

Parte I

Fundamentação Teórica

INTRODUÇÃO

A dor é um problema que afecta diariamente milhares de pessoas em todo o mundo, independentemente do sexo, idade, raça ou classe social, e segundo International Association for the Study of Pain (IASP), uma das razões que mais leva à procura dos cuidados de saúde, constituindo a queixa mais frequente e antiga da história da Medicina. Pode ser sinal de que algo está errado no organismo humano, constituindo um perigo real ou potencial ou ainda instabilidade orgânica e alteração do estado saudável do indivíduo, mas também pode ser uma doença em si, como nos refere EFIC (European Federation of Lasp Chapters, 2001 cit. por Direcção Geral de saúde (DGS, 2008). A dor é uma das principais causas de incapacidade física e funcional do ser humano, e pode desencadear uma série de transtornos orgânicos, psicológicos e sociais, naquele que a vivencia, independentemente da causa, da intensidade ou outros factores, interferindo negativamente na recuperação e qualidade de vida do indivíduo e sua família, o que contribui para o aumento dos custos na área da assistência à saúde, compensações e litígios.

Contudo hoje em dia, pela sua prevalência e impacto negativo, potencial de incapacidades, consequências de uma incorrecta avaliação, ou adesão aos tratamentos e cuidados de saúde (Plano Nacional da Luta Contra a Dor - PNLCD, 2001), tornou-se num flagelo, numa epidemia silenciosa para a sociedade a nível mundial e um problema grave de saúde pública, que tem merecido ultimamente uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde e investigadores das mais diversas áreas, com o objectivo de ser compreendida, diagnosticada, mensurada, avaliada e devidamente tratada, afim de minimizar a morbilidade, garantir uma maior sensação de bem estar, autonomia, independência e consequentemente melhorar a satisfação e a qualidade de vida apesar dos inúmeros obstáculos à sua valorização e tratamento (Fragoso, 2002).

Para a IASP, a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual actual ou potencial ou descrito em termos de tal lesão”. A dor é sempre subjectiva e pessoal, retratada pelo próprio, onde, quando e com que intensidade a sente. É temida por muitos, mais do que a própria morte. (Smeltzer e Bare, 2005)

Celich e Galon (2009), acrescentam que a dor se relaciona com a memória individual, com as expectativas e as emoções que cada um sente, podendo ser aguda ou crónica.

À medida que se conhece mais e melhor a dimensão do fenómeno da dor, percebe-se que merece cada vez mais atenção, dedicação e investimentos.

Actualmente, apesar da obrigatoriedade do registo da intensidade da dor esta prevalece subtratada, quer pela subjectividade da própria definição, quer pela demora no diagnóstico e tratamento adequados, cabendo aos profissionais de saúde desenvolver a capacidade de estar atentos a demonstrações de dor que vão muito além da que é verbalizada: os movimentos corporais, a expressão facial, o silêncio..., e ainda ser capaz de diagnosticar a dor, de monitorizar indicadores de dor, de identificar e implementar estratégias de prevenção e tratamento adequados. Quando devidamente tratada, a dor gera satisfação na pessoa, constituindo por isso um indicador da qualidade dos cuidados em saúde prestados e também da eficácia da terapêutica escolhida com base na intensidade da dor verbalizada pelo próprio, o que por sua vez gera novo indicador de saúde ao reduzir os dias de internamento e o número de consultas, bem como o uso indevido de múltiplos medicamentos. A prevenção e o tratamento da dor são um direito da pessoa e um dever dos profissionais de saúde e uma peça fundamental para humanização dos cuidados (DGS, 2003).

O controlo da dor constitui uma prioridade e um dos maiores desafios para utentes, famílias, profissionais de saúde, sistemas de saúde, governos e sociedade, e é nesta perspectiva que pretendemos estudar a “Dor no Idoso – Satisfação com o Tratamento”. Tendo como objectivo principal deste trabalho identificar o grau de satisfação dos idosos, face ao tratamento da dor, e ainda identificar as características sócio – demográficas e clínicas da população idosa em estudo, as estratégias de tratamento mais utilizadas pelo idoso no alívio da dor e a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas, com maior impacto na satisfação com o tratamento da dor. Este estudo encontra-se dividido em 3 partes: na primeira desenvolvemos o enquadramento conceptual, destinado a enquadrar o problema em estudo, baseado na pesquisa bibliográfica; na segunda, apresentamos as opções metodológicas seleccionadas para abordar o problema em causa e na terceira apresentamos a discussão dos resultados obtidos, as conclusões e as limitações deste estudo.

CAPITULO I - DOR

1.1 - EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DOR: DEFINIÇÃO

Na história da humanidade a dor foi sempre alvo de múltiplas descrições científicas e literárias. Desde sempre se tentou estudar, compreender e tratar. Ao longo dos séculos, tem constituído uma das maiores preocupações, desafios da humanidade/ sociedades e tem gerado uma procura constante na determinação da sua natureza e também dos procedimentos destinados ao seu controlo. A evolução do seu conceito tem sofrido vários significados e interpretações, relacionadas com mudanças no campo científico, sendo influenciada por inúmeros factores. A própria definição de dor evoluiu ao longo do tempo, acompanhando a consciencialização do impacto desta nos diferentes aspectos da vida humana. A dor tem atormentado o ser humano e tem sido encarada como um calvário na vida deste. Relatos datam, que nos primórdios da civilização, a dor era percebida em função das crenças e mitos, estando associado a espíritos maus, magia, demónios, castigos/punições por faltas cometidas; e o seu tratamento era feito à base de produtos naturais, preces e sacrifícios, sendo o seu alívio da responsabilidade de feiticeiros e sacerdotes, “numa tentativa de purificar o corpo, redimir a alma e aproximar o Homem de Deus” (Silva, 2008). Durante séculos, a dor foi percebida por esta concepção moral e religiosa.

Com a evolução do pensamento humano e da ciência, procuraram-se respostas fisiopatológicas para a dor. Os egípcios atribuíam a dor, a uma experiência no coração. Os gregos e os romanos foram os primeiros a falar sobre a interligação do cérebro e sistema nervoso central (SNC) à produção e percepção da dor. Aristóteles foi quem estabeleceu a ligação da dor ao SNC, considerando-a uma emoção. Na antiga Europa, acreditava-se que o cérebro era a razão de tal sensação. Leonardo da Vinci, atribui esta sensação ao SNC. O estudo da dor gerou inúmeras discussões e controvérsias entre teóricos e especialistas. Várias teorias foram ao longo dos tempos apresentadas para compreender e procurar as razões ou as respostas fisiopatológicas, que justificam a ocorrência da dor e desenvolver uma metodologia destinada ao seu controle. Entre elas a mais clássica é a da especificidade (a via da dor) proposta por Descartes em 1644 (Phipps et al, 2003 cit. por Silva, 2008) e a mais recente a “Gate Control Theory”, proposta por Melzack e Wall (1965), a qual veio permitir compreender o fenómeno da dor. (Silva, 2008).

Mas afinal o que é a dor? Como podemos defini-la?

A dor é algo intrínseco à própria vida humana, vivida sempre na primeira pessoa, e só acessível aos outros através do próprio, verbalmente ou por outra forma. É um fenómeno complexo, subjectivo, multidimensional e plurifactorial (Metzger, Schwetta e Walter, 2002), provocando alterações biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais, afectivas e morais (PNLCD, 2001). A dor não se esgota na consciência de um estímulo, é a corporização física e psíquica do sofrimento humano. Oliveira, cit. por Teixeira (2007) acrescenta que factores socioculturais, ambientais e psicológicos, têm uma influência na expressão de dor, comprometendo a acção dos profissionais de saúde. As causas da dor no ser humano são inúmeras e podem influenciar a existência e a intensidade da dor no decurso do tempo, sendo a primeira, aquela que se identifica como presumível resultado duma agressão ou lesão. Para Wall (2007), a dor é definida como a ciência do sofrimento. Já Kazanowski e Lacetti (2005), referem que a dor é “um fenómeno universal, subjectivo e particular, vivenciado por todas as faixas etárias e em todas as situações e ambientes”.

A DGS (2001), entende a dor como um fenómeno complexo cuja grandeza é variável, uma realidade abstracta, especulativa nas suas diferentes vertentes e com contornos indefiníveis (difícil de delimitar, medir, avaliar), em constantes transformações dinâmicas. Verificaram deste modo que a dor é um fenómeno, uma experiência, um sintoma desagradável que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (DGS, 2003), e independentemente da situação clínica que a provoque, da prevalência, do tipo de dor e da progressão/estadio da doença ela deve e pode ser tratada e/ou aliviada, com o devido zelo, respeito e conhecimentos, sempre numa perspectiva de êxito, adequando serviços e profissionais de saúde. Concordam com McCaffery e Pasero (2002) cit. por Ferreira (2009a), quando referem não existir uma definição certa e precisa, sendo a dor aquilo que a pessoa diz que é e sente, existindo sempre que o individuo diz que existe.

1.2 - DOR COMO 5º SINAL VITAL

A Joint Commission on Accreditation on Health Organizations (JCAHO), instituição que avalia e valida instituições de saúde, publicou uma norma na qual descreve a dor como 5º (quinto) sinal vital (Pedroso e Celich, 2006). Sendo assim, a queixa do utente deve ser sempre tomada em consideração e deve ser avaliada e registada com o mesmo zelo, no mesmo momento em que são verificados os restantes sinais vitais. Portugal, foi um dos pioneiros a implementar um Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001). Segundo este, previa-se que até

2007, 75% dos hospitais possuíam Unidades de Dor (UD) com características próprias, pessoal especializado e técnicas terapêuticas diferenciadas, que permitissem o alívio da dor aguda ou crónica, proporcionando um acesso aos cuidados, de forma mais atempado: com tratamento adequado, tecnicamente correcto e humanizado para quem sofre de dor. Também a DGS (2003), primorizando a dor como um flagelo nacional, considerou que a dor devia ser abordada como 5º sinal vital, e através da Circular Normativa nº 09 de 14/ 06 (2003), salienta o cariz obrigatório da avaliação e do registo da sua intensidade, que desde essa data deve ser realizada de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais (dor deve ser tantas vezes avaliada quanto os outros sinais vitais), em todas as unidades de saúde, quer de cuidados de saúde primários, quer diferenciados, sendo considerado uma boa prática clínica. Refere ainda que a dor define-se “como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo uma componente sensorial e emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a dor associa-se, a uma lesão tecidual concreta ou potencial”. A própria resposta à dor é influenciável e está estreitamente relacionada com o estado de espírito e varia consoante valores e interpretações socioculturais de onde os indivíduos se inserem, motivo pelo qual, devemos ter presente factores como: idade, sexo, raça, cultura dominante, status sócio-económico, educação, religião, personalidade, experiências prévias de dor e o contexto actual em que a mesma é vivenciada. Analisada, deste modo, a dor não é apenas uma experiência física mas também uma experiência emocional, social e espiritual.

A avaliação da dor, depende da intensidade manifestada pela pessoa com dor, através de um instrumento de medida (escalas de avaliação da dor), e segundo as normas da (JCAHO), esta deve compreender dois registos de avaliação: o do momento avaliação e outro posterior à intervenção efectuada (30 minutos para medicação parentérica, 60 minutos para medicação oral ou intervenção não farmacológica). O profissional de saúde deve ser perspicaz e estar alerta tanto às respostas fisiológicas como comportamentais que advém da dor, pois muitas pessoas menosprezam a dor devido à própria cultura.

As características da dor devem ser sempre mencionadas e registadas: desde o início, o local, tipo de dor, duração, factores desencadeantes, os atenuantes ou estratégias de alívio adoptadas, pois só assim se contribui para um cuidar efectivo e humanizado.

Segundo a DGS (2003) a dor e os efeitos da medicação devem ser valorizados e sistematicamente, diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boas práticas e cuidados humanizados, na abordagem à pessoa humana, independentemente da idade, tipo de dor e origem da mesma. A negação ou a desvalorização

da dor do outro é um erro ético, e também uma falha na excelência do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

1.3 - CLASSIFICAÇÃO DA DOR

A dor é uma experiência única, individual e subjectiva para quem a vivencia, dificultando a sua classificação e a sua categorização. Neste contexto, Kazanowski e Lacetti (2005) evocam a necessidade de se classificar a dor e de a categorizar, nomeadamente no que se refere à etiologia, características, intensidade e duração. Segundo o diagnóstico de enfermagem aprovado pela NANDA- (North American Nursing Association), a dor é classificada em aguda e crónica. Quanto à etiologia a dor define-se pela origem (superficial, profunda ou visceral), pela localização, pelo tipo (difusa ou localizada), pela intensidade (fraca, moderada e forte), pela duração (aguda, crónica, recorrente), e pelo seu carácter (intermitente, lancinante). Quanto ao mecanismo fisiopatológico, a dor pode-se subdividir em duas categorias: dor nociceptiva e não nociceptiva. Dor Nociceptiva: é a dor clássica, associada a dano tecidual relacionado com lesões somáticas ou viscerais identificáveis, que ocorre directamente por estimulação química ou física de terminações nervosas normais. São exemplos: situações inflamatórias, traumáticas e invasivas, ou isquémicas, provocadas por uma lesão (fractura, dor pós-operatória, cancro, artrose, abscesso dentário, falta irrigação, picada, corte), Gomes cit. por Teixeira (2007).

Para Tarrío (2006), a dor somática, deriva da activação dos nociceptores da pele, músculos e articulações, e é descrita como continua ou intermitente e bem localizada, (ex: dor reumática, metástases ósseas). A dor visceral, deriva da activação dos receptores viscerais abdominais ou torácicos, e é descrita como profunda, difusa e reflexa, mal localizada e que irradia, (ex: cólica renal, obstipação). Ambas respondem bem aos analgésicos e opióides. Esta é frequentemente acompanhada por náuseas e vómitos.

A dor não nociceptiva pode ser neuropática e psicogénica. A dor neuropática resulta da lesão do SNC ou sistema nervoso periférico (SNP) por dano a nível função nervosa, que se manifesta por sensações de queimadura, de descargas eléctricas ou de formigueiros. Ocorre frequentemente após se ter sofrido de um acidente vascular cerebral (AVC), da secção de um nervo ou de uma amputação, esmagamento do tecido nervoso.

O mesmo autor, descreve-a como lancinante, tipo queimadura, (ex: neuropatia diabética, dor fantasma, nevralgia do trigémio e pós herpética). Já Nascimento (2007) e Twaddle e Cooke cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008), acrescentam que a este tipo de dor

estão associadas alterações da sensibilidade (ex:parastesias) no local da lesão, alteração da temperatura e é descrita como tendo estímulos eléctricos. A dor pode ser continua ou intermitente e a intensidade de fraca a intolerável, dependendo do estado da doença e do comprometimento dos nervos. A dor psicogénica é “uma manifestação somática de uma perturbação emocional. O seu diagnóstico é difícil, pois, não havendo lesões ou causas visíveis, infere-se tratar-se de um problema psíquico”(Metzger, Schwetta e Walter, 2002), muitas vezes relacionado com depressão, ansiedade ou simplesmente sofrimento em qualquer dimensão da vida humana.

Quanto à duração, a dor pode ser aguda e crónica. Segundo Kazanowski e Lacetti (2005), a dor aguda, normalmente tem na sua génese um factor precipitante identificável e refere-se ao período de tempo que a pessoa vivencia essa dor. Aparece de forma abrupta e repentina e suscita um reflexo de retirada, por fuga, defesa ou remoção do agente causal (físico, biológico ou químico). Pode ser constante, intermitente ou ambas. Este tipo de dor é uma resposta fisiológica a estímulos térmicos, mecânicos e químicos nocivos. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INC, 2001), a dor aguda surge rapidamente, resultando de lesões traumáticas, processos inflamatórios ou infecciosos. Tem uma duração relativamente curta de segundos, minutos, horas, dias a algumas semanas. Kazanowski e Lacetti (2005) acrescentam que esta não ultrapassa os 6 meses. Já Andrade e Teixeira (2010) referem que a dor aguda é um sinal de alarme, fundamental à sobrevivência humana, por um lado tranquiliza e por outro inquieta, isto numa perspectiva de proceder a um diagnóstico, e é ainda referida como resultando de uma lesão tecidular (Metzger, Schwetta e Walter, 2002). A IASP, refere que é uma dor com início recente e provavelmente de duração limitada, havendo uma relação temporo-causal. O controlo deste tipo de dor depende muitas vezes de protocolos de actuação, contudo continua subvalorizada pelos profissionais, aumentando o sofrimento, dias de internamento, custos, morbidade e insatisfação, como nos refere o Plano Nacional Contra a Dor (PNCD ,2008).

A dor crónica é um dos problemas de saúde mais estudados ultimamente, dada a sua prevalência e impacto negativo sobre as funções físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. O impacto económico da dor crónica é enorme, estimando-se que a Europa e os Estados Unidos da América sejam os mais afectados (Loeser cit. por Roenn, Paice e Preodor, 2008).

Nesta perspectiva a IASP, declarou a dor crónica como uma doença por si só e um grave problema de saúde pública. Assume um grau de cronicidade no tempo, perdurando para lá dos 3 a 6 meses e podendo perdurar para além do período da cura e pelo resto da vida

(DGS, 2010), o que por si só limita, restringe, desgasta física e psicologicamente quem a experiencia e quem coabita com essa pessoa, tornando-se num dos maiores obstáculos à recuperação e promoção da qualidade de vida.

Twaddle e Cooke cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008) dizem que cronicidade é persistir muito tempo após a cura ou resolução da lesão. Segundo vários clínicos de cuidados paliativos, esta é também chamada de dor geral ou total, pois excede os limites da pessoa com dor, afectando também as pessoas que convivem em casa e até a equipa que lhe presta cuidados. IASP, refere que esta dor leva ao sofrimento e manifesta-se por vários estadios patológicos. Esta caracteriza-se, não tanto pelas alterações dos sinais vitais, mas pelo isolamento social, cansaço, sofrimento, depressão, irritabilidade, labilidade emocional, diminuição da libido e actividade sexual, anorexia, alterações na mobilização, marcha, sono, estilo de vida, absentismo, alteração da personalidade e poli farmácia (Gomes cit. por Teixeira 2007). Segundo o INC (2001), a dor crónica é contínua ou recorrente (ocorre por períodos de curta duração que se podem, manifestar durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico), não sendo limitada no tempo/espço. Segundo Metzger, Schwetta e Walter (2002), este tipo de dor “de sinal de alarme passa a doença em si”, tornando a pessoa “um prisioneiro do próprio corpo”. Teixeira (2007) refere que a dor crónica leva à incapacidade e acarreta distúrbios biopsicossociais desfavoráveis. Referem que mais de 100 milhões de norte americanos sofre de dor crónica, e em Portugal esta afecta aproximadamente cerca de três milhões de indivíduos (Lopes, 2008). E o seu tratamento deve combinar associação de terapias não farmacológicas, invasivas temporárias ou permanentes, cognitivos comportamentais e alternativas. A reabilitação neste tipo de dor tem como objectivos maximizar as capacidades humanas (físicas e psicológicas), reduzir a dor e ainda ensinar a pessoa adquirir estratégias para lidar com a dor residual. Já, Teixeira et al. (2007), refere que a prevalência deste tipo de dor é de cerca de 7 a 40%, nas comunidades, sendo que 8% vivencia uma dor persistente e intensa. Alcântara et al. (2010), revelam num estudo realizado com 115 pessoas, que a dor crónica moderada a forte associada a componente sensorio-afectiva, aumenta o nível de incapacidade, sofrimento e depressão, pelo que adoptando estratégias de avaliação e intervenção adequados pode-se melhorar os resultados.

1.4 - DOR COMO FENÓMENO CULTURAL E RELIGIOSO

A dor é uma experiência individual de quem a sente, contudo difícil de descrever, mas sendo o ser humano um ser bio-psico-socio-espiritual, ele vivencia a dor, e atribui-lhe significados diferentes consoante o meio onde se encontra. A cultura é assim um sistema de

significados (símbolos, rituais, arte, religião, linguagem, crenças...) transmitidos de geração em geração, que permite ao Homem, compreender o mundo, viver e comportar-se dentro dele, na relação com os outros e com o meio ambiente; exercendo uma grande influência em todos os aspectos da vida do homem, mas também um poderoso efeito sobre a tolerância à dor. A socialização a que estamos sujeitos ao longo da vida, implica que as nossas experiências e condutas humanas sejam atribuídas à história e à cultura, daí a percepção da dor e o modo de a vivenciar e exteriorizar, ser directamente influenciada por estas. A percepção da dor e o modo como é manifestada ou descrita, é diferente de cultura para cultura, e este comportamento pode variar segundo o sexo, idade, posição social, entre outros aspectos. Budó et al. (2007) refere que é frequente observarmos, que determinados estímulos provocam dor insuportável numa pessoa, e noutra pessoa são perfeitamente bem tolerados, ou seja, as reacções à dor variam de pessoa para pessoa, bem como varia na própria pessoa em momentos diferentes. Segundo Kazanowski e Lacetti (2005) algumas culturas consideram a expressão da dor um sinal de fraqueza, outras desejam que a sua manifestação seja aberta.

Cada sociedade, cultura, grupo social e, até cada família, desempenha um papel importante na experiência de dor assumindo uma linguagem e comportamento próprios face à dor, fazendo com que as outras pessoas se tornem cientes de seu sofrimento, como nos refere Budó et al. (2007) e ainda que a fé interfere com a tolerância à dor, que por um lado alivia, mas por outro constitui uma punição, castigo, pecado. Segundo Brito e Almeida (2010), numa pesquisa sobre a influencia da cultura na percepção da dor revelam, que sob o ponto de vista religioso, em sociedades católicas, a dor é vista como castigo divino, que não deve ser manifestada, para que a pessoa demonstre arrependimento pelos seus pecados. Já em algumas tribos, a dor representada pela tortura ao corpo pode ser visto como uma passagem para outra fase da vida, referem ainda que a percepção da dor pode variar segundo o sexo e classe social. Dizem que os homens no Brasil expressam menos dor que as mulheres, para provarem a sua virilidade.

Nesta linha de ideias Green, et al. (2003) referem que os africanos americanos referem mais dor, alterações do sono, depressão e stress associados à dor do que os caucasianos americanos. Também Silva (2008) referiu que num estudo realizado por Ruehlman et al. (2005) e Sheffield et al. (2000), que os afro americanos revelaram “uma maior interferência da dor na sua vida diária, deficiência nas estratégias de coping, atitudes e crenças contraproducentes” do que os caucasos americanos e as mulheres demonstraram ter dores mais intensas e desagradáveis do que os homens.

Estes preconceitos dificultam avaliação e que tipo de intervenção deve o profissional de saúde assumir na avaliação e alívio da dor, contudo todas as expressões de dor devem ser aceites, independentemente da religião professada, cultura/meio ambiente envolvente. Segundo, Kazanowski e Lacetti (2005), preconceitos e diferenças culturais não devem influenciar o profissional de saúde, na avaliação da dor nem na selecção das estratégias para o seu alívio. Twaddle e Cooke cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008), referem que conhecer os aspectos religiosos e culturais afectos à pessoa com dor ajuda a determinar a tolerância à dor e influencia aceitação da terapêutica e outros tipos de tratamento.

1.5 - DOR E CONVIVÊNCIA SOCIAL

A dor embora individual e privada pode tornar-se pública pela intensidade da mesma e pela incapacidade que origina, através de reacções e comportamentos como expressões faciais, condutas, sons, gestos e movimentos corporais emitidos, ou seja, a dor altera a rotina diária da pessoa e quebra a relação com o mundo, levando a um sofrimento visível.

Segundo, Celich e Galon (2009), a dor é um dos factores que mais limita o idoso, no seu dia a dia, revelando um impacto negativo na realização das AVD'S (actividades de vida diária), qualidade de vida, convivência social, podendo levar ao isolamento, solidão, depressão e suicídio. A dor é também uma das principais causas de absentismo ao trabalho, baixa médica, incapacidades, reforma por invalidez, indemnizações e baixa produtividade e aumento dos custos em cuidados de saúde, como nos refere Neto, et al. (2010). Para Twaddle e Cooke cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008) a dor tem repercussões sociais e financeiras que podem agravar o estado da pessoa e ainda da família, pelo que avaliação social da dor requer perícia, despistando carências familiares e ambientais.

As crenças, expectativas e valores de cada ser humano influenciam a capacidade das pessoas com dor, em se manter activas. Vários autores referem, que aquele que desenvolve estratégias de convívio positivo, consegue modificar a percepção e a intensidade da dor, permitindo-lhe continuar a realizar as suas AVD'S, a laborar e a conviver com os outros, diminuindo o stress psicológico. Revelam ainda que a criatividade e a produtividade não diminuem com a idade, nem terminam com a reforma, pelo que preservar algum tipo de actividade, seja qual for a sua natureza, é crucial e indispensável para um envelhecimento sadio, pois permite melhorar a convivência e a interacção social dos idosos com pessoas de diferentes idades, proporcionando satisfação pessoal, aumento da auto - estima, da independência, melhoria das funções físicas e mentais, resultando num aumento da qualidade de vida.

CAPÍTULO II – DOR NO IDOSO

2.1 – QUESTÕES BÁSICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO

Vivemos hoje numa sociedade cada vez mais envelhecida, onde o papel dos idosos mudou bastante. Nas sociedades antigas, ser-se idoso era sinónimo de sabedoria, respeito, tomada de decisões, hoje para muitos, os idosos não passam de inúteis, frágeis, poço de problemas, de seres invisíveis. Não é o facto de envelhecer que os assusta, mas sim o de se tornarem dependentes, adoecerem e sofrerem.

Durante toda a vida, vive-se num processo complexo de interdependência, e nem sempre se é velho com doenças. Cada um, envelhece e vive de acordo com experiências únicas a ritmos diferentes. O envelhecimento é um processo dinâmico, irreversível e progressivo no qual ocorrem alterações fisiológicas, morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível, vulnerável e frágil a agressões diminuindo a capacidade de sobrevivência e adaptação. A grande maioria dos idosos desenvolve, ao longo da vida, doenças crónicas, decorrentes da perda contínua da função de órgãos e sistemas biológicos contudo não aceitam bem este processo inevitável da decadência do seu corpo, associando muitas vezes a este, o sinónimo de fim de vida.

Segundo Lopes (2008), na Europa a “população idosa é proporcionalmente maior do que noutras partes do Mundo”, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde e para a sociedade em geral. Um dos maiores desafios do século XXI é a construção e implementação de estratégias não apenas para continuar aumentar os anos de vida, mas sobretudo o de prevenir incapacidades, melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde com que esses anos serão vividos. O envelhecimento da população é uma tendência mundial e é reflexo de vários factores, tais como a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, progresso da medicina (preventiva, curativa e reabilitadora) e os avanços tecnológicos no controlo das doenças crónicas degenerativas, à melhoria das condições socioeconómicas, cuidados de saúde, higiene e nutrição, que juntos, possibilitaram um aumento na expectativa de vida.

A DGS no PNSPI (2004) refere que envelhecer faz parte do ciclo da vida e que é prioritário viver de forma autónoma e saudável. Para Bassani et al. (2009) o envelhecimento humano é complexo, universal, individual e único, influenciado por uma série de variáveis e

fatores genéticos e ambientais, pela biologia celular e sua influência no funcionamento dos órgãos e tecidos do organismo humano.

Os idosos requerem cuidados diferentes, quer pelas atitudes perante a dor quer perante os objetivos de vida. A dor no idoso é um problema actual que tende a crescer com o envelhecimento da população, uma vez que se fica mais susceptível a lesões, a probabilidade de sofrer de doenças crónicas é maior e a obtenção da cura é menos eficiente. A prevalência varia de acordo com o ambiente, segundo Hauser cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008). O mesmo refere que no projecto Assessing care of Vulnerable Elders (ACOVE), realizado por uma equipa multidisciplinar, com início em 2000, o controlo da dor assumia uma posição de destaque, num conjunto de condições identificadas prioritárias, que interferiam com a qualidade de vida do idoso.

Dias (2001) cit. por Silva (2008), “refere que os idosos são especialmente sensíveis à dor crónica e às doenças que a provocam. A cronicidade desta gera debilidade, fragilidade e, frequentemente, depressão grave”. Esta problemática da dor nos idosos agrava-se, uma vez que é frequente sofrerem de morbilidades várias nomeadamente do foro neurológico, oncológico, reumatológico e vascular, susceptíveis de provocar dor.

Celich e Gallon (2009) referem que a dor, “quando presente na vida do idoso, enfraquece, consome, instiga, o que ele tem de mais precioso – a vida”. A dor fragiliza e ameaça a integridade física, psíquica, social e espiritual do idoso, nomeadamente a nível da sua segurança, bem-estar, autonomia e independência, impedindo e limitando na sua maioria a capacidade de realizar as AVD’S e conviver e inter agir socialmente – situações estas que destroem a sua qualidade de vida e corroem a vontade de viver, tal como nos referem os autores mencionados anteriormente.

2.2 - DOR NO IDOSO - PRINCIPAIS CAUSAS

A dor é a queixa principal do ser humano e o sintoma mais frequente nas anamneses. No idoso é muito frequente e estima-se que 50% dos idosos sofra de dor crónica e que esta percentagem atinja os 80% em idosos internados, DGS (2010). Teixeira, et al. (2007), refere que 80 a 85% das pessoas com mais de 65 anos, apresenta um problema de saúde, que origina dor, sendo as lombalgias, a doença crónica com maior prevalência, equivalente em ambos os sexos. As causas de dor no idoso são múltiplas e diversos estudos apontam como as mais frequentes a patologia osteo-articular (artroses), osteoporose, quedas (fracturas), doença

vascular periférica (neuropatia diabética), nevralgias, enxaquecas, AVC, patologia oncológica (neoplasia da mama, próstata, pulmão e colo-rectal), que afectam a qualidade de vida.

Teixeira, et al. (2007) referem que 70% dos idosos apresentam: artralguas, na região lombar a incidência é de 40 a 45%, nos membros inferiores 37 a 50%, no tórax 7 a 9%, nos membros superiores 8 a 10%, na cabeça 3 a 5% e outras regiões 4 a 7%. O mesmo autor e Okada, referem que 1/3 dos idosos apresenta polineuropatia (2007).

Gomes, cit. por Teixeira (2007) faz alusão a estudos que referem a presença de dor continua em 34% e intermitente em 66%, dos idosos internados, tendo como causas a lombalgia em 40% dos casos, 24% artrite dos membros inferiores, 14% associado a fracturas e 11% a neuropatias. O mesmo, acrescenta que as dores com maior prevalência são: dores pela artrite reumatóide, dores isquémicas e caimbras, dores musculoesqueléticas, dores oncológicas (estas afectando cerca de 80% dos idosos, 67% das quais associada à doença e à metastização óssea e 25% associado aos tratamentos/ processos invasivos, com uma intensidade moderada a intensa). Segundo um estudo realizado pelo Instituto Português de Reumatologia (2002) a osteoartrose têm uma prevalência tal, que os idosos com mais de 70 anos apresentam alterações radiológicas. Já a OMS (2003) referiu que a osteoartrose, a artrite reumatóide, lombalgias e fracturas osteoporóticas afectam milhões de pessoas a nível mundial. E pela prevalência da dor musculoesquelética, a OMS e a ONU, atribuíram à década de 2000-2010, a “Década do osso e da articulação”. (OMS cit. por ONDOR, 2003)

Vários estudos, referem que o cancro é a segunda causa de morte em indivíduos com mais de 65 anos. Referem ainda que os idosos têm uma menor sensibilidade a estímulos dolorosos sendo esta a razão que leva a que um idoso ao queixar-se de dor a intensidade desta seja efectivamente elevada. Lopes (2008), refere que este problema agrava-se, quando associado com outros, nomeadamente às dificuldades psicossociais inerentes à idade, tais como “a reforma, perda de suporte familiar, do estatuto social e a institucionalização em lares”, entre outros; potenciando o aparecimento no idoso de vários outros problemas tais como ansiedade, perturbações do sono e da capacidade de relacionamento, incapacidade para desempenhar AVD’S conduzindo a estados depressivos, isolamento, dessocialização e a perda de sentido na vida (com risco acrescido de suicídio). Segundo a OMS, “a dor pode matar”, DGS (2010).

Neste cenário é fácil entender que a dor tem consequências mais graves no idoso pois as próprias reservas fisiológicas são já menores e é limitada a capacidade de compensação face ao stress causado pela dor e subtratamento da mesma.

O alívio da dor é um direito que assiste a qualquer pessoa, e constituiu um inquestionável dever médico e de qualquer profissional de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A dor crónica mal controlada é ainda uma realidade demasiado frequente, apesar de existirem medicamentos disponíveis para o efeito, pessoal técnico especializado, Unidades de Dor e ainda directrizes da DGS, PNCD e da própria Constituição da República Portuguesa que expressam o direito humano à saúde, com cuidados adequados e sem sofrimento. Idosos com dor crónica recorrem a vários profissionais e a estratégias alternativas de tratamento buscando a cura, exigindo uma equipa multidisciplinar e um tratamento diferenciado e muitas vezes advém do incorrecto controlo da dor aguda.

2.3 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A DOR NO IDOSO

Na vida é necessário estar preparado e aceitar as limitações ou agravamento de certas doenças com positivismo, pois o comodismo e a passividade apenas irão perpetuar a dor, o sofrimento, a angústia. A dor não depende apenas da lesão orgânica que a desencadeia, factores internos e externos ao indivíduo têm influência directa na percepção desta. A idade, sexo, raça, cultura, educação, patologia crónica múltipla, poli medicação, acidentes domésticos e de viação, luto, experiências passadas, internamentos institucionais, isolamento social, fenómenos de desertificação, fragilidades económicas, alterações da estrutura familiar, inaptações ao meio habitacional e o não aceitar o envelhecimento como um fenómeno natural, são alguns dos factores que, ocorrem frequentemente na população idosa. Como consequência condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida, obrigando a uma avaliação e actuação multidisciplinares, a nível local, regional e nacional, com o objectivo de arranjar estratégias que diminuam a dor e o sofrimento.

2.3.1 - Implicações Clínicas e Sociais

Diversos são os motivos que levam os idosos a omitir ou a não tornarem pública a sua dor, entre eles encontram-se as crenças de que a dor é sinal de fraqueza ou punição divina; medo de se viciarem em analgésicos, medo de se submeterem a exames complementares de diagnóstico dolorosos ou incómodos, preocupação com os custos dos tratamentos, medo que a dor esteja associada a uma doença grave e mesmo à morte, medo de perder o controlo e independência da sua própria vida, desconhecimento sobre estratégias de alívio da mesma.

Segundo Paula, cit. por Teixeira (2007) a dor acarreta limitações físicas, alterações a nível laboral, comprometimento das relações socio familiares, das funções cognitivas, alterações no desempenho das AVD'S, alteração do ciclo sono/vigília, auto estima e humor. O

mesmo é referido por um estudo realizado pelo Instituto Português de Reumatologia (2002), onde as doenças reumáticas são as doenças crónicas com maior prevalência e motivo de procura dos cuidados de saúde, a primeira causa de absentismo laboral, a segunda causa de maior despesa com medicação; a primeira causa de incapacidade temporária ou definitiva e que 50% população com mais de 65 anos sofre destas. Reforçam ainda, que muitos autores consideram este tipo de doenças a principal causa da reforma antecipada por invalidez.

Em Portugal, o impacto socio-económico da dor, não está ainda muito estudado, mas como referido no PNCD (2008) e de acordo com a EFIC, as repercussões sócio-económicas da dor foram equiparadas às causadas pelas doenças cardiovasculares ou pelo cancro. Neste plano um estudo realizado no Reino Unido (N. Maniadakis e A. Gray, 2000) estimou que a despesa de saúde relativa às lombalgias, que constituem a patologia dolorosa crónica mais frequente, foi de 2,5 biliões de euros só no ano de 1998 e que associando a esta despesa os custos indirectos, em consequência das perdas de produtividade, do absentismo, das reformas antecipadas, entre outros, esse número sobe para quase 20 biliões de euros, como nos refere Silva (2008). Já Loeser cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008) referem que os custos da dor crónica por lombalgias nos EUA e Reino Unido são catastróficos. Mais recentemente e através do projecto europeu “Pain Proposal” sobre o impacto da dor crónica, conclui-se que o mesmo é avultado, estimando-se “um absentismo de 14 dias por individuo, com encargos salariais por parte da Segurança Social representando mais de 290 milhões de euros”.

2.3.1.1 - *Abordagem Física*

Fisicamente os utentes com dor perdem força e agilidade, sofrem alterações de humor e perda de auto-estima, ansiedade e medo, perda de apetite, apresentam distúrbios do sono e aumento da susceptibilidade para outras doenças, e tornam-se mais dependentes de membros da família ou outros cuidadores. As pessoas com dor reumática são confrontadas diariamente com limitações resultantes da diminuição da força, da restrição dos movimentos articulares, da deformação e da dor que se repercutem na sua capacidade para a realização das suas AVD's. Segundo um estudo realizado no Brasil em 2010 por Davim et al., em 100 idosos a presença de dor afecta consideravelmente o desempenho das AVD'S. Celich e Galon (2009) referem também num estudo elaborado por ambas que as AVD'S se encontravam muito comprometidas, devido não só há coexistência de outras doenças, sendo a actividade mais afectada a mobilização/transferência e locomoção.

Além de alterações estruturais e funcionais do organismo, a composição corporal vai sofrendo modificações importantes com o envelhecimento. A massa corporal magra e

muscular diminui. A nível do tecido subcutâneo ocorre uma diminuição do tecido adiposo dos membros e aumenta no tronco, caracterizando a chamada gordura central. A água corporal total diminui (15%-20%), provocando maior susceptibilidade a graves complicações consequentes das perdas líquidas e maior dificuldade à reposição do volume perdido (desidratação é frequente), podendo contribuir para a alteração da absorção, metabolização e excreção das drogas no idoso, pois a função renal diminui em cerca de 50% aos 80 anos, daí haver maior risco de efeitos adversos face à terapêutica instituída. Da mesma forma a redução da albumina altera o transporte de diversas drogas no sangue. O metabolismo basal diminui de 10% a 20%, com o progredir da idade, o que deve ser levado em conta quando calculamos as necessidades calóricas diárias do idoso. A tolerância à glicose também se altera, às vezes criando dificuldade para se diagnosticar a diabetes, apesar de ser uma doença que incide com muita frequência no idoso. Hauser cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008) refere que a percepção do dor no idoso sofre alterações devido à redução dos receptores da dor na pele, densidade reduzida e condução lenta, daí esta componente ser de extrema importância na avaliação da dor no idoso. A nível cardiovascular, o aumento da rigidez dos vasos sanguíneos leva ao aumento da tensão arterial, menor débito cardíaco e diminuição da capacidade de responder ao stress; a nível respiratório o facto de existir redução da mobilidade da parede torácica, leva à diminuição das trocas gasosas, aumento do volume pulmonar residual, diminuição na capacidade vital, diminuição do reflexo e da capacidade de tossir; a nível reprodutor, a libido e actividade sexual diminui, a nível genito-urinário, há uma redução da capacidade de armazenamento da bexiga e a sensibilidade tardia em urinar, a nível gastrointestinal existe maior dificuldade em mastigar, deglutir, fazer a digestão e ainda em evacuar, a nível músculo-esquelético e articular, existe perda de flexibilidade, mobilidade, força, densidade óssea e estabilidade articular (tornando os ossos mais frágeis e sujeitos a fracturas) levando também a uma diminuição da altura e a problemas de equilíbrio, mobilização e marcha, a nível tegumentar, há uma redução dos mecanismos de protecção contra alterações da temperatura, traumatismos e exposição solar, daí o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas nesta faixa etária que provocam dor e ao mesmo tempo dificultam quer a percepção, controlo, avaliação e tratamento adequado da dor, saúde do indivíduo e a qualidade de vida.(Freitas, 2006)

A dor constante é deprimente, destabilizadora e assustadora, tornando as pessoas incapazes ou limitadas na realização das AVD'S, no praticar exercício físico, viajar, comer, caminhar, conduzir, manter actividade sexual, participar em actividades sociais e desempenho

familiar, levando a perda de prazer, de felicidade, à depressão e isolamento social, ao stress e à diminuição da auto-estima e em casos extremos ao suicídio.

2.3.1.2 - *Abordagem Psicológica*

Segundo Frutuoso (2006), toda a dor “tem uma dimensão psicológica” e a avaliação desta permite identificar aspectos emocionais e comportamentais que possam estar na origem ou na manutenção do quadro doloroso. Malheiro (2009) acrescenta que a compreensão deste fenómeno pela mente humana, é primordial na sua gestão. São vários os factores psicológicos, que interferem com a dor e ajudam a prever a resposta ao tratamento. Muitos autores referem que as próprias características da personalidade do idoso, bem como o estado anímico e as circunstâncias, podem influenciar a forma de conviver e lidar com a dor, são exemplos: insegurança, dificuldade em expressar sentimentos, relações afectivas pobres, factores ambientais, entre outros. As manifestações psicológicas mais frequentes, são: depressão, ansiedade, tristeza, perda de humor e auto-estima, desinteresse e desmotivação, sentimentos negativistas, stress, cansaço, irritabilidade, desânimo, hostilidade, raiva e sentimentos de rejeição social e profissional. Kazanowski e Lacetti, (2005) referem que cada uma destas variáveis pode exacerbar a dor, assim como a dor pode intensificar cada uma destas, levando a um ciclo vicioso que requer uma atenção eficaz e perspicaz na avaliação e alívio da dor. A nível do SNC, dão-se várias alterações quer a nível das funções cognitivas, intelectuais, psicomotoras e ainda diminuição dos reflexos, limitando o idoso na exteriorização dos seus sentimentos e expressão de dor e sua intensidade, no enfrentar a vida, no reagir a situações de stress, e ainda poder causar alterações do sono e mau relacionamento familiar, profissional e social. Para Frutuoso e Cruz (2004) os aspectos psicológicos da dor assumem-se importantes no início, durante ou no agravamento da mesma, podendo dificultar a realização das AVD'S e ainda dificultar o diagnóstico, prevenção e o tratamento da mesma, sobretudo quando existe dificuldade em tornar público, algo tão privado como a dor que cada um sente.

Segundo vários estudos realizados a depressão é frequente no idoso, quer resultante de um processo orgânico quer circunstancial, segundo Kazanowski e Lacetti, (2005). Sobretudo na presença de dor crónica, a depressão relaciona-se não apenas com o fenómeno da dor mas também com o diagnóstico, expectativas quanto a eficácia do tratamento, alterações significativas na realização das AVD's, imagem corporal, independência funcional, caracterizando-se por alterações na comunicação e expressão de sentimentos, perda de interesse ou prazer pela vida, distúrbios do sono e isolamento, perda da função social, como referem os mesmos autores. Já na opinião de Wall (2007), a dor deve ser enfrentada de forma

activa, bem como a depressão, minimizando os efeitos e repercussões na vida do idoso. Silva et al. (2010b) referem que a depressão coexiste com a dor crónica, e que se agravam mutuamente, daí a necessidade de se identificar e tratar precocemente ambas e desenvolver estratégias de lazer e de fácil acesso para os idosos, o que contribuiria e muito para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Medo, stress, ansiedade, na opinião de Kazanowski e Lacetti, (2005), Wall (2007) podem dificultar o alívio da dor, por criar obstáculos na adesão aos tratamentos: exames, procedimentos, terapêutica, diagnóstico e estratégias de alívio da dor, cabendo aos profissionais de saúde desmistificar os factores desencadeantes de tais sentimentos e actuar sobre os mesmos, proporcionando assim à pessoa com dor, aderir aos tratamentos com confiança e tranquilidade e promover o alívio da dor.

Distúrbios do sono, alimentares e a fadiga surgem no mesmo caminho da dor, causando debilidade física e emocional, o que compromete em muito a adesão da pessoa aos tratamentos.

Convivência social diminuída, dificuldades na mobilização e locomoção, cognição comprometida geram uma grande dependência dos cuidados de saúde. Oliveira et al. (Brasil, 2010b) referem que a dor crónica tem uma elevada prevalência na população idosa e que normalmente é acompanhada de depressão, isolamento, ansiedade, agitação e agressividade, alteração do sono, alterações cognitivas, incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida.

2.3.1.3 – *Abordagem Espiritual*

Cada vez são mais os estudos que se debruçam sobre a temática saúde versus religiosidade e espiritualidade, constituindo factores importantes na vida e no bem-estar das pessoas, sobretudo as que estão doentes, sofrendo ou em fase final de vida. Koenig, George, Titus (2004), salientam que a população mais religiosa, são os idosos, daí sugerirem que se identificassem como podem os idosos utilizar os recursos religiosos e como podem religiões e instituições religiosas promover o cuidado necessário ao idoso. Duarte, et al. (2008) referem que na abordagem à pessoa, devem-se avaliar todas as necessidades, incluindo a espiritual e religiosa.

A religião permite desenvolver redes sociais, diminuindo isolamento social, o abandono, o stress em idosos, uma vez que a fé e a crença num ser superior ajuda a enfrentar desafios. Panzini et al. (2007) referem que a fé, a religião e a espiritualidade, ajudam a lidar

melhor com as consequências negativas dos problemas da vida. Já Guimarães e Avezum (2007) salientam que não só têm um impacto na vida física e mental das pessoas como na prevenção de doenças. Para Cardoso e Ferreira (2009) a religião tem contribuído “para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos, seja por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece”. Ellison (1991), citado pelas mesmas autoras (2009), afirma que a religião é benéfica aos idosos, uma vez que lhes permite perceber as suas experiências de vida, aumentar o controlo sobre si e sobre os seus afectos.

Peres, Simão e Nassello (2007) defende a mesma linha de pensamento, pois entende que a espiritualidade contribui para a saúde e a qualidade de vida das pessoas, e que as crenças são cruciais na adaptação do idoso às mais diversas situações da sua vida. Referem ainda que a espiritualidade não só tem um impacto sobre a saúde como no nível sócio económico, pois não acarreta custos, e os seus benefícios podem diminuir dias de internamento, medicamentos e exames. Bousso, Serafim e Misko (2010) referem que a religião é descrita como estratégia para lidar com a doença e suas terapêuticas, devendo actividades ligadas à espiritualidade e religião fazer parte dos tratamentos. Atribuem ainda ao binómio religião/ espiritualidade um suporte fundamental face às doenças e ao terminus da vida, uma vez que ajudam a enfrentar melhor as adversidades, aumentando a fé e a esperança na cura, e ainda estão relacionadas com sensações de paz e tranquilidade.

Face aos estudos anteriores Carmona e Claudino (2010), admitem que actualmente, é importante na saúde e na prática de cuidados ter presente a dimensão espiritual e religiosa uma vez que ajuda a enfrentar melhor as doenças, o sofrimento e o próprio envelhecimento, a mesma ideia é corroborada por Peres et al. (2007), Guimarães e Avezum (2007) e Panzini et al.(2007). Importa referir que religiosidade e espiritualidade são conceitos diferentes, enquanto a religião é um conjunto de crenças e práticas religiosas que ligam e aproximam o idoso a um ser transcendente; a espiritualidade é algo pessoal, digamos que é o modo de compreender e procurar respostas sobre o significado da vida, das coisas, e das relações ou seja, é a relação que se estabelece com um ser ou força superior em que se acredita. Muller et al (2001) cit. por Peres, Simão e Nassello (2007) referem que vários estudos demonstraram que a religião e a espiritualidade na vida do ser humano estariam associados a melhores índices de saúde, incluindo maior longevidade, melhor qualidade de vida, assim como menor níveis de ansiedade, depressão e suicídio. Nesta linha de pensamento, Moreira –Almeida et al (2006) citado pelos mesmos autores (2007) referem ainda que níveis elevados de participação

religiosa e espiritual, aumentam o índice de bem estar e saúde mental. Também Koenig, (2004) refere que a religião e a espiritualidade geram comportamentos de satisfação, bem-estar e felicidade; melhoram a saúde psicológica e, conseqüentemente leva a um estado de saúde total mais satisfatório.

2.4 - AVALIAÇÃO DA DOR NO IDOSO

Avaliar a dor é crucial nos serviços de saúde, pois ajuda não só a compreender a origem e as repercussões deste fenómeno na vida do indivíduo, como permite implementar medidas de alívio farmacológicas ou não, verificando a eficácia das mesmas. Já o facto de ser obrigatório a sua avaliação/ classificação, ajuda os profissionais no diagnóstico e na escolha da terapêutica ou estratégia mais adequada para alívio dessa dor, constituindo um recurso intelectual do profissional que transcende a técnica e atinge o humano.

A Agency for Healthcare Research and Quality, reconhece que os idosos apresentam exigências únicas na avaliação e tratamento da dor. Para Gomes, cit. por Teixeira (2007) a avaliação da dor no idoso constitui um problema grave, pois a coexistência de outras patologias, das próprias mudanças fisiológicas, declínio da função cognitiva, medicação em uso, farmacocinética e farmacodinâmica, entre outros, podem mascarar não só as manifestações de dor aguda ou crónica, mas também dificultar a selecção das estratégias terapêuticas farmacológicas ou não, a adoptar no alívio da dor e ainda retardar a intervenção dos profissionais de saúde.

A avaliação da dor no idoso requer precisão, de modo a tornar-se o ponto de partida na elaboração de um plano de acção para alívio da dor, constituindo a pedra fundamental da geriatria que correlaciona o estado funcional com a qualidade de vida. É primordial, identificar que tipo de dor o idoso apresenta (aguda ou crónica) e ainda o mecanismo fisiopatológico que lhe deu origem (dor nociceptiva, neuropática, inespecífica ou psicogénica), bem como estabelecer um diagnóstico e verificar quais as repercussões desta na vida do idoso, tornando mais acessível a escolha do tratamento a seguir. Durante a anamnese e exame físico o profissional de saúde deve obter informações sobre medicação prescrita em uso, medicação adquirida sem receita médica, história de alergias e antecedentes pessoais (comorbilidades), como cirurgias recentes, resposta à dor face a tratamentos anteriores; o exame físico deve avaliar as limitações funcionais a nível musculoesquelético e neuromuscular; capacidades funcionais (equilíbrio, mobilizações, marcha, AVD'S...); competências psicossociais; sistema de apoio familiar e redes sociais. Em todo o processo de avaliação é de

vital importância a comunicação que se estabelece entre equipa, os idosos com dor e seus cuidadores.

A avaliação da dor no idoso pode ser quantificada segundo Teixeira e Yeng (2007) através de escalas unidimensionais (visual analógica, numérica, expressões faciais, avaliação verbal), escalas multidimensionais como o questionário de McGill. Referem ainda que as escalas avaliação verbal e analógica são as mais indicadas na avaliação da dor no idoso. Já Pessoa et al. num estudo realizado em 2010 com 934 idosos no Brasil, referem que a escala numérica e a das faces são as eleitas na avaliação da intensidade da dor. Também a DGS (2010) recomenda o uso da escala numérica ou qualitativa como primeira alternativa para este grupo etário.

Já em idosos demenciados, com déficits cognitivos ou alterações da linguagem, esta pode estar comprometida, devendo o profissional de saúde, aplicar outros tipos de instrumentos que possam trazer novos dados e facilitar avaliação e o tratamento da dor, como por exemplo: Mini Mental teste, escala depressão geriátrica, exame neurológico, escala Pasclac (Pain Assessment Checklist For Seniors With Limited Ability To Communicate). É crucial neste tipo de idosos estar atento e observar os seus comportamentos, conhecer os antecedentes pessoais, e obter informação de familiares e cuidadores informais, que em conjunto facilitam a avaliação da dor. (DGS, 2010)

Segundo um estudo realizado por Cruzeiro, Almeida e Pires (2010) com 67 idosos, sendo 38 demenciados, verificaram que a escala de Pasclac era importante na avaliação da dor nestes idosos, pelo que os profissionais de saúde devem estar alertas para o olhar (triste ou húmido), ranger de dentes, rosto pálido, diminuição da actividade física ou o franzir das sobrancelhas dos idosos demenciados pois são itens que poderão indicar presença de dor. Também a selecção de determinados exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises, RX, electroneuromiografia e exame do líquido cefalorraquideo, são na opinião de Gomes, cit. por Teixeira (2008) uma mais valia na determinação do tratamento.

Para Andrade, Pereira e Sousa (2006) “A dor é influenciada por factores étnicos, culturais, demográficos, espirituais, sociais e familiares que interferem na sua expressão, podendo levar à interpretação errónea da magnitude da experiência vivenciada”. Segundo os mesmos autores, para se fazer um diagnóstico preciso e eficaz da dor no idoso, é determinante uma avaliação exaustiva do estado funcional, psíquico e social e um exame físico minucioso, o mesmo é corroborado pela DGS (2010) acrescentando ainda a dimensão espiritual. Não basta o que o doente, nos referencia pois muitas vezes subjuga a própria dor e sofrimento,

exigindo do profissional de saúde, uma visão multidimensional. É um direito de todo o ser humano obter um controlo adequado da sua dor, independentemente da causa, evitando sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade e ao mesmo tempo é um dever dos profissionais ter conhecimentos e adoptar estratégias adequadas para aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida dos que sofrem com a dor. A avaliação da dor nunca será objectiva.

Yeng, Teixeira e Jr (2007) referem que avaliação dos deficits, incapacidades e condições causais dependem do exame físico, e que a expressão da dor varia com a idade, localização, natureza da lesão, factores culturais e ambientais, repercussões bio-psico-sociais, estados cognitivos e ritmo biológico; e que a anamnese deve ser pormenorizada incluindo: início e duração, a intensidade, localização, periodicidade, factores predisponentes e desencadeantes de melhoria ou agravamento, factores meteorológicos, repouso/sono, aspectos psicossociais, estado actual e ainda os efeitos de tratamentos prévios já realizados (Twaddle e Cooke cit. por Roenn, Paice e Preodor; 2008). Os mesmos autores referem, que é de extrema importância, determinar o impacto da condição funcional da pessoa face as AVD'S, uma vez que a recuperação pode comprovar a eficácia dos tratamentos no alívio da dor. É importante numa avaliação inicial conhecer de forma geral os antecedentes pessoais e familiares da pessoa com dor e os hábitos desde os alimentares, aos desportivos, entre outros.

O controlo da dor deve derivar de uma avaliação minuciosa, incluindo causas e efeitos possíveis da ocorrência da dor e conhecimento sobre os factores psicossociais, religiosos e culturais que podem estar a intensificar o sofrimento e a dificultar o tratamento da dor (Twaddle e Cooke cit. por Roenn, Paice e Preodor, 2008). Segundo estes autores, a avaliação e o controlo da dor exigem uma equipa multiprofissional e interdisciplinar.

A avaliação da dor aguda, torna-se assim mais fidedigna, normalmente é intensa e facilmente localizada (ex: cirurgia). É identificado a uma imagem estereotipada de dor, como fácies de dor, com expressões paralinguísticas, dificuldade na mobilização e locomoção adoptando posições antiálgicas, ansiedade, gemido, choro e agitação e até os sinais vitais sofrem alterações (taquipneia, vasoconstrição, taquicardia, hipo ou hipertensão, palidez cutânea e sudorese), permitindo aos profissionais de saúde um maior controlo e alívio da mesma. A pessoa com dor aguda ajusta-se à realização das AVD'S, podendo desenvolver um comportamento doloroso anormal, segundo Yeng, Teixeira e Jr (2007). O tratamento da dor aguda, depende da causa diagnosticada e tratada, e normalmente é tratada com analgésicos e anestésicos, consoante a intensidade da dor. O tratamento adequado evita que evolua para um estado de cronicidade. Na mesma linha de ideias, Twaddle e Cooke cit. por Roenn, Paice e

Preodor (2008), referem que o tratamento imediato deva ser a administração de analgésicos, apoio psicológico e ambiente tranquilo. Segundo Metzger, Schwetta e Walter (2002) a escala visual analógica é o instrumento de avaliação mais utilizado.

Já a avaliação da dor crónica e o tratamento é para os profissionais de saúde um dilema, pois está “enraizada” quer na fisiologia quer na psicologia do utente. A dor é aquela que o utente refere, requerendo intervenções adequadas, eficazes e objectivos claros. Mais do que a cura, o objectivo principal é alívio da dor e sofrimento, restabelecer funções e reabilitar o utente para a vida, permitindo à pessoa uma adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida. Implica uma equipa de gestão da dor multidisciplinar e interprofissional (IASP, 2009) e a coordenação de vários esforços. Teixeira e Teixeira (2007) referem que o recurso a terapêutica adjuvante, reabilitação e terapia psicocomportamental são essenciais, contribuindo para a reintegração à vida.

2.5 - ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR NO IDOSO

Segundo directrizes do Ministério da Saúde, a luta contra a dor no idoso, é uma tarefa multidisciplinar, devendo a comunidade ter em conta essa prevenção. Qualquer idoso com dor deve ser referenciado através dos Centros de Saúde às Unidades de Dor ou a consultas de dor, que se vão instalando em Hospitais de todo o país, cumprindo assim os objectivos do PNLCD (2001). Dados da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), refere que em Portugal 50% ou mais de idosos sofrem de dor crónica.

2.5.1 - Subtratamento Da Dor

A dor pela sua prevalência e potencial de incapacidades leva a disfunções de impacto negativo quer para quem a sente, quer para famílias, quer para a sociedade, daí ter-se tornado numa necessidade primordial e numa atenção continuada para a comunidade científica, levando ao desenvolvimento de associações científicas, grupos de trabalho e até mesmo a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) e DGS a investir no tratamento e controlo da dor, contribuindo para melhoria da saúde, qualidade de vida e satisfação com o tratamento, tornando a vida mais vida sem dor.

O tratamento ineficaz da dor tem consequências consideráveis, acarretando maior sofrimento, maior sobrecarga ao sistema de saúde, maiores gastos económicos e maior insatisfação para o idoso tornando-o mais vulnerável. É sabido que apesar de múltiplos esforços, esta continua subtratada, exigindo face à satisfação dos cuidados, humanização do processo cuidar e à qualidade de vida que todos desejam ter, uma actuação atenta, planeada,

organizada e verificada cientificamente. Considerando-se por isso primordial, o seu reconhecimento. Segundo IASP (2010), refere que apesar do avanço da ciência, farmacologia e dos cuidados médicos e de enfermagem possuem uma maior capacidade de tratar a dor moderada, para muitos a nível mundial, o acesso aos analgésicos e opióides é ainda inadequado, uma miragem (Mencías e Rodríguez, 2008). A OMS, refere também que mais de 5 milhões de pessoas com dor crónica (nomeadamente por cancro e HIV), não tem acesso, ou este é escasso, aos analgésicos, o mesmo é corroborado por Saporetti e Cabral (2008), referindo que 80% de doentes tem dor crónica e que cerca de 54% não têm a sua dor devidamente tratada. Lopes (2008) no seu estudo, partilha da mesma opinião.

Segundo Fragoso (2002), durante anos, o subtratamento da dor, caracterizou-se pelo uso de analgésicos em doses sub terapêuticas, pelo uso de analgesia apenas em SOS, pelo mito de que os opióides ofereciam maiores riscos do que benefícios para a saúde, fazendo que com que os doentes vivessem passivamente, isolados do mundo, ensombrados por algo insuportável, desconhecendo que esse é um direito seu. O mesmo autor refere, que a desvalorização da dor principalmente por cancro, é “sinónimo de dor não controlável” e segundo Melzack citado por este, estes doentes são “vítimas de dor desnecessária”. Apesar da subjectividade da dor e complexidade do seu tratamento, não se justificam acções negligentes por parte dos profissionais de saúde no alívio desta.

Segundo Kazanowski e Lacetti (2005), as estratégias de alívio da dor só devem ser formuladas após uma avaliação da mesma, tendo como objectivo o seu alívio. Os dois grandes grupos são a abordagem farmacológica (envolvendo o uso de analgésicos, anestésicos e opióides), não farmacológica, incluindo estimulação transcutânea, correcção postural, acupuntura, relaxamento, entre outras.

Ainda, segundo os mesmos autores só a coexistência de ambas as abordagens no plano terapêutico instituído pelos profissionais de saúde, é que levará a um alívio satisfatório. Mas a escolha do medicamento, da via de administração, da dosagem terá sempre como denominador a causa da dor, aguda ou crónica, o estado físico e psíquico do idoso, anamnese clínica do idoso (pois a existência de co-morbididades, pode intensificar a possibilidade de interacções medicamentosas e efeitos colaterais adversos).

Teixeira e Teixeira (2007) referem que o objectivo da equipa multidisciplinar não é apenas o alívio da dor, mas a melhoria da funcionalidade dos sistemas e aparelhos do organismo humano, correcção dos desajustes familiares e sociais, dos estilos de vida, e ainda a diminuição do desconforto e efeitos adversos, a melhoria dos custos/ benefícios e a

satisfação dos idosos face ao tratamento. Já, segundo Associação de Farmácias (2008), é a intensidade da dor que interfere com o tratamento terapêutico farmacológico, e não a lesão ou patologia que está na sua origem, contudo é necessário conhecer as alterações do metabolismo dos analgésicos e anti-inflamatórios, uma vez que a função renal e hepática com o próprio envelhecimento, pode trazer consequências nefastas pela alteração na eliminação destes. Kazanowski e Lacetti (2005) referem que a população idosa tem risco potencial para interações farmacológicas, consequências que resultam sobretudo das alterações hepáticas e renais que resultam do processo de envelhecimento.

O sucesso do tratamento da dor no idoso depende das estratégias e objectivos realistas escolhidos (desejáveis, mensuráveis e alcançáveis), da aceitação do esquema terapêutico por parte do idoso, do grau de confiança na equipa e também da disponibilidade, habilidade, conhecimentos e experiência do profissional em esclarