação varimax.

Pela análise descritiva dos resultados da escala das atitudes, verificámos pela tabela 1, que para a maioria dos itens da escala apresentam valores de 3 e 4 (na escala ordinal tipo Likert de 1 a 5). Esta pontuação pode ser confirmada atendendo à média obtida para o total que foi de 217.52, com um desvio padrão de 13.209 e que dividida pelos 62 itens que compõem a escala, traduz-se num resultado médio de 3.5.

Seguidamente efetuámos a primeira correlação dos itens com a nota global, ressalta que todos os itens com um valor negativo e inferiores a 0.2 foram eliminados, estes correspondem aos itens 2, 3, 4, 6, 7, 10, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 30, 36, 37, 40, 46, 47, 50, 51, 52, 54 e 61. Para os restantes indicadores o valor mínimo obtido foi de ($r= 0.200$ no item 11 “Nos doentes com dor crónica procuro estrar atento/a à intensificação da dimensão espiritual” e o máximo no item 44 ($r=0.556$) “É necessário avaliar e registar a dor apenas quando o próprio doente valoriza a sua dor”.

Deste modo realizámos uma segunda correlação, eliminamos os itens 9, 11, 12, 13, 29, e 59 e pelos resultados obtidos notamos que o valor de r mais baixo se situa em dois item, no item 5 e no item 23 ($r= 0.245$) “O estado emocional do doente está intimamente relacionado com o tipo da sua dor (aguda/crónica).” “Quando os cuidados de enfermagem aumentam a intensidade da dor do doente, procuro antecipar medidas preventivas.” e o mais elevado volta a ser o item 44 ($r=0.617$) “É necessário avaliar e registar a dor apenas quando o próprio doente valoriza a sua dor.”.

Tabela 1 – Estatísticas e correlação de Pearson entre os diferentes itens e o factor global da EACPD

	Média	Desvio Padrão	1º correlação @	2º correlação @
1. Procuo adequar o tipo de escala de dor às condições de cada doente.	4.59	0.587	0.393	0.401
2. Para avaliar a intensidade da dor ao doente não colaborante, devo utilizar a escala de faces.	2.04	0.897	-0.103	
3. A dor física implica uma causa orgânica identificável.	3.07	1.038	0.144	
4. A avaliação da intensidade da dor, com escalas convencionais, é fidedigna, apenas quando o doente está consciente e colaborante.	3.29	0.962	-0.001	
5. O estado emocional do doente está intimamente relacionado com o tipo da sua dor (aguda /crónica).	4.02	0.737	0.208	0.245
6. A dor é sempre acompanhada de sofrimento.	3.65	0.856	0.053	
7. O doente refere uma dor inespecifica quando não está motivado para colaborar na avaliação da dor.	2.93	0.935	0.139	
8. Procuo prevenir a dor e não apenas tratá-la quando surge.	4.30	0.668	0.253	0.299
9. Quando o doente está confuso, é oportuno avaliar a intensidade da sua dor com as escalas convencionais.	3.07	1.019	0.215	0.192
10. As escalas convencionais da dor, avaliam apenas a componente física da dor.	3.18	0.966	-0.036	
11. Nos doentes com dor crónica procuro estar atento/a à intensificação da dimensão espiritual.	3.86	0.653	0.200	0.180
12. A mulher com dor solicita menos terapêutica analgésica que o homem com dor.	3.28	1.007	0.207	0.193
13. Para chamarem a nossa atenção, alguns doentes "exageram" as manifestações de dor.	3.45	0.937	-0.204	-0.157
14. O conhecimento do doente sobre o seu estado de saúde condiciona a sua colaboração na avaliação da dor.	2.48	0.778	-0.109	
15. Informar o doente como controlar a sua dor, ultrapassa o âmbito das minhas competências.	4.03	0.980	0.502	0.537
16. A família do doente, precisa do nosso apoio para desempenhar um papel ativo nos cuidados de alívio e controlo da dor.	4.27	0.664	0.494	0.521
17. Conversar com o doente reduz a intensidade da sua dor.	3.98	0.636	0.275	0.278
18. Quanto menor for o nível de formação do doente, mais dificuldade ele terá em situar a sua dor numa escala proposta.	3.01	0.972	-0.175	
19. A tolerância à dor varia consoante o tipo de esforço, muscular ou intelectual, a que o doente está profissionalmente sujeito.	2.46	0.767	-0.090	
20. O doente tem mais facilidade em qualificar a sua dor do que em quantificá-la.	3.71	0.801	-0.004	
21. O doente com dor crónica, tolera melhor a dor.	2.98	0.922	0.059	
22. Devido ao receio de ser sujeito a exames dolorosos, o doente pode referir uma intensidade de dor inferior à que perceciona.	3.50	0.817	0.070	
23. Quando os cuidados de enfermagem aumentam a intensidade da dor do doente, procuro antecipar medidas preventivas.	4.02	0.547	0.251	0.245
24. O estado emocional do doente interfere com a sua avaliação da dor.	4.05	0.656	0.315	0.356
25. Quando o doente com dor é demasiado solicitador, procuro evitar aproximar-me dele.	3.93	1.007	0.453	0.456
26.. A dor provocada por um procedimento técnico de enfermagem, ainda que intensa, não justifica analgesia.	3.97	1.000	0.479	0.478
27. Quando o doente com dor é muito solicitador, procuro dar-lhe mais atenção.	3.49	0.783	0.068	
28. A ansiedade aumenta a percepção da dor.	4.02	0.550	0.318	0.335
29. O doente deve ser encorajado a tolerar a dor moderada.	2.88	0.894	0.208	0.195
30. Um doente que se queixa com dor é porque tem dor.	3.76	0.966	0.086	
31. O doente que consegue dormir não tem dor.	3.71	0.933	0.469	0.508
32. Procuo estar atento/a à dor do doente em fase terminal.	4.27	0.611	0.486	0.480
33. No cuidar do doente com dor, a participação ativa do doente é importante.	4.13	0.593	0.400	0.419
34. Sinto-me constrangido/a, só de pensar que, vou ter de cuidar de doentes com dor incontrolável.	3.87	1.009	0.435	0.453
35. A terapêutica farmacológica é o único meio eficaz no combate à dor crónica.	3.83	1.015	0.481	0.547
36. Os gemidos do doente com dor são um pedido de ajuda.	3.72	0.703	0.109	
37. Perante o cuidar do doente com dor crónica receio os meus sentimentos de frustração e impotência.	2.80	0.963	0.092	
38. Podemos avaliar todas as características da dor do doente através das escalas convencionais da dor.	3.33	0.964	0.352	0.372
39. A avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor permitem adequar a prescrição analgésica às reais necessidades do doente.	3.93	0.636	0.383	0.359
40. O nosso conhecimento sobre controlo da dor é insuficiente.	2.64	0.945	-0.071	
41. O doente que recusa o analgésico é porque não tem dor.	3.70	0.868	0.446	0.500
42. Tenho necessidade de desenvolver os meus conhecimentos sobre o processo de cuidar do doente com dor.	3.92	0.702	0.240	0.254
43. O recurso exclusivo a medidas não farmacológicas no cuidar do doente com dor crónica, é eficaz.	3.25	0.887	0.315	0.322
44. É necessário avaliar e registar a dor apenas quando o próprio doente valoriza a sua dor.	3.77	0.953	0.556	0.617
45. Para evitar a dependência de analgésicos, tende-se a subvalorizar as queixas de dor.	3.34	0.907	0.297	0.331
46. Alguns doentes não se queixam de dor porque não lhes é dada oportunidade para o fazer.	3.35	0.959	0.089	
47. A administração de opióides fortes ao doente com dor, provoca dependência.	2.64	0.834	-0.071	
48. Para cuidar do doente com dor tenho de ter conhecimentos sobre métodos não farmacológicos.	4.06	0.605	0.428	0.473
49. O relato verbal do doente sobre a sua dor é a melhor forma de avaliar as características dessa dor.	3.66	0.756	0.245	0.249
50. Ao cuidar do doente com dor deve dar-se prioridade ao registo da dor.	2.64	0.981	0.051	
51. A tolerância à dor é fortemente influenciada pela cultura do doente.	3.73	0.738	0.141	
52. A intensidade de dor referida pelo doente depende do grau da lesão física.	2.55	0.863	0.089	
53. É importante transmitir ao doente que ele tem direito ao alívio e controlo da sua dor.	4.24	0.629	0.480	0.440
54. As visitas contribuem para aumentar a tolerância do doente à dor.	3.44	0.766	0.041	
55. As medidas mais importantes no alívio da dor são as farmacológicas.	3.23	0.845	0.345	0.381
56. Uma dor crónica provoca no doente problemas de ordem familiar, social e profissional.	3.82	0.711	0.347	0.352
57. O local da dor coincide com a zona da lesão.	3.42	0.883	0.311	0.356
58. A dor provoca respostas emocionais expressas através de comportamentos observáveis.	3.80	0.566	0.344	0.297
59. A dor aguda é um problema mais grave para o doente que a dor crónica.	2.74	0.921	-0.330	-0.332
60. Os opióides devem ser evitados nos doentes idosos.	3.05	0.861	0.257	0.276
61. Se ao doente com dor fizermos crer que acreditamos na sua dor, isso contribui para o seu alívio.	3.60	0.735	0.200	
62. A qualidade da relação terapêutica é tão importante como as medidas de alívio e controlo da dor.	4.90	0.633	0.369	0.353

Por último voltamos a fazer uma terceira correlação, eliminando o item número 5, 17 e 60, por apresentarem valores de saturação < 0.4 . Voltando o item 23 a apresentar menos estabilidade ($r = 242$) e o item 44 o valor de r mais alto ($r = 616$).

O teste de Kaiser ao apresentar um valor de ($KMO=0.860$), mostra haver uma correlação boa entre as variáveis, e o teste de Bartlett tem associado um nível de significância de 0.000 mostrando haver correlação entre variáveis ($p < 0.001$). Ambos os testes permitem-nos continuar com o processo de validação da escala. Nesse sentido determinámos a comunalidade inicial e após a extração que é razoável dado os valores encontrados se situam entre os 0.362 no indicador 17 “Conversar com o doente diminui a intensidade da sua dor.” e 0.703 no item 32. “Procuro estar atento à dor do doente em fase terminal.”.

No que se refere aos índices de alfa de Cronbach estes oscilam entre 0.865 e 0.874 para um alfa global de 0.874, que indicam boa consistência interna. Já o índice de split half apresenta-se com valores razoáveis, na primeira metade registou um valor de 0.804 e na segunda de 0.737.

Tabela 2 – Consistência Interna da escala

	R Item/ total	α sem item	H2
1. Procuo adequar o tipo de escala de dor às condições de cada doente.	0.405	0.871	0,618
5. O estado emocional do doente está intimamente relacionado com o tipo da sua dor (aguda /crónica).	0.245	0.874	0,692
8. Procuo prevenir a dor e não apenas tratá-la quando surge.	0.301	0.873	0,575
15. Informar o doente como controlar a sua dor, ultrapassa o âmbito das minhas competências.	0.538	0.867	0,602
16. A família do doente, precisa do nosso apoio para desempenhar um papel ativo nos cuidados de alívio e controlo da dor.	0.527	0.868	0,580
17. Conversar com o doente reduz a intensidade da sua dor.	0.280	0.873	0,362
23. Quando os cuidados de enfermagem aumentam a intensidade da dor do doente, procuro antecipar medidas preventivas.	0.242	0.873	0,484
24. O estado emocional do doente interfere com a sua avaliação da dor.	0.368	0.871	0,489
25. Quando o doente com dor é demasiado solicitador, procuro evitar aproximar-me dele.	0.468	0.869	0,694
26. A dor provocada por um procedimento técnico de enfermagem, ainda que intensa, não justifica analgesia.	0.475	0.869	0,706
28. A ansiedade aumenta a percepção da dor.	0.328	0.872	0,527
31. O doente que consegue dormir não tem dor.	0.516	0.868	0,566
32. Procuo estar atento/a à dor do doente em fase terminal.	0.479	0.869	0,703
33. No cuidar do doente com dor, a participação ativa do doente é importante.	0.423	0.870	0,462
34. Sinto-me constrangido/a, só de pensar que, vou ter de cuidar de doentes com dor incontrolável.	0.466	0.869	0,468
35. A terapêutica farmacológica é o único meio eficaz no combate à dor crónica.	0.567	0.866	0,633
38. Podemos avaliar todas as características da dor do doente através das escalas convencionais da dor.	0.375	0.871	0,513
39. A avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor permitem adequar a prescrição analgésica às reais necessidades do doente.	0.345	0.872	0,457
41. O doente que recusa o analgésico é porque não tem dor.	0.515	0.868	0,587
42. Tenho necessidade de desenvolver os meus conhecimentos sobre o processo de cuidar do doente com dor.	0.258	0.873	0,678
43. O recurso exclusivo a medidas não farmacológicas no cuidar do doente com dor crónica, é eficaz.	0.323	0.873	0,514
44. É necessário avaliar e registar a dor apenas quando o próprio doente valoriza a sua dor.	0.616	0.865	0,632
45. Para evitar a dependência de analgésicos, tende-se a subvalorizar as queixas de dor.	0.364	0.872	0,537
48. Para cuidar do doente com dor tenho de ter conhecimentos sobre métodos não farmacológicos.	0.470	0.870	0,506
49. O relato verbal do doente sobre a sua dor é a melhor forma de avaliar as características dessa dor.	0.264	0.873	0,477
53. É importante transmitir ao doente que ele tem direito ao alívio e controlo da sua dor.	0.460	0.870	0,547
55. As medidas mais importantes no alívio da dor são as farmacológicas.	0.399	0.871	0,519
56. Uma dor crónica provoca no doente problemas de ordem familiar, social e profissional.	0.347	0.872	0,506
57. O local da dor coincide com a zona da lesão.	0.368	0.871	0,473
58. A dor provoca respostas emocionais expressas através de comportamentos observáveis.	0.285	0.873	0,472
60. Os opióides devem ser evitados nos doentes idosos.	0.278	0.874	0,626
62. A qualidade da relação terapêutica é tão importante como as medidas de alívio e controlo da dor.	0.332	0.872	0,597
			Primeira metade = 0.804
			Segunda metade = 0.737
			Coefficiente alpha Cronbach global
			0.874

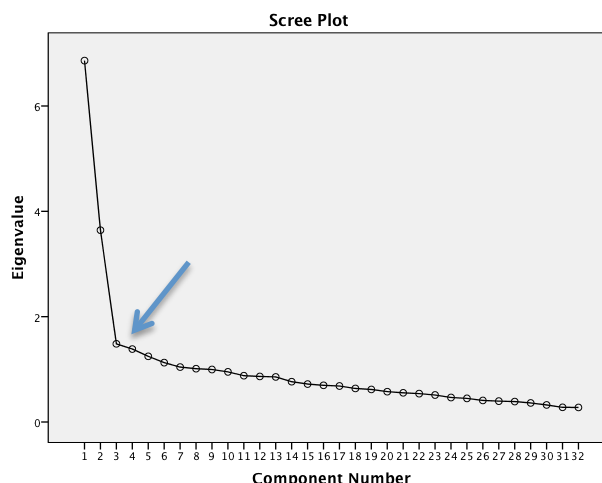
Efectuada a extração dos factores obtiveram-se oito factores com eigenvalues superiores a 1 e que no conjunto explicavam 55.630 % da variância total (cf. tabela 3).

Tabela 3 – Total Variância Esperada

Componentes	Variância explicada		
	Engenvalues	% de variância	Variância acumulada
1	6.862	21.442	21.442
2	3.643	11.383	32.825
3	1.484	4.637	37.462
4	1.385	4.330	41.792
5	1.247	3.896	45.688
6	1.127	3.523	49.211
7	1.043	3.258	52.470
8	1,012	3.161	55.631

Contudo, o gráfico 1 de variâncias designado por scree plot diz-nos que o número de componentes a reter se configuram em duas, apresentando maior inclinação da reta, pelo que iremos proceder a nova análise factorial forçando a dois factores.

Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de Scree Plot



O factor 1 designa-se por “Aptidão Terapêutico-Curativa” (ATC), pretende avaliar a pré-disposição do estudante de Enfermagem com uma atitude mais curativa e redutora no cuidar a pessoa com dor. É constituído pelos 13 itens seguintes: 15, 25, 26, 31, 34, 35, 38, 41, 43, 44, 45, 55 e 57 .O factor 2 que se define por “Aptidão Centrada na Pessoa” (ACP) é composto pelos itens 1, 8, 16, 23, 24, 28, 32, 33, 38, 39, 42, 48, 49, 56, 58 e 62 e pretende avaliar a aptidão do estudante de Enfermagem para o cuidar da pessoa com dor, valorizando Socioemocional e familiar.

Assim sendo, o primeiro factor explica 21.74% da variância e o segundo explica 12.21%. Juntos explicam 34.95% da variância total (cf. tabela 4).

Tabela 4 - Análise fatorial em componentes principais da escala

Itens	Factores	
	1	2
1. Procuo adequar o tipo de escala de dor às condições de cada doente.		0.461
8. Procuo prevenir a dor e não apenas tratá-la quando surge.		0.428
15. Informar o doente como controlar a sua dor, ultrapassa o âmbito das minhas competências.	0.665	
16. A família do doente, precisa do nosso apoio para desempenhar um papel ativo nos cuidados de alívio e controlo da dor.		0.615
23. Quando os cuidados de enfermagem aumentam a intensidade da dor do doente, procuro antecipar medidas preventivas.		0.511
24. O estado emocional do doente interfere com a sua avaliação da dor		0.596
25. Quando o doente com dor é demasiado solicitador, procuro evitar aproximar-me dele.	0.628	
26. A dor provocada por um procedimento técnico de enfermagem, ainda que intensa, não justifica analgesia.	0.578	
28. A ansiedade aumenta a percepção da dor		0.531
31. O doente que consegue dormir não tem dor.	0.654	
32. Procuo estar atento/a à dor do doente em fase terminal		0.613
33. No cuidar do doente com dor, a participação ativa do doente é importante.		0.578
34. Sinto-me constringido/a, só de pensar que, vou ter de cuidar de doentes com dor incontrolável.	0.627	
35. A terapêutica farmacológica é o único meio eficaz no combate à dor crónica	0.724	
38. Podemos avaliar todas as características da dor do doente através das escalas convencionais da dor.	0.504	
39. A avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor permitem adequar a prescrição analgésica às reais necessidades do doente		0.601
41. O doente que recusa o analgésico é porque não tem dor.	0.690	
42. Tenho necessidade de desenvolver os meus conhecimentos sobre o processo de cuidar do doente com dor.		0.439
43. O recurso exclusivo a medidas não farmacológicas no cuidar do doente com dor crónica, é eficaz.	0.538	
44. É necessário avaliar e registar a dor apenas quando o próprio doente valoriza a sua dor.	0.727	
45. Para evitar a dependência de analgésicos, tende-se a subvalorizar as queixas de dor.	0.538	
48. Para cuidar do doente com dor tenho de ter conhecimentos sobre métodos não farmacológicos		0.603
49. O relato verbal do doente sobre a sua dor é a melhor forma de avaliar as características dessa dor.		0.535
53. É importante transmitir ao doente que ele tem direito ao alívio e controlo da sua dor.		0.629
55. As medidas mais importantes no alívio da dor são as farmacológicas	0.563	
56. Uma dor crónica provoca no doente problemas de ordem familiar, social e profissional		0.501
57. O local da dor coincide com a zona da lesão.	0.450	
58. A dor provoca respostas emocionais expressas através de comportamentos observáveis.		0.576
62. A qualidade da relação terapêutica é tão importante como as medidas de alívio e controlo da dor.		0.531
Eigenvalues	6.593	3.541
% Variância	22.735	12.211
% Cumulativa	22.735	34.945

Nota : com rotação ortogonal pelo método varimax forçada a 2 factores com extração de itens com peso fatorial > 0,25

A estrutura fatorial foi determinada por análise fatorial exploratória com rotação dos factores pelo método varimax. Submetemos ainda os factores extraídos a análise fatorial confirmatória com o softwer AMOS.

A fiabilidade compósita e a variância extraída média (VEM) por cada fator foram

avaliadas como descritas por Fornell e Larcker (1981). A validade discriminante dos fatores foi avaliada pela comparação das VEM com os quadrados das correlações entre os fatores.

A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi avaliada de acordo com os índices e respectivos valores de referência descritos anteriormente, nomeadamente o teste do Qui-quadrado de ajustamento (X^2/df), CFI, GFI, RMSEA, RMR (≤ 0.05) e SRMR. A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos índices de modificação produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas.

Testamos a solução bifatorial realizando uma análise confirmatória ajustada a uma amostra de 250 estudantes de Enfermagem que revela uma qualidade de ajustamento sofrível ($X^2/df=1.737$; GFI=0.851; CFI=0.858; RMSEA=0.054; RMR=0.040; SRMR=0.061) (cf. tabela 5). E verifica-se a presença nove observações outliers, assim removemos os itens 8, 23, 38, 42, 43, 49, 53, 55 e 56, e observamos os índices de modificação, que sugeriram a saturação desses itens.

Para o modelo fatorial possuir índices de qualidade de ajustamento bons, todos os itens da escala devem ser superiores a ($\lambda \geq 0,50$) e de confiabilidade individuais adequados ($r^2 \geq 0,25$), contudo aceitamos alguns itens com valores de 0.40 porque apresentavam uma fiabilidade individual também ajustada (cf. figura 2).

Tabela 5 - Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da EACPD

Modelo	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	1.737	0.851	0.858	0.054	0.040	0.061
Modelo 2	2.009	0.879	0.875	0.063	0.041	0.061
Modelo 3	2.005	0.900	0.899	0.063	0.040	0.057
Modelo final	1.737	0.851	0.858	0.054	0.040	0.061

Refizemos a análise sem as nove observações e obteve-se o modelo da figura 3. O modelo da AFC da EACPD depois da remoção dos 9 outliers apresenta ainda estatísticas de qualidade de ajustamento que ainda permitem classificar o modelo como sofrível (cf. tabela 5). Fomos novamente analisar os índices de modificação para ver se é possível melhorar o ajustamento do modelo e foram eliminados mais 3 itens. Pelo que se procedeu novamente à análise dos índices de modificação depois da remoção dos itens 28, 45 e 57 (cf. figura 4). Assim, depois da remoção dos itens refizemos o modelo e obtivemos o modelo da figura 5, que apresenta uma qualidade de ajustamento boa ($X^2/df=1.588$; GFI=0.921; CFI=0.941; RMSEA=0.048; RMR=0.034; SRMR=0.053), em suporte da validade fatorial (cf. tabela 5).

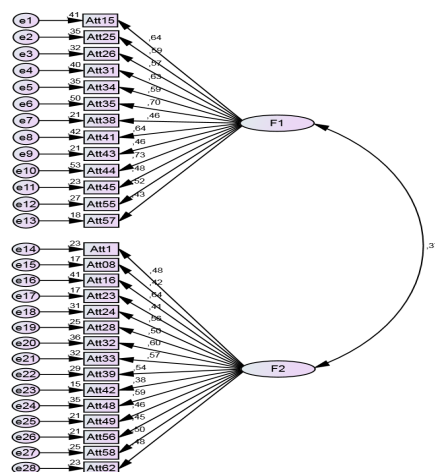


Figura 2 - Análise Fatorial Confirmatória da EACPD

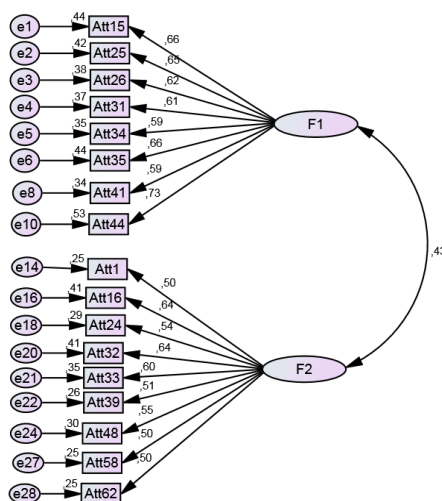


Figura 3 – Modelo 2 da EACPD

Identificamos problemas de multicolinearidade entre as variáveis correspondentes aos itens 25 e 26 ($r=0.45$) conforme se observa na figura 4, no entanto, analisando os itens e verificamos apresentam descrição diferente, o item 25 “Quando o doente com dor é demasiado solicitador, procuro evitar aproximar-me dele” e o item 26 “A dor provocada por um procedimento técnico de enfermagem, ainda que intensa, não justifica analgesia”, sendo desconsiderado este problema (cf. figura 5).

Demonstrada a adequação da estrutura fatorial proposta à amostra sob estudo, fomos avaliar a fiabilidade compósita e a variância extraída média por cada um dos fatores. A fiabilidade compósita ao apresentar valores de 0,840 para a ATC e 0,798 para a ACP, revelou boa consistência interna dos itens relativos aos fatores mas o indicador de validade convergente ($VEM > 0.5$) mostrou-se baixo para os dois fatores, fator 2 ($VEM=0,308$) e fator 1 ($VEM=0,400$). A validade discriminante dos fatores foi avaliada pela comparação das VEM

com os quadrados da correlação entre fatores. Sendo $VEM_{\text{fator 1}}=0,400$ e a $VEM_{\text{fator 2}}=0,308$ superiores ao $r^2=0,193$ podemos dizer que os dois fatores apresentam validade discriminante (cf. figura 4).

Para a amostra em estudo, o fator global é a soma do fator 1, este organiza-se em 2 fatores, o fator 1 (ATC) de 8 itens (constituído pelos itens item 15, 25, 26, 31, 34, 35, 41 e 44) e o fator 2 (ACP) de 9 itens (formado pelos itens 1, 16, 24, 32, 33, 39, 48, 58 e 62). Estes apresentam valores de α estandardizado de 0,846 no fator 1 e 0,799 no fator 2, para um alfa global de 0.874.

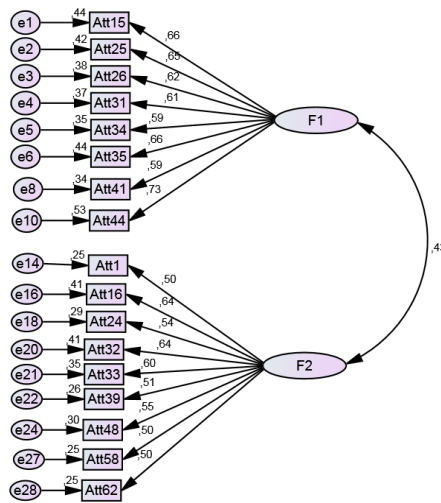


Figura 4 – Modelo 3 da EACPD

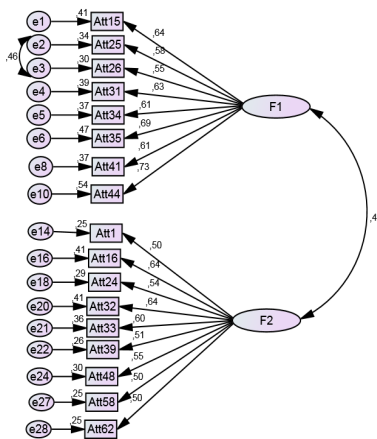


Figura 5 – Modelo final da EACPD

Estudamos a validade convergente/discriminante dos itens apresentados efetuando uma correlação entre todos os itens com os fatores subjacentes e valor global da escala. Os resultados evidenciam que a grande maioria dos itens são estatisticamente muito significativos, consubstanciando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a

que pertencem, conforme índices salientados a negrito e que esse valor é superior aos restantes, sendo na maioria dos casos superior a 0,20 (cf. tabela 6).

Tabela 6 – Correlação dos itens com os factores e o valor global da escala

Nº item	Itens	Fator 1	Fator 2	Total
1	Procuro adequar o tipo de escala de dor às condições de cada doente.	0,206***	0,566***	0,458***
15	Informar o doente como controlar a sua dor, ultrapassa o âmbito das minhas competências.	0,704***	0,290***	0,656***
16	. A família do doente, precisa do nosso apoio para desempenhar um papel ativo nos cuidados de alívio e controlo da dor.	0,307***	0,680***	0,546***
24	O estado emocional do doente interfere com a sua avaliação da dor.	0,127*	0,622***	0,386***
25	Quando o doente com dor é demasiado solicitador, procuro evitar aproximar-me dele.	0,713***	0,168***	0,605***
26	A dor provocada por um procedimento técnico de enfermagem, ainda que intensa, não justifica analgesia.	0,683***	0,213***	0,603***
31	O doente que consegue dormir não tem dor.	0,670***	0,218***	0,596***
32	Procuro estar atento/a à dor do doente em fase terminal.	0,300***	0,678***	0,540***
33	No cuidar do doente com dor, a participação ativa do doente é importante.	0,221***	0,638***	0,463***
34	Sinto-me constrangido/a, só de pensar que, vou ter de cuidar de doentes com dor incontrolável.	0,667***	0,202***	0,587***
35	A terapêutica farmacológica é o único meio eficaz no combate à dor crónica.	0,718***	0,284***	0,663***
39	A avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor permitem adequar a prescrição analgésica às reais necessidades do doente.	0,152*	0,599***	0,394***
41	O doente que recusa o analgésico é porque não tem dor.	0,650***	0,192**	0,569***
44	É necessário avaliar e registar a dor apenas quando o próprio doente valoriza a sua dor.	0,749***	0,311***	0,699***
48	Para cuidar do doente com dor tenho de ter conhecimentos sobre métodos não farmacológicos.	0,261***	0,618***	0,483***
58	A dor provoca respostas emocionais expressas através de comportamentos observáveis.	0,089	0,586***	0,341***
62	. A qualidade da relação terapêutica é tão importante como as medidas de alívio e controlo da dor.	0,164*	0,584***	0,396***

Nota : n.s. não significativa *p< 0.05; **p<0.001; ***p<0,001

Finalmente com a apresentação da matriz de correlação de Pearson estabelecida com os fatores da escala e fator global, terminamos o estudo da escala. Dos resultados verificamos que as correlações entre as subescalas e o valor global são positivas e significativamente correlacionadas, explicando cerca de 34.95% da variância total, com R oscilando entre (r=0,897) ATC vs ACP (r=0,720). No que refere às correlações existentes entre as duas subescalas observa-se que estas têm uma correlação baixa positiva (r=0,338) (cf. tabela 7).

Tabela 7 – Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e o factor global

Sub-escalas	PDR	CCP	Total da escala
PDR	1		
CCP	0,338**	1	
Total da escala	0,897**	0,720**	1

3.5.1 Processo de colheita de dados

Os estudantes colaboraram na obtenção de dados através do preenchimento do questionário, de acordo com a seguinte ordem cronológica, identificação do investigador, pedido de colaboração voluntária, explicação sobre o enquadramento do estudo, garantia de anonimato e confidencialidade, com assinatura de consentimento informado por cada participante e foi pedida autorização à instituição frequentada pelos alunos – ESSV.

O questionário foi autoaplicado e o seu preenchimento foi feito por cada estudante individualmente, e estes foram esclarecidos de qualquer questão menos perceptível.

Foi solicitado o pedido de autorização para a aplicação da escala à autora (Anexo I).

Após redigido o questionário e precedendo à colheita de dados foi efetuado um pré-teste no dia 15 de Setembro de 2014 a um grupo de 5 estudantes do 8º semestres do Curso de Licenciatura da ESSV, no sentido de verificar até que ponto se garantem resultados isentos de erros.

Após o preenchimento de 5 questionários e posterior correção, conclui que as questões eram simples e obedeciam a uma linguagem clara e universal com uma ordem adequada, sendo então tido como válido na recolha de dados.

3.6 Previsão do Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados prolongando-se até à análise e interpretação de resultado. Este estudo será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Estatística descritiva: - as distribuições de frequências (dispor em quadro os valores numéricos por ordem crescente, o quadro informa-nos sobre a frequência absoluta e a frequência acumulada, calcula-se a frequência relativa (frequência absoluta / número total de dados) e a frequência relativa acumulada em percentagem; se os dados estiverem em classes devem ser distribuídos por classe, tendo em atenção a amplitude da classe) e os gráficos (utiliza-se o diagrama de barras ou diagrama de sectores para os dados nominais e ordinais, como por exemplo, a formação académica dos enfermeiros; utiliza-se o histograma de frequências ou o polígono de frequências para variáveis intervalares ou de proporções.); - as medidas de tendência central (a média, a moda, a mediana), se os dados são nominais, só pode ser utilizada a moda, se os dados são ordinais pode utilizar-se a moda e a mediana, contudo se se quiser trabalhar dados ordinais como intervalares (scores da escala de likert), a média pode ser utilizada, quando os dados representam o nível de medida de intervalos ou proporções, podem-se utilizar qualquer medida de tendência central. Como a maior parte

dos dados representam uma distribuição normal perfeita, deve-se escolher uma medida de tendência central que reflita sobretudo os valores da nossa amostra; e as medidas de dispersão, (a amplitude de variância – a diferença entre o valor máximo e o valor mínimo; a variância – valor de dispersão dos scores em relação à média, quanto maior a variâncias mais os scores se afastam da média; o desvio padrão – medida mais usual em variáveis contínuas, tem em conta a distância de cada um dos scores em relação à média de grupo; o coeficiente de variação – exprime o desvio padrão em percentagem da média; Valores do coeficiente de variação (CV), permitem dar conta das diferenças individuais entre os dados da amostra, caracterizando a amostra como homogénea ou heterogénea; (Pestana & Gageiro, 2005).

Para analisar a simetria (Skewness/erro) e a curtose (Kurtosis/erro) usarei os seguintes valores: Skewness/erro ≤ -1.96 – assimetria negativa ou enviesamento à direita; $-1.96 < \text{Skewness/erro} \leq 1.96$ – simétrica; Skewness/erro > 1.96 – assimétrica positiva ou enviesamento à esquerda; Kurtosis/erro ≥ -1.96 – platicúrtica; $-1.96 < \text{Kurtosis/erro} \leq 1.96$ – mesocúrtica; Kurtosis/erro < -1.96 - leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2005).

Na análise estatística dos valores relativos aos coeficiente de dispersão utilizarei os seguintes valores: CV $\leq 15\%$ - dispersão fraca; $15\% < \text{CV} \leq 30\%$ - dispersão média; CV $> 30\%$ - dispersão elevada (Pestana & Gageiro, 2005).

Estatística descritiva de associação: - quadro de contingência (utilizado sobretudo para descrever relações entre duas variáveis nominais, entre uma variável nominal e uma contínua ou entre duas contínuas; Estatisticamente, calcula-se o qui-quadrado (X^2) para ver se existe relação entre as variáveis); - o coeficiente de correlação (r) (indica o grau de relação entre duas variáveis de intervalos ou proporções e varia entre -1 e +1, quanto mais próximo está de -1 e + 1, mais forte é a relação das variáveis; elevando-se ao quadrado dá-nos o coeficiente de determinação, que descreve a proporção da variância partilhada pelas duas variáveis, as correlações mais frequentes para determinar a existência de relação entre duas variáveis é a correlação de Pearson (variáveis intervalares ou de proporções), a correlação de Spearman (variáveis ordinais) e o coeficiente de contingência (variáveis nominais) (Pestana & Gageiro, 2005).

Relativamente às correlações de Pearson utilizamos valores de r, que por convenção Pestana e Gageiro (2005, p.179) sugerem que:

- $r < 0.2$ associação muito baixa;
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ associação baixa;
- $0.4 \leq r \leq 0.60$ associação moderada;
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ associação alta;
- $0.9 \leq r \leq 1$ associação muito alta.

Estatística inferencial – tem como objectivos a estimação dos parâmetros da população a partir das medidas estatísticas da amostra e a verificação de hipóteses. Para generalizar resultados, estas estimativas baseiam-se em leis de probabilidade que incorrem num certo grau de erro habitualmente 5%. A estimação de parâmetros, implica a atribuição de um valor a uma característica da população (a média) a partir dos dados da amostra (curva de normalidade), através da estimação pontual (é um valor numérico atribuído a um parâmetro da população (média) a partir da estatística média numa amostra) e do intervalo de confiança das médias (para informar da exatidão da estimação dos parâmetros, um conjunto de valores no interior do qual se situa o valor da população, através do cálculo dos intervalos de confiança). A verificação das hipóteses, através de testes estatísticos. Há duas classes de testes estatísticos inferenciais, os paramétricos (quando as variáveis têm uma distribuição normal, quando é pelo menos possível a estimação de um parâmetro, quando o nível de variáveis é de intervalos ou de proporções) e os não-paramétricos (não têm uma distribuição normal e não estimam parâmetros). Para isso utiliza-se: - o teste t de Student para grupos independentes, serve para comparar médias de dois grupos em relação a uma variável contínua; - o teste t de Student para grupos dependentes emparelhados, que verifica se existe diferença entre as médias de dois conjuntos de scores para o mesmo grupo; - a análise da variância (ANOVA), para permite determinar se existe uma diferença entre a média dos dados provenientes de mais de dois grupos independentes; - a análise da variância multivariada, permite verificar se há diferença entre as médias de três ou mais grupos independentes simultaneamente; consiste em comparar a variância de cada grupo e a existente entre grupo; - a correlação de Pearson, quando se quer verificar o grau de relação entre duas variáveis a partir de uma questão de investigação que afirma essa relação (Pestana & Gageiro, 2014).

Para cada um dos testes paramétricos existe um não paramétrico correspondente:

- o teste t de Student para grupos independentes tem um correspondente não paramétrico que é o teste U Mann Whitney;
- a análise da variância (ANOVA) para grupos independentes tem um correspondente não paramétrico que é o teste Kruskal Walls;
- correlação de Pearson tem um correspondente não paramétrico que é o teste de correlação de Spearman;

Determinar o nível de significância – é um valor numérico que se refere ao valor de p correspondente à probabilidade de rejeitar H_0 quando é verdadeira. O nível de significância que irei estabelecer é de 0.05, é o mais utilizado em ciências sociais.

Níveis de significância, segundo D'Hainaut (1997,p.162):

- $p > 0.1$ estatística não significativa;

- $p \leq 0.05$ estatística significativa;
- $p \leq 0.001$ estatística muito significativa.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizei o programa informático SPSS 20.0.

4. Resultados

4.1 Apresentação e Análise Descritiva dos Dados

Na fase posterior à colheita de dados e ao tratamento estatístico da investigação, impõe-se a análise descritiva e apresentação dos dados. Nesta fase o investigador analisa o conjunto de resultados e destaca a informação pertinente com a ajuda de testes estatísticos. A organização e apresentação dos dados deve ser feita de uma forma simples, sendo classificados como: distribuições de frequências e os gráficos, medidas de tendência central, medidas de dispersão e medidas de associação (Fortin, 2009).

Os dados que se apresentam, referem-se aos resultados obtidos pela aplicação do questionário elaborado para o estudo.

4.1.1 Características sociodemográficas da amostra

A amostra foi constituída por 255 indivíduos, 58 do sexo masculino e 197 do sexo feminino, apresento as suas características que passamos a descrever.

As estatísticas relativas à idade revelam que os estudantes apresentam uma média de idade 21.91 anos, oscilando entre o mínimo de 19 e máximo de 45 anos com um desvio padrão de 3.15 anos.

No que respeita ao sexo masculino, este representa 22.7% da totalidade da amostra, com uma média de idade de 22.16 anos e a idade máxima é de 36 anos, enquanto o sexo feminino tem uma representatividade de 77.3% com uma idade máxima de 45 anos, sendo a mínima de 19 anos para ambos os sexos. Os valores de SK/erro e K/erro indicam uma distribuição com predomínio das idades mais velhas, em curva leptocúrtica e com enviesamento à esquerda para a totalidade da amostra e para os dois géneros, indicam também que a distribuição não é normal, o que é comprovado pelo teste de aderência à normalidade Kolmogorod-Smirnov (K/V) com valores de $p < 0.05$. Já os coeficientes de variação indicam uma dispersão fraca face às idades médias encontradas (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Estatísticas da Idade

Idade Sexo	N	Min	Max.	Média	D.P.	CV %	SK/erro	K/erro
Masculino	58	19	36	22.16	3.286	14.828	7.207	9.112
Feminino	197	19	45	21,83	3.113	14.260	24.601	66.368z
Total	255	19	45	21.91	3.150	14.377	24.379	59.161

Constituí os seguintes três grupos etários, ≤ 20 , 21 e ≥ 22 . Pela análise da tabela 2 verifica-se que nas mulheres (77.1%) e nos homens (22.9%) o grupo etário mais prevalente é o dos ≥ 22 anos (cf. tabela 9).

Aquando da colheita de dados a maioria dos participantes encontrava-se solteiro (96.1%). (cf. tabela 9).

A residência distribui-se de forma aproximada entre a rural 49.4% e as restantes na zona urbana (cf. tabela 9).

A maioria dos estudantes quanto ao ano de curso que frequentam encontram-se no 4º ano 40.8%, sendo que a maioria 81.7% são do género feminino e 18.3% do género masculino. As mulheres apresentam-se em número superior (77.3%) em relação aos homens (22.7%), nos três anos de curso indicados. No 2º e 4º ano o número de homens é igual ($n = 19$), sendo que no 2º ano as mulheres são menos ($n = 37$) do que no 4º ano ($n = 85$). Verificou-se a existência de diferenças significativas nos alunos do sexo masculino que frequentam o 2º ano de curso, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas com qui quadrado de $X^2 = 5.326$ ($p = 0.07$) (cf. tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização sócio demográfica da amostra em função do género

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (58)	% (22.7)	Nº (197)	% (77.3)	Nº (255)	% (100.0)	Masc	Fem
Grupo etário								
≤ 20	19	26.0	54	74.0	73	28.6	0.8	-0.8
21	17	19.8	69	80.2	86	33.7	-0.8	0.8
≥ 22	22	22.9	74	77.1	96	37.6	0.1	-0.1
Estado civil								
Solteiro	56	22.9	189	77.1	245	96.1	0.2	-0.2
Casado	2	20	8	80	10	3.9	-0.2	0.2
Local residência								
Aldeia	24	19.0	102	81.0	126	49.4	-1.4	1.4
Vila	10	27.0	27	73.0	37	14.5	0.7	-0.7
Cidade	24	26.1	68	73.9	92	36.1	1.0	-1.0
Ano que frequenta								
2º	19	33.9	37	66.1	56	22.0	2.3	-2.3
3º	20	21.1	75	78.9	95	37.3	-0.5	0.5
4º	19	18.3	85	81.7	104	40.8	-1.4	1.4

4.1.2 Variáveis contextuais da dor

Questionados os estudantes sobre a avaliação da dor durante os ensinamentos clínicos, a totalidade (100%) refere que a fazem. O seu registo é efetuado por 91,4 % dos estudantes, sendo que os do género masculino (94.8%) apresenta maior percentagem de registo do que o género feminino (90.4%). A escala de avaliação da dor mais utilizada é a Escala Numérica (86.3%) e a menos utilizada a Escala Qualitativa (10.2%). Apesar de não encontrarmos

diferenças estatisticamente significativas entre a escala de avaliação da dor e o género ($X^2 = 3.823$; $p = 0.051$), verificou-se que os estudantes do sexo masculino avaliam mais a dor com a Escala Visual Analógica (36.2%) (cf. tabela 10).

Todos os estudantes utilizaram medidas de alívio da dor. A maioria (94.9%) conjuga as medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor, no entanto uma pequena percentagem refere só utilizar as medidas de alívio de dor não farmacológicas (1.6%), sobre as quais existem diferenças estatisticamente significativas, ($X^2 = 6.315$; $p = 0.043$), revelando os valores residuais que as mesmas se situam no sexo masculino (cf. tabela 10).

Quanto à aplicação de técnicas não farmacológicas no controlo da dor, verificamos que as intervenções mais utilizadas pelos estudantes são, os posicionamentos (87.5%), a massagem (60.4%), a aplicação de frio (57.4%) e a diminuição de ruído e/ou luminosidade (55.3%). As diferenças encontradas na técnica de exercícios de relaxamento são estatisticamente significativas ($X^2 = 5.557$; $p = 0.018$), localizando-se os valores residuais nos estudantes do género masculino, a percentagem dos estudantes do género feminino menor (18.3%) do que a do género masculino (32.8%) (cf. tabela 10).

A maior parte dos estudantes (34.1%) tem quatro doentes à sua responsabilidade durante o último ensino clínico, sendo que o maior (12 doentes) e menor número (1 doente) de doentes referido por uma estudantes do género feminino. Entre o género os valores percentuais restantes são semelhantes (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização da dor em função do género

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (58)	% (22.7)	Nº (197)	% (77.3)	Nº (255)	% (100.0)	Masc	Fem
Avaliação da dor									
Sim		58	100	197	100	255	100	---	---
Avaliação da dor									
EVA		21	36.2	46	23.4	67	26.3	2.0	-2.0
EF		21	36.2	77	39.1	98	38.4	-0.4	0.4
EQ		6	10.3	20	10.2	26	10.2	0.0	0.0
EN		41	87.9	169	85.8	220	86.3	0.4	-0.4
Registo da dor									
Sim		55	94.8.2	178	90.4	233	91.4	1.1	-1.1
Não		3	5.2	19	9.6	22	8.6	-1.1	1.1
Usa medidas de alívio da dor									
Sim		58	100	197	100	255	100	---	---
Medidas de alívio da dor									
Farmacológicas		2	3.4	7	3.6	9	3.5	0.0	0.0
Não Farmacológicas		3	5.2	1	0.5	4	1.6	2.5	-2.5
Ambas		53	91.4	189	95.9	242	94.9	-1.4	1.4
Intervenções não farmacológicas									
Aplicação de frio		34	58.6	113	57.4	147	57.4	0.2	-0.2
Exercícios/(i)mobilizações		33	56.9	85	43.1	118	46.3	1.8	-1.8
Musicoterapia		3	5.2	4	2.0	07	2.7	1.3	-1.3
Técnicas de distração		18	31.0	70	35.5	88	34.5	-0.6	0.6
Posicionamentos		52	89.7	171	86.8	223	87.5	0.6	-0.6
Aplicação de calor		14	24.1	58	29.4	72	28.2	-0.8	0.8
Massagem		38	65.5	116	58.9	154	60.4	0.9	-0.9
Toque terapêutico		11	19.0	47	23.9	58	22.7	-0.8	0.8
Exercícios de relaxamento		19	32.8	36	18.3	55	21.6	2.4	-2.4
Diminuição de ruído e luz		29	50.0	112	56.9	141	55.3	-0.9	0.9
Técnicas de Coping		01	1.7	0	0.0	01	0.4	1.8	-1.8
Nº de doentes por turno									
Um		0	0.0	2	1.0	2	0.8	-0.8	0.8
Dois		11	19.0	46	23.4	57	22.4	-0.7	0.7
Três		17	29.3	52	26.4	69	27.1	0.4	-0.4
Quatro		21	36.2	66	33.5	87	34.1	0.4	-0.4
Cinco		04	6.9	14	7.1	18	7.1	-0.1	0.1
Seis		03	5.2	10	5.1	13	5.1	0.0	0.0
Sete		01	1.7	03	1.5	04	1.6	0.1	-0.1
Oito		01	1.7	03	1.5	04	1.6	0.1	-0.1
Doze		0	0.0	01	0.5	01	0.4	-0.5	0.5

4.2 Análise Inferencial

Neste estudo a variável dependente é a “atitudes dos estudantes” e as variáveis independentes são: idade, género, estado civil, local de residência, ano de escolaridade, avaliação e registo da dor, medidas de alívio dador e número de doente por estudante em ensino clínico. A variável dependente é constituída pela escala EACPD com duas dimensões: Aptidão Terapêutico-Curativa e Aptidão Centrada na Pessoa.

4.2.1 Identificar as variáveis sociodemográficos (género, idade, estado civil, ano de curso) que interferem na atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor

Procuramos saber em que medida o género discriminava a atitude dos estudantes. Realizamos o teste de U Mann Whitney (UMW) verificou-se que as ordenações médias eram menores nos rapazes em todas as dimensões da escala, o que traduz uma pior atitude dos estudantes do sexo masculino em relação sexo feminino, com significância estatística na aptidão terapêutico-curativa ($p=0.046$) (cf. tabela 11).

Tabela 11 Teste de U Mann - Whitney entre a atitude dos estudantes e género

Atitude dos estudantes	Género	Masculino (n=58)	Feminino (n=197)	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Aptidão terapêutico-curativa		111.03	132.99	4729.000	0.046
Aptidão centrada na pessoa		118.85	130.69	5182.000	0.279
EACPD (global)		112.41	132.59	4808.500	0.067

Para determinarmos em que medida a idade influenciava a atitudes dos estudantes aplicámos o teste ANOVA. Conforme resultados da tabela 12, observamos que são os estudantes com 21 anos que apresentam melhor valor médio percentual de atitude, no que se refere à aptidão terapêutico-curativa, no entanto os estudantes revelam médias em termos percentuais concordantes na aptidão centrada na pessoa, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre três grupos etários.

O valor de F é explicativo demonstrando que há diferenças significativas entre os grupos etários nas subescalas da aptidão terapêutico-curativa ao contrário do que se verificou na subescala de aptidão centrada na pessoa, embora a variância explicada seja fraca oscilando dos 4.55% aos 0.03% respetivamente. O teste post hoc de Tukey demonstrou, que essas diferenças se situam entre os estudantes com 21 anos e com idades superior a 22 anos, e entre os mais jovens e os mais velhos.

Os estudantes com 21 anos apresentam melhor aptidão terapêutico-curativa ao cuidar a pessoa com dor, do que os com idades iguais ou superiores a 22 anos (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Análise de variância entre atitude dos estudantes e grupos etários

Variáveis	≤20 (1)		21 (2)		≥22 (3)		f	p	V.E. %	Teste Tukey (p)		
	Med (%)	Med (%)	Med (%)	Dp (%)	Med (%)	Dp (%)				1/2	1/3	2/3
Aptidão terapêutico-curativa	73.37	13.91	74.60	1.65	66.70	18.56	6.006	0.003	4.55	0.887	0.027	0.004
Aptidão centrada na pessoa	78.19	7.87	78.58	3.30	78.24	8.23	0.041	0.959	0.03			
EACPD (global)	75.93	9.09	76.71	11.66	72.81	10.81	3.414	0.034	2.63	0.889	0.145	0.038

Com o intuito de verificarmos o efeito que o estado civil tem sobre a atitude dos estudantes de enfermagem aplicamos o teste de U Mann Whitney. Os estudantes solteiros, apresentam melhores atitudes ao cuidar a pessoa com dor que os estudantes casados, em todas as dimensões e na globalidade da escala, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas. (cf. tabela 13).

Tabela 13 - Teste de U Mann - Whitney entre a atitude dos estudantes e estado civil

Atitude dos estudantes	Estado Civil	Solteiro (n=245)	Casado (n=10)	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Aptidão terapêutico-curativa		129.11	100.70	952.000	0.231
Aptidão centrada na pessoa		128.20	123.20	1177.00	0.832
EACPD (global)		128.65	111.50	1060.00	0.470

Com a finalidade de confirmarmos se a atitude dos estudantes se relaciona com o local de residência, usamos o teste t de student. Os resultados apresentados na tabela 14 indicam que o meio rural apresenta médias percentuais mais elevadas condizentes com melhor atitude dos estudantes no que respeita à aptidão terapêutico-curativa, aptidão

centrada na pessoa e na atitude global, enquanto que o meio urbano mostra índices médios percentuais mais baixos, coerentes com piores atitudes dos estudantes. Assumindo igualdade de variâncias, conforme o resultado de Levene ($p > 0.05$ nos dois fatores e no fator global), o valor de t não é estatisticamente significativo. O que nos permite dizer que entre as variáveis em estudo não há relação de dependência, o local de residência não influencia a atitude dos estudantes.

Tabela 14 – Teste t para diferenças de médias entre atitude dos estudantes e residência

Residência	Rural (n=126)		Urbano (n=29)		Levene, s p	t	p
	Média (%)	Dp (%)	Média (%)	Dp (%)			
Aptidão terapêutico-curativa	73.51	16.17	69.09	17.27	0.583	2.109	0.036
Aptidão centrada na pessoa	79.05	10.63	77.65	8.35	0.218	1.177	0.240
EACPD (global)	76.62	10.71	73.62	10.65	0.969	2.113	0.036

Uma das questões que se nos coloca, respeita a atitude dos participantes no estudo face ao ano de curso. Do resultado obtido com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis (KW), ressalta que os alunos do 3º ano de curso de Licenciatura em enfermagem são os que revelam melhor atitude face ao cuidar a pessoa com dor, uma vez que apresentam ordenações das médias percentuais mais elevadas em todos os factores, enquanto os alunos do 2º ano de curso mostram uma atitude menos adequada em relação ao doente com dor no que respeita à aptidão terapêutico-curativa e à aptidão centrada na pessoa. As diferenças entre os grupos apenas são significativas para a aptidão terapêutico-curativa contudo não se localizam essas diferenças (cf. tabela 15).

Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre atitude dos estudantes e ano de curso

Ano curso	2º (n=56)	3º (n=95)	4º (n=104)	X^2	P	Teste Tukey (p)		
	Ord, média	Ord, média	Ord, média			2º/3º	2º/4º	3º/4º
Aptidão terapêutico-curativa	118.38	142.64	119.81	6.012	0.049	0.121	0.992	0.072
Aptidão centrada na pessoa	121.90	131.70	127.90	0.631	0.729			
EACPD (global)	121.77	140.24	120.18	4.196	0.123			

4.2.2 Analisar a influencia de variáveis contextuais à dor (avaliação a dor, registo da dor e medidas de alívio) na atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor

Para estudar a relação entre a atitude dos estudantes e as escalas de avaliação de dor, usámos o teste U Mann–Whitney. Os resultados da tabela 16 indicam que as ordenações médias eram maiores na EVA e na EF na primeira dimensão da escala, o que traduz uma maior aptidão terapêutico-curativa dos estudantes que utilizam essas escalas. Enquanto na segunda dimensão da escala as ordenações médias são menores na EQ e na EN, expressando que quem emprega estas escalas apresenta pior aptidão centrada na pessoa. Contudo, não existe significância estatística.

Os estudantes que apresentam melhor atitude ao cuidar a pessoa com dor são os que utilizam a EF, seguidos do que aplicam a EVA seguida da EN e por último os que empregam a EQ, não existindo diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 16 - Teste de U Mann-Whitney entre a atitude dos estudantes e escalas de avaliação da dor

Escalas de avaliação	EVA (n=67)	UMW	p	EF (n=98)	UMW	p	EQ (n=26)	UMW	p	EN (n=220)	UMW	p
	Orde. Média			Orde. Média			Orde. Média			Orde. Média		
Aptidão terapêutico-curativa	137.93	5633.00	0.198	136.51	6859.50	0.145	123.25	2853.50	0.728	127.49	3738.50	0.783
Aptidão centrada na pessoa	124.34	6052.50	0.633	131.91	7310.00	0.501	138.25	2710.50	0.451	129.92	3427.50	0.294
EACPD (global)	133.13	5954.50	0.507	136.35	6875.00	0.153	123.56	2861.50	0.746	128.33	3778.50	0.860

Realizado o teste de UMW para procuramos saber em que medida o registo da dor discriminava a atitude dos estudantes. A tabela 17 mostra ordenações médias maiores nos que registam a dor em todos os fatores da escala, refletindo uma atitude dos estudantes mais adequada contudo não há diferenças estatisticamente significativa.

Tabela 17 - Teste de U Mann-Whitney entre a atitude dos estudantes e registo da dor

Registo da dor	Sim (n=233)	Não (n=22)	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Aptidão terapêutico-curativa	129.95	107.34	2108.50	0.168
Aptidão centrada na pessoa	129.30	114.20	2259.50	0.355
EACPD (global)	129.86	108.32	2130.00	0.190

Desperta-nos interesse saber qual a atitude dos estudantes de enfermagem no que respeita às medidas de alívio da dor. Para isso, aplicamos o teste não paramétrico para grupos independentes KW, este expõe que são os estudantes que utilizam as medidas não farmacológicas para alívio da dor apresentam pior atitude ao cuidar a pessoa com dor, uma vez que apresentam ordenações médias menores em todos os fatores, não existindo contudo diferenças estatisticamente significativas. Os que utilizam somente medidas farmacológicas como alívio da dor apresentam melhor atitude no cuidar a pessoa com dor, relativamente aos que utilizam as duas, com exceção da dimensão aptidão centrada na pessoa onde apresentam pior atitude ao cuidar a pessoa com dor (cf. tabela 18).

Tabela 18 – Teste de Kruskal-Wallis entre atitude dos estudantes e medidas de alívio da dor

Medidas de alívio da dor	Farmacológicas	Não farmacológicas	Ambas	X ²	p
Atitude dos estudantes	Ord, média	Ord, média	Ord, média		
Aptidão terapêutico-curativa	134.00	73.75	128.67	2.257	0.323
Aptidão centrada na pessoa	120.83	51.25	129.54	4.589	0.101
EACPD (global)	132.44	59.50	128.97	3.534	0.171

Com o objetivo de saber qual o efeito das intervenções não farmacológicas sobre a atitude dos estudantes aplicámos o teste de UMW. A leitura da tabela 19 diz-nos que as ordenações médias eram maiores nos estudantes que aplicavam as intervenções não farmacológicas em todas as dimensões da escala, o que traduz uma melhor atitude ao cuidar a pessoa com dor. Com significância estatística em todas as dimensões da escala para quem aplica o toque terapêutico, o que nos leva a afirmar que o toque terapêutico tem efeito significativo da atitude dos estudantes ao cuidar a pessoa com dor. Existem também diferenças estatísticas entre os exercícios/mobilizações/imobilizações, posicionamentos e diminuição de ruído e/ou luminosidade, na dimensão da aptidão centrada na pessoa. Na dimensão da aptidão terapêutico-curativa e na global as diferenças situam-se na musicoterapia e na diminuição de ruído e/ou luminosidade, respetivamente.

Tabela 19 - Teste de U Mann-Whitney entre a atitude dos estudantes e intervenções não farmacológicas

Intervenção não farmacológica		Sim	NÃO	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Aplicação do frio	ATC	130.28	124.89	7602.50	0.563
	ACP	131.24	123.59	7461.50	0.409
	EACPD	131.24	123.85	7490.00	0.441
Exercícios/mobilizações /imobilizações	ATC	133.22	123.50	7466.50	0.292
	ACP	138.62	118.85	6830.00	0.032
	EACPD	136.26	120.88	7108.00	0.096
Musicoterapia	ATC	191.36	126.21	424.500	0.021
	ACP	173.21	126.72	551.500	0.098
	EACPD	177.14	126.61	524.000	0.073
Técnicas de distração ou atenção dirigida	ATC	133.00	125.37	6908.00	0.431
	ACP	137.70	122.89	6494.00	0.124
	EACPD	137.53	122.98	6509.50	0.134
Posicionamentos	ATC	128.03	127.80	3561.50	0.987
	ACP	131.87	101.05	2705.50	0.026
	EACPD	130.03	113.84	3115.00	0.245
Aplicação de calor	ATC	132.59	126.19	6257.50	0.532
	ACP	131.32	126.69	6349.00	0.650
	EACPD	133.60	125.80	6185.00	0.447
Massagem	ATC	130.08	124.83	7456.50	0.577
	ACP	132.90	120.53	7022.50	0.187
	EACPD	131.99	121.92	7163.00	0.286
Toque terapêutico	ATC	151.82	120.99	4331.50	0.005
	ACP	148.87	121.86	4502.50	0.014
	EACPD	155.97	119.76	4090.50	0.001
Exercícios de relaxamento	ATC	123.92	129.12	5275.50	0.642
	ACP	138.77	125.04	4907.50	0.218
	EACPD	131.00	127.18	5335.00	0.733
Diminuição de ruído e/ou luminosidade	ATC	131.50	123.68	7544.00	0.398
	ACP	137.65	116.06	6676.00	0.019
	EACPD	136.18	117.89	6884.00	0.049

Para analisar a probabilidade dos estudantes aplicarem ou não aplicarem cada uma das intervenções não farmacológicas descritas para o alívio da dor, efetuamos o teste Binomial. Este, é um teste não paramétrico que permite testar uma variável dicotômica, onde existem dois acontecimentos possíveis e independentes, designados por sucesso e insucesso, com probabilidades constantes (Pestana & Gageiro, 2014).

A tabela 20 mostra-nos que a probabilidade dos estudantes de enfermagem aplicarem a intervenção posicionamentos para alívio de dor é de 87%, contraposto com o valor de probabilidade de aplicarem a musicoterapia que é de 3%, ambos são estatisticamente significativos.

A aplicação de frio, os posicionamentos, a massagem e a diminuição do ruído e/ou luminosidade apresentam probabilidades de serem aplicadas superiores a 50%, contrariamente às restantes.

Tabela 20 - Teste Binomial e intervenções não farmacológicas

Intervenção não farmacológica		N	Probabilidade	Teste Binomial	p
Aplicação do frio	Não aplicam	108	,42	,50	,017
	Aplicam	147	,58		
	Total	255	1,00		
Exercícios/mobilizações /imobilizações	Não aplicam	137	,54	,50	,260
	Aplicam	118	,46		
	Total	255	1,00		
Musicoterapia	Não aplicam	248	,97	,50	,000
	Aplicam	7	,03		
	Total	255	1,00		
Técnicas de distração ou atenção dirigida	Não aplicam	167	,65	,50	,000
	Aplicam	88	,35		
	Total	255	1,00		
Posicionamentos	Não aplicarem	32	,13	,50	,000
	Aplicarem	223	,87		
	Total	255	1,00		
Aplicação de calor	Não aplicarem	183	,72	,50	,000
	Aplicarem	72	,28		
	Total	255	1,00		
Massagem	Não aplicarem	101	,40	,50	,001
	Aplicarem	154	,60		
	Total	255	1,00		
Toque terapêutico	Não aplicarem	197	,77	,50	,000
	Aplicarem	58	,23		
	Total	255	1,00		
Exercícios de relaxamento	Não aplicarem	200	,78	,50	,000
	Aplicarem	55	,22		
	Total	255	1,00		
Diminuição de ruído e/ou luminosidade	Não aplicarem	114	,45	,50	,103
	Aplicarem	141	,55		
	Total	255	1,00		

Para estudar a relação entre as atitudes face ao cuidar a pessoa com dor e variáveis contextuais da dor, mais especificamente as técnicas não farmacológicas de alívio de dor (toque terapêutico e técnicas de distração e/ou atenção dirigida), foi utilizada a técnica de árvore de decisão, construída através de um algoritmo baseado no teste Qui-quadrado através do método de CHAID. Considerámos que a variável dependente de atitude dos estudantes ao cuidar a pessoa com dor consigna três categorias que definem os segmentos em estudo fraca, adequada e boa. Os resultados mostram que existem dois níveis de profundidade cujas variáveis são estatisticamente significativas. Como variáveis explicativas figuram o toque terapêutico e as técnicas de distração e/ou atenção dirigida que se distribuem por quatro nós sendo que três são terminais. No primeiro nó, designado por nó zero, 44.7% é classificado como possuir de atitudes adequadas. O primeiro nível de

profundidade da árvore obtém-se através da variável toque terapêutico, o que indica que esta é a variável que melhor prediz as atitudes face ao cuidar a pessoa com dor, sendo que é um nó terminal. Neste nível é atribuída uma probabilidade de 55.2% para o toque terapêutico de possuir adequadas atitudes face ao cuidar a pessoa com dor. No segundo nível de profundidade surge a variável técnicas de distração e/ou atenção dirigida que melhor prevê as atitudes, originando dois nós terminais. Para as técnicas de distração e/ou atenção dirigida a probabilidade de atitude adequada é de 55.4%.

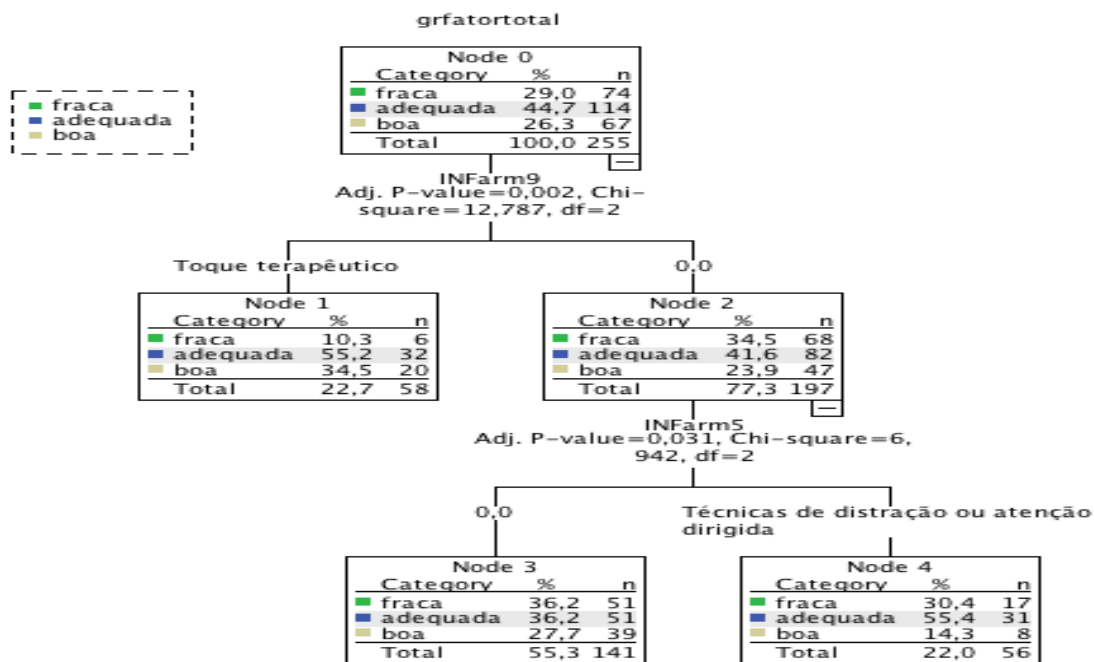


Figura 6 – Árvore de Decisão

5. Discussão

Decorrente da apresentação de dados do estudo, surge a necessidade de extrair conclusões de modo a entender de que forma as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados foram atingidos. Nesse sentido surge este capítulo, que contém a discussão metodológica e a discussão dos resultados.

5.1 Discussão Metodológica

Uma das nossas preocupações fundamentais desde o início da conceptualização do estudo, foi desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso e científico. Os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos traçados, estando igualmente concordantes com as características da amostra.

Torna-se relevante refletir sobre algumas limitações de índole metodológica que influenciaram o desenrolar desta investigação.

Salienta-se que o presente estudo foi desenhado como um estudo transversal, avaliámos a atitude dos estudantes num único momento, contudo verificamos que teria sido mais vantajoso se houvessem vários momentos (ao longo dos curso) de avaliação alargando-o no horizonte temporal. A desvantagem de ser um estudo transversal, prendem-se com o aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, ou seja, na percepção retrospectiva do respondente, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da realização de um estudo longitudinal.

Outro aspeto é o facto do questionário apresentar uma escala de avaliação de atitude muito extenso, o que o pode ter tornado exaustivo no preenchimento, e também poderá ter influenciado as respostas dadas. Ainda a este propósito importa salientar que esta escala está validada e adaptada para a população portuguesa, efetuamos estudos de fiabilidade (consistência interna), análise fatorial exploratória e confirmatória. Os resultados permitem concluir que a EACPD reúne bons critérios de validade e fiabilidade. Considera-se, assim, que o instrumento de recolha de dados foi adequado ao estudo, tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos.

Refere-se ainda que os resultados podem ter sido afetados pelo fato de alguns estudantes se encontrarem em ensino clínico e outros já o terem realizado à mais tempo.

A amostra foi selecionada segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, 255 estudantes de enfermagem da ESSV, o que pode ter constituído

enviesamento metodológico. Considera-se o tamanho da amostra suficientemente elevado o que pode traduzir-se em resultados fiáveis, o tipo de amostragem (não probabilística), não sendo representativa, impede que se faça a generalização dos resultados a outra população de estudantes de enfermagem. O presente estudo necessita, assim, de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas, incluindo estudantes de todo o país.

O estudo empírico, com corte transversal, descritivo e correlacional, pretendeu descrever a perceção dos estudantes de enfermagem acerca da sua atitude e identificar a relação entre a variável dependente e independentes. Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo sobre a atitude dos estudantes de enfermagem.

Contudo, perante todas as limitações supracitadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual facultou um conhecimento mais concreto da atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor, tendo em conta as variáveis sociodemográficas e contextuais da dor.

5.2 Discussão de Resultados

No sentido de compreender e discutir a variação da atitude dos estudantes de enfermagem face às variáveis independentes em estudo, optámos por, previamente, proceder ao seu enquadramento.

A realização de investigações relativas à atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar o doente, revela-se pertinente no sentido em que a literatura revela que existe uma falta de conhecimentos dos enfermeiros, durante a sua formação para a temática dor, tornando-se pertinente a mudança de comportamento através da via da promoção de atitudes (Barros et al, 2014, p. 713).

Passamos de seguida a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte transversal.

Ao estudarem as atitudes e conhecimentos dos estudantes de enfermagem ao longo de um ano, Lobo e Martins (2013), constataram que a maioria eram do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 48 anos, sendo que a maior parte dos estudantes se encontram no primeiro ano de curso e a menos parte no terceiro ano. No presente estudo, também se encontram resultados semelhantes, na medida em que a nossa amostra, é constituída por 255 estudantes de enfermagem, prevaleceram os estudantes com idades entre os 19 e 45 anos, do género feminino, a frequentar o quarto ano, estando a maioria destas na faixa etária que correspondente aos 21 anos, enquanto que os homens possuem

maioritariamente idade inferior ou igual a 20 anos. Verificou-se também uma prevalência de estudantes solteiros a residir numa zona urbana.

Para analisar que determinantes estão implícitos na atitudes dos estudantes de enfermagem, colocámos uma questões de investigação e iremos seguidamente proceder à sua análise.

5.2.1 Relação entre as variáveis sociodemográficas e a atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor

Dando lugar à discussão dos resultados da primeira questão de investigação, constatou-se que nenhuma das variáveis sociodemográficas teve repercussão estatística na atitudes dos estudantes de enfermagem. Todavia em termos de valores médios, as mulheres revelaram melhor atitude no cuidar a pessoa com dor em todas as dimensões da escala, comparativamente aos homens. Estes resultados estão em conformidade com a literatura, pois, segundo Bernardes (2008), num estudo feito com 205 estudantes de enfermagem, conclui que os estudantes do género masculino fazem mais enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a autenticidade da dor que as estudantes do género feminino.

Outro resultado a que se chegou foi que a atitude dos estudantes de enfermagem possuem em relação ao cuidar a pessoa com dor não difere consoante a idade. Estando em consonância com os dados encontrados por Lameiras (2009), que observa que os enfermeiros de diferentes classes de idades apresentam pontuações médias semelhantes, relativamente à atitude face à avaliação da dor crónica em doentes oncológicos. Também Al-Khawaldeh, Al-Hussami, e Darawad (2013) referem que o conhecimento dos estudantes de enfermagem na gestão da dor é insuficiente, no entanto a fator idade não está diretamente relacionada com essa gestão. Inclusive, neste estudo, verificamos que os estudantes com grupo etário de 21 anos, são os que patenteiam melhor aptidão terapêutico-curativa relativamente aos estudantes mais velhos (idades iguais ou superiores a 22 anos), o que de certa forma, contraria Lobo e Martins (2013), onde apresentam que os estudantes de enfermagem com idades iguais ou superiores a 25 anos apresentam mais conhecimentos e atitudes sobre a dor.

Quanto ao estado civil ocorre uma prevalência de estudantes solteiros, igualmente ao que acontece no estudo de Wetterich e Melo (2007) no Brasil, que denuncia o perfil sociodemográfico dos estudantes de enfermagem, como sendo na sua maioria jovens, mulheres e solteiros. O que é reforçado pelo Instituto Nacional de Estatística (2012), que refere que as mulheres têm optado em casar-se cada vez mais tarde, permanecendo

solteiras mais tempo, privilegiando a formação profissional, refletindo assim a realidade da população portuguesa.

Apurou-se que os participantes a residir na zona rural têm melhor atitude no cuidar a pessoa com dor, no que respeita à aptidão terapêutico-curativa, aptidão centrada na pessoa e na atitude global. Também num estudo feito com 250 estudantes de enfermagem acerca as atitudes e crenças sobre pessoas com HIV, as atitudes positivas dos estudantes de enfermagem provém daqueles que residem na zona rural (Ugoji & Agokei, 2012, p.228). Spínola et al. (2008, p.167) salienta que os estudantes que residem com familiares e próximos à sua instituição de ensino (meio urbano) são em maior número e mais atitude para o mercado de trabalho em expansão, comparativamente aos que residem no meio rural.

Este estudo, quanto ao ano de curso, mostrar-nos que os estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem revelam melhor atitude no cuidar a pessoa com dor do que os de 2º e 4º anos. Estes resultados, de certo modo, poderão ser contraditórios de acordo com Lobo e Martins (2013), uma vez estes afirmam ser expectável que os estudantes adquirissem mais conhecimentos e atitudes mais adequadas no decorrer do tempo de curso. Estes mencionam que os estudantes de enfermagem apresentam uma evolução positiva em relação ao tema dor ao longo da sua formação, apresentando os alunos do último ano da licenciatura (4º ano) mais conhecimento deste tema.

É importante realçarmos que numa revisão de 11 estudos sobre a dor e estudantes de enfermagem em todo o mundo, estes revelam que apresentam conhecimentos e atitudes inadequados em relação à dor e equívocos no seu tratamento, refere Chow e Chan (2014). O que se relaciona com a complexidade deste tema e com o facto dos estudantes terem mais ou menos formação.

5.2.2 Relação entre as variáveis contextuais da dor e a atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor

A análise dos dados indicou que a totalidade dos alunos que avaliaram a dor durante o último ensino clínico, e que 91,4% a registam, o que vem ao encontro da norma de Portugal, MS, DGS (2003, p.1), que preconiza que a avaliação da dor e o seu registo deve ser feita de uma forma sistemática, contínua e regular, conduzindo à excelência a prestação de cuidados de saúde. Estando em conformidade com os resultados apurados por vários autores, dos quais, o de Duke, Hass, Yarbrough, e Northam, (2013), que afirmam que os estudantes de enfermagem, nomeadamente os do último ano de curso, avaliam a dor e apresentam maior conhecimento e melhores atitudes em relação ao tema dor, comparados aos alunos dos outros anos e os professores. Também Lameiras (2009), obteve que 74,2%

dos enfermeiros faz o registo da intensidade da dor através de escalas. O que é reforçado por Martins (2010), onde os estudantes de enfermagem consideraram essencial a avaliação e o registo da dor, com a maioria a considerar extremamente importante essa avaliação o que encaminha a uma humanização dos cuidados de saúde. Dos 81 inquiridos nesse estudo, 78 dos estudantes responderam que avaliavam a dor nos ensinamentos clínicos e que a sua totalidade, 81 inquiridos, conhecem os instrumentos de avaliação da dor, onde a maioria utiliza a EN. Já no nosso estudo, os estudantes de enfermagem que apresentam melhor atitude ao cuidar a pessoa com dor são os que utilizam a EF. Acresce, ainda dizer, que os enfermeiros que têm mais formação acerca da dor, apresentam uma atitude positiva na utilização de escalas de avaliação desta, de acordo com um estudo de Young, Horton, e Davidhiza (2006)

De acordo com as narrativas do nosso estudo os estudantes que somente utilizam medidas farmacológicas de alívio da dor têm pior atitude no cuidar a pessoa com dor, contudo a maioria, 94.9% dos estudantes, utiliza a conjugação das medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor. O estudo de Lobo e Martins (2013) evidencia que apenas 3.5% dos estudantes de enfermagem referiam ter adquirido formação específica sobre a dor, à parte dos conteúdos programáticos do curso. Para um adequado controlo e gestão da dor é necessário que esta seja vista como um fenómeno multidimensional. Contrariamente aos nossos resultados, um estudo de Batalha et al (2014) sobre o controlo da dor na criança hospitalizada em Portugal, revela que 42.2% dos enfermeiros realiza e regista as intervenções farmacológicas e 15.2% regista as não farmacológicas. Sousa (2009), constata no seu estudo, que dos enfermeiros que utilizam as técnicas não farmacológicas no controlo da dor, somente 7.2 % as aplicam sempre, 84.8% o faz algumas vezes e 8,0% nunca as aplica.

No estudo de Silva (2014), as estudantes de enfermagem apesar de revelarem ter recebido pouca informação sobre o alívio da dor na escola, procuram alternativas para complementar esse conhecimento, como os cursos de especialização e pós graduações, formações específicas do tema e durante os estágios observam a atuação do enfermeiro numa situação de sofrimento, aperfeiçoando assim o seu conhecimento e as suas atitudes. Já Silva e Dixe (2013), demonstram que para o alívio da dor os enfermeiros aplicaram a 2.1% dos doentes medidas não farmacológicas de tratamento da dor, nomeadamente a aplicação de frio, contraposto com a utilização de 97.7% de medidas farmacológicas. O que contraria o estudo de Sousa (2009) que divulga 97.1% dos enfermeiros possuem informação sobre as técnicas não farmacológicas no alívio da dor, utilizando-as no decorrer do seu exercício profissional.

Relativamente às técnicas não farmacológicas de alívio da dor neste estudo, o toque terapêutico revelou ser a técnica que influencia positivamente a atitude dos estudantes de

enfermagem. Sendo o toque terapêutico e as técnicas de distração e/ou atenção dirigida as intervenções que melhor predizem atitude adequada dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor, revelando ser este o seu perfil no cuidar a pessoa com dor. Nos últimos anos, alguns estudos, vêm reforçar a eficácia da utilização do toque terapêutico especialmente no alívio da dor, quer como intervenção isolada ou ainda associada a outra. Vasques, Santos e Carvalho (2011), no seu estudos sobre o uso do toque terapêutico como uma estratégia de enfermagem, vêm reforçar estes resultados, pois obtiveram que os enfermeiros que utilizam o toque terapêutico e técnicas cognitivo comportamentais, apresentavam como resultado dessa atitude, 15% da redução da dor nos doentes. No entanto, este estudo também revela que a utilização do toque terapêutico isoladamente, apresentam melhores resultados no alívio da dor, que em associação.

6. Conclusão

A dor é um problema importante de saúde pública, nos últimos anos, tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde e em particular dos enfermeiros. Nesse sentido existe um grande investimento na investigação desta temática, o que tem contribuído para uma mudança dos comportamentos e atitudes de quem lida com o sofrimento do outro, tanto da sociedade como dos profissionais de saúde, eliminando crenças e preconceitos associados ao tema. Assim os estudantes de enfermagem como futuros profissionais revelam-se o alvo preferencial para a aquisição de conhecimentos e atitudes.

Tendo por base os objetivos traçados neste estudo concluímos que, após o estudo psicométrico da escala de Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor, esta ficou com 17 itens e 22 fatores, sendo o fator 1 “Aptidão Terapêutico-Curativa” e o fator 2 “Aptidão Centrada na Pessoa”, apresentando um alfa de Cronbach de 0.874 que indica uma boa consistência interna e o índice de Split Half com valores razoáveis entre 0.804 e 0.737. Os estudantes de enfermagem da ESSV apresentam uma média de idade de 21.91 anos, 77.3% são do sexo feminino, maioritariamente solteiros e 40.8% frequentam o 4º ano. Todos referem avaliar a dor nos ensinamentos clínicos, 86.4% utiliza a EN e 94.9% conjuga intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. Como intervenções não farmacológicas mais usadas pelos estudantes aparecem, 87.5% usam os posicionamentos e mais de 55% dos inquiridos aparecem a utilizar a diminuição do ruído e/ou luminosidade, a aplicação do frio e a massagem. Os estudantes do sexo masculino que aplicam exercícios de relaxamento e os estudantes do sexo feminino no grupo etário dos 21 e 22 ou mais anos e que frequentam o 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSV, apresentam uma atitude mais adequada no cuidar a pessoa com dor.

O toque terapêutico aparece como um bom discriminador da atitude dos estudantes de enfermagem em todas as dimensões da escala das atitudes, contrariamente à musicoterapia. Sendo o toque terapêutico e as técnicas de distração e/ou atenção as intervenções que melhor definem o perfil dos inquiridos.

Estes resultados permitem refletir na mudança de comportamentos através da via da promoção de atitudes, transversalmente ao contexto de ensino aprendizagem dos estudantes, criando assim condições favoráveis ao seu desenvolvimento, reconhecendo o seu papel como futuros enfermeiros.

Desta forma, achamos que seria pertinente, o alargamento do estudo, incluindo estudantes de todo o país, uma vez que os contextos ensino-aprendizagem variam nas

diversas escolas. Também seria vantajoso , a avaliação de outras variáveis que poderiam intervir na atitude dos estudantes de enfermagem, tais como, a frequência com que conviveu com outras pessoas com dor, as experiências pessoais com o sofrimento/dor (própria ou pessoas significativas), especificar o serviço onde realizou o último ensino clínico e referir alguns conteúdos que foram ministrados ao longo do contexto ensino-aprendizagem.

Referências bibliográficas

- Al-Khawaldeh, O. A., Al-Hussami, M., & Darawad, D.K. (2013, janeiro). *Knowledge and attitudes regarding pain management among Jordanian nursing students*. *Nurse Education Today*, XXX. Acedido em: http://www.researchgate.net/publication/235520531_Knowledge_and_attitudes_regarding_pain_management_among_Jordanian_nursing_students
- Barros, S. R., Lima, R. N., Pimentel, I.T., Silva, J.R., Bernardino, W.S. & Ramos, D.K. (2014, dezembro). *Conhecimento sobre a dor adquirido nos cursos de ciências da saúde nos cursos de ciências da saúde: Uma Revisão Integrativa*. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 12(2). Acedido em <file:///Users/marciomaris/Downloads/Dialnet-ConhecimentosSobreDorAdquiridosNosCursosDeCiencias-4901230.pdf>
- Batalha, L., Costa, B., Jacinto F., Santos P., Machado R. (2014). *O controlo da dor na criança hospitalizada em Portugal*. esenfc.pt/?url=308JXPE3
- Bernardes, S. (2008). *Os enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre a dor lombálgica*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Centro de Investigação e Intervenção Social do ISCTE. Acedido em: <http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=26160&op=all>
- Chow, K.M., Chan, J.C.Y. (Novembro, 2014). *Pain Knowledge and attitudes of nursing students: A literature review*. *Nurse Education Today*, 35(2), 366-372. Acedido em [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(14\)00343-8/abstract](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(14)00343-8/abstract)
- Dias, M.O. (2010). *Planos de Investigação. Avançando passo a passo*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves.
- D'Hainaut, L. (1997). *Conceitos e Métodos da Estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dicionário da Língua Portuguesa On-Line (2014)*. Portugal: Priberam. Acedido em: <http://www.priberam.pt/dlpo/>
- Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea (2001)*. Lisboa: Academia das Ciências.
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2014)*. Lisboa: Poto Editora.
- Duke, G., Hass, B.K., Yarbrough, S., Northam, S. (março, 2013). *Pain management knowledge and attitudes of baccalaureate nursing students and faculty*. *Pain Mang.*

Nurse, 14(1), 9-11. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452522>

Glajchen, M. & Bookbinder, M. (abril, 2001). *Knowledge and Perceived Competence of Home Care Nurses in Pain Management*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 4 (21), 307-312. Acedido em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392401002470>

Hair, J.F., Black, B., Babin, B., Anderson, R. E., Tatham, R.L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A..

Hoeksema, S. N., Fredrickson, J.B.L., Loftus G., Wagenaar, W. A. (2012). *Introdução à Psicologia: Atkinson & Hilgard*. 15ª Edição, São Paulo: Cengage Learning Nacional.

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: Glossário*. Lisboa: Edinova.

International Association for the Study of Pain (1994). *Descriptions of chronic pain Syndromes and Definitions of pain terms in classification of chronic pain*. Acedido em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>

Kraus, T.M., Rodrigues, M.A., Dixe, M.A. (2007). *Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor: Construção e Validação de uma Escala de Avaliação*. *Dor*, 15 (1), 49-52. Acedido em: <http://www.aped-dor.org/index.php/publicacoes/revistas-dor/arquivo-2007-2009/100-volume-15-numero-1-2007>

Lameiras, M.P.M. (2009). *As atitudes dos enfermeiros face avaliação da dor crónica nos doentes oncológicos*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Lobo, A. J. S., Martins, J. P. (junho, 2013). *Dor: Conhecimento e atitudes dos estudantes em um ano de seguimento*. *Red de Revista Científica de América Latina*, 22(2), 311-317. Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71427998006.pdf>

Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais*. Pêro Pinheiro: Editora RreportNumber.

Martins, M.C.E.J. (2010). *Dor e a sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP*. (Monografia). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos

Enfermeiros.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Phipps, W. J., Sands, J. k., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico–Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS. Acedido em : <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Plano%20Nacional%20de%20Luta%20Contra%20a%20Dor.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2003). *A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa No. 09/DGCG. Lisboa: DGS. Acedido em: <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Dor%205%C2%BA%20Sinal%20Vital%20-%20Circular%20Normativa%20DGS.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa No. 11/DSCS/DPCD. Lisboa: DGS. Acedido em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2013). *Plano Estratégico de Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: DGS. Acedido em: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2012) *Estatísticas no feminino: Ser Mulher em Portugal 2001-2011*. Acedido em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=135739962&DESTAQUESmodo=2

Rigotti, M. A., Ferreira, A.M. (Novembro, 2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. *Arq. Ciência e Saúde*, 12 (1),50-54. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=430307&indexSearch=ID>

Silva, E. M. R., (2014). *Conhecimento e significados atribuídos à dor pediátrica na*

perspectiva de estudantes de enfermagem e de enfermeiros. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo. Acedido em [https://Ellen_Maria_Reimberg_da_Silva_Versao_Corrigida%20\(7\).pdf](https://Ellen_Maria_Reimberg_da_Silva_Versao_Corrigida%20(7).pdf)

Silva, E.J.G.D.G., Dixe, M.A.C.R. (outubro-dezembro, 2013). *Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português.* Rev. Dor, 14(4), 245-50. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=700059&indexSearch=ID>

Sousa, M. F.C.O. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação - aplicação.* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/14925>

Spínola, T., Martins, E.R.C., Francisco, M.T.R.F. (março-abril, 2008). *Enfermagem como opção: perfil de duas instituições de ensino.* Rev. Bras. Enferm, 61(2). Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a04v61n2>

Spizzirri, G., Pereira, C.A., Abdo, C.H.N. (novembro, 2014). *O termo gênero e suas contextualizações.* Diagnóstico & Tratamento, 19(1). Acedido em: <http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-116.pdf#page=46>

Teixeira, M. J. (2007). *Dor: manual para o clínico / Manoel Jacobson.* São Paulo: Editora Atheneu.

Ugoji, F.N., Agokei, R.C. (2012). *Rural Nursing Students Knowledge of HIV/AIDS, and Beliefs and their Attitude towards People Living with Hiv/AIDS.* International Journal of Psychology and Bahavioral Science, 2(6), 226-230. Acedido em: <file:///Users/marciomaris/Downloads/10.5923.j.ijpbs.20120206.05.pdf>

Varandas, C.M.B.V. (2013). *Fisiopatologia da dor.* (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3955/3/CI%C3%A1udiaVarandasPPG.pdf>

Vasques, C.I., Santos D.S.S., Carvalho, E.C. (abril, 2011). *Trends in research involving the use of therapeutic touch as nursing strategy.* Acta Paul Enferm., 24(5), 712-714. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/en_19v24n5.pdf

Wetterich, N.C., Melo, M.A.A.C. (junho, 2007). *Perfil sociodemográfico do aluno do curso de*

graduação e, enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 15(3). Acedido em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a07.pdf

Young, L., Horton F.M, Davidhiza, R. (fevereiro, 2006). *Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management*. J. Adv. Nurs., 53(4), 412-421. Acedido em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16448484>

Anexos

Anexo I – Autorização da autora para o uso da escala EACPD

28/05/2015

Gmail - Escala de Avaliação da "Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor"



Marisa Vaz <marisavaz83@gmail.com>

Escala de Avaliação da "Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor"

Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros <teresa.kraus@ipleiria.pt>
Para: Marisa Vaz <marisavaz83@gmail.com>

15 de julho de 2014 às 19:09

Estimada Marisa Vaz,

Felicito-a pelos objetivos da sua investigação para a qual desejo desde já, muito êxito.

Conforme referi ao Sr. Professor António Madureira Dias, autorizo a utilização da Escala de Atitudes dos Estudantes de Enfermagem no Cuidar a Pessoa com Dor (EAEECPD) e enviarei o documento formal a comprová-lo; concordo com a opção de aplicar o instrumento inicial que também enviarei oportunamente.

Alguma questão, não hesite em me contatar.

Atentamente

Teresa Kraus

Professor Adjunto

Escola Superior de Saúde de Leiria

Instituto Politécnico de Leiria

Anexo II – Parecer sobre o estudo da Comissão de ética da ESSV



Instituto Politécnico de Viseu
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER**Nº 28/2014**

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "ATITUDE DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM AO CUIDAR A PESSOA COM DOR"

Tendo a estudante Marisa Isabel Pires Vaz sob a orientação do Prof. Doutor Carlos Pereira e Prof. António Madureira Dias, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, incluindo como participantes os estudantes do 2º ano que já tenham realizado o ensino clínico e os do 3º e 4º anos da Escola Superior de Saúde de Viseu, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para conhecer a atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar a pessoa com dor, revertendo-se em benefícios por contribuir para promover atitudes e desenvolver competências que respondam às necessidades e alívio da dor dos doentes; nesse sentido, recomendamos que com a realização deste trabalho sejam propostas estratégias que respondam à finalidade do trabalho, e que os dados sejam divulgados na comunidade escolar;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes que acederem participar no estudo e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação e administração dos questionários;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

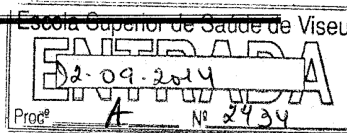
Viseu, 24 de julho de 2014

Francisco Batista Ilue

A presidente da CE da ESSV

Carlos Pereira
 A referenciar
 24/07/2014

Anexo III – Autorização para efetuar a colheita de dados na ESSV



Exmo. Senhor Presidente
da Escola Superior de Saúde de Viseu
Professor Doutor Carlos Manuel de Figueiredo Pereira

Assunto: Pedido de solicitação de aplicação de Questionário

Eu, Marisa Isabel Pires Vaz, estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, a desenvolver a sua dissertação de mestrado na Escola Superior de Saúde de Viseu subordinado ao tema “Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao cuidar a Pessoa com dor”. sob a orientação do Professor Doutor Carlos Manuel Figueiredo Pereira e Professor António Madureira Dias, vem por este meio solicitar autorização ao Exmo. Senhor Presidente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, a aplicação de um questionário junto dos alunos de enfermagem do 2º, 3º e 4º anos desta instituição, referente ao Estudo de Investigação em curso acima mencionado.

*coordenar os 4º e 8º Semestros
Terei conhecimento
A prof. Kadaleves para
agilizar o processo e melhorar
da recolha de dados
19/9/2014*

Pede deferimento,
12 de Setembro de 2014

Marisa Vaz

(Marisa Isabel Pires Vaz,
Aluna n.º 3893 do CMEMC-4.ª Edição)

*- Faltos
- A. C. Esteves
16.9.2014*

*Compreendido pelo
Dr. prof. Dr. C. Esteves
Deferido
16.9.2014*

Anexo IV – Instrumento de Colheita de dados

ESTUDO: ATITUDE DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM AO CUIDAR A PESSOA COM DOR

Eu, Marisa Isabel Pires Vaz, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, estou a desenvolver um estudo referente às “Atitudes dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor”, que se integra no termo do referido mestrado. Como tal solicito a colaboração dos caros Estudantes na obtenção dos dados, através do preenchimento deste questionário. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- Asseguro que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois a investigadora consagra como obrigação e dever o sigilo profissional.

Grata pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

QUESTIONÁRIO

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA	
1 - Idade: _____ anos	
2 - Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
3 - Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____	
4 - Residência: <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> Cidade	
5 - Ano que frequenta: _____ ano	

PARTE II – DOR	
1- Faz a avaliação da dor aos doentes, durante os ensinamentos clínicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
1.1 - Se sim, qual a escala que utiliza nessa avaliação? <input type="checkbox"/> Escala Visual Analógica (EVA); <input type="checkbox"/> Escala Faces (EF); <input type="checkbox"/> Escala Qualitativa (EQ); <input type="checkbox"/> Escala Numérica (EN); <input type="checkbox"/> Outra, qual? _____	
1.2 - Regista de forma sistemática a intensidade da dor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2 - Utiliza medidas de alívio da dor ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2.1 - Se sim, quais ? <input type="checkbox"/> Farmacológicas; <input type="checkbox"/> Não farmacológicas; <input type="checkbox"/> Ambas	
3 - Quais as intervenções não farmacológicas que utiliza para o alívio da dor nos seus doentes? <input type="checkbox"/> Aplicação de calor <input type="checkbox"/> Aplicação de frio <input type="checkbox"/> Exercícios/mobilizações/imobilizações <input type="checkbox"/> Massagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Toque terapêutico <input type="checkbox"/> Musicoterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exercícios de relaxamento <input type="checkbox"/> Técnicas de distração ou atenção dirigida <input type="checkbox"/> Diminuição de ruído e/ou luminosidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Posicionamentos <input type="checkbox"/> Outras, quais? _____	
4 - Quantos doentes por turno teve sob a sua responsabilidade, durante o último ensino clínico? _____ doentes	

ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS “ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PERANTE O CUIDAR A PESSOA COM DOR” (Kraus; Rodrigues; Dixe, 2005)

Responda a cada afirmação assinalando com (X) o número que melhor corresponde à sua opinião

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Procuo adequar o tipo de escala de dor às condições de cada doente.					
2. Para avaliar a intensidade da dor ao doente não colaborante, devo utilizar a escala de faces.					
3. A dor física implica uma causa orgânica identificável.					
4. A avaliação da intensidade da dor, com escalas convencionais, é fidedigna, apenas quando o doente está consciente e colaborante.					
5. O estado emocional do doente está intimamente relacionado com o tipo da sua dor (aguda /crónica).					
6. A dor é sempre acompanhada de sofrimento.					
7. O doente refere uma dor inespecífica quando não está motivado para colaborar na avaliação da dor.					
8. Procuo prevenir a dor e não apenas tratá-la quando surge.					
9. Quando o doente está confuso, é oportuno avaliar a intensidade da sua dor com as escalas convencionais.					
10. As escalas convencionais da dor, avaliam apenas a componente física da dor.					
11. Nos doentes com dor crónica procuro estar atento/a à intensificação da dimensão espiritual.					
12. A mulher com dor solicita menos terapêutica analgésica que o homem com dor.					
13. Para chamarem a nossa atenção, alguns doentes "exageram" as manifestações de dor.					
14. O conhecimento do doente sobre o seu estado de saúde condiciona a sua colaboração na avaliação da dor .					
15. Informar o doente como controlar a sua dor, ultrapassa o âmbito das minhas competências.					
16. A família do doente, precisa do nosso apoio para desempenhar um papel ativo nos cuidados de alívio e controlo da dor.					
17. Conversar com o doente reduz a intensidade da sua dor.					
18. Quanto menor for o nível de formação do doente, mais dificuldade ele terá em situar a sua dor numa escala proposta.					
19. A tolerância à dor varia consoante o tipo de esforço, muscular ou intelectual, a que o doente está profissionalmente sujeito.					
20. O doente tem mais facilidade em qualificar a sua dor do que em quantificá-la.					
21. O doente com dor crónica, tolera melhor a dor.					
22. Devido ao receio de ser sujeito a exames dolorosos, o doente pode referir uma intensidade de dor inferior à que percepção.					
23. Quando os cuidados de enfermagem aumentam a intensidade da dor do doente, procuro antecipar medidas preventivas.					
24. O estado emocional do doente interfere com a sua avaliação da dor.					

25. Quando o doente com dor é demasiado solicitador, procuro evitar aproximar-me dele.					
26. A dor provocada por um procedimento técnico de enfermagem, ainda que intensa, não justifica analgesia.					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
27. Quando o doente com dor é muito solicitador, procuro dar-lhe mais atenção.					
28. A ansiedade aumenta a percepção da dor.					
29. O doente deve ser encorajado a tolerar a dor moderada.					
30. Um doente que se queixa com dor é porque tem dor.					
31. O doente que consegue dormir não tem dor.					
32. Procuro estar atento/a à dor do doente em fase terminal.					
33. No cuidar do doente com dor, a participação ativa do doente é importante.					
34. Sinto-me constrangido/a, só de pensar que, vou ter de cuidar de doentes com dor incontrolável.					
35. A terapêutica farmacológica é o único meio eficaz no combate à dor crónica.					
36. Os gemidos do doente com dor são um pedido de ajuda.					
37. Perante o cuidar do doente com dor crónica receio os meus sentimentos de frustração e impotência.					
38. Podemos avaliar todas as características da dor do doente através das escalas convencionais da dor.					
39. A avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor permitem adequar a prescrição analgésica às reais necessidades do doente.					
40. O nosso conhecimento sobre controlo da dor é insuficiente.					
41. O doente que recusa o analgésico é porque não tem dor.					
42. Tenho necessidade de desenvolver os meus conhecimentos sobre o processo de cuidar do doente com dor.					
43. O recurso exclusivo a medidas não farmacológicas no cuidar do doente com dor crónica, é eficaz.					
44. É necessário avaliar e registar a dor apenas quando o próprio doente valoriza a sua dor.					
45. Para evitar a dependência de analgésicos, tende-se a subvalorizar as queixas de dor.					
46. Alguns doentes não se queixam de dor porque não lhes é dada oportunidade para o fazer.					
47. A administração de opióides fortes ao doente com dor, provoca dependência.					
48. Para cuidar do doente com dor tenho de ter conhecimentos sobre métodos não farmacológicos.					
49. O relato verbal do doente sobre a sua dor é a melhor forma de avaliar as características dessa dor.					
50. Ao cuidar do doente com dor deve dar-se prioridade ao registo da dor.					
51. A tolerância à dor é fortemente influenciada pela cultura do doente.					
52. A intensidade de dor referida pelo doente depende do grau da lesão física.					
53. É importante transmitir ao doente que ele tem direito ao alívio e controlo da sua dor.					

54. As visitas contribuem para aumentar a tolerância do doente à dor.					
55. As medidas mais importantes no alívio da dor são as farmacológicas.					
56. Uma dor crónica provoca no doente problemas de ordem familiar, social e profissional.					
57. O local da dor coincide com a zona da lesão.					
58. A dor provoca respostas emocionais expressas através de comportamentos observáveis.					
59. A dor aguda é um problema mais grave para o doente que a dor crónica.					
60. Os opióides devem ser evitados nos doentes idosos.					
61. Se ao doente com dor fizermos crer que acreditamos na sua dor, isso contribui para o seu alívio.					
62. A qualidade da relação terapêutica é tão importante como as medidas de alívio e controlo da dor.					

Anexo V – Declaração de Consentimento ao participante

Declaração de Consentimento ao participante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao cuidar a Pessoa com dor” e cujos objetivos principais são: conhecer a informação que os estudantes de enfermagem possuem sobre a dor; avaliar a atitude dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor; identificar a adesão aos recursos terapêuticos farmacológicos e não-farmacológicos, dos estudantes de enfermagem no cuidar da pessoa com dor;

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram a obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), ___ / ___ / ___

Nome _____

Assinatura do participante _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador _____

Assinatura _____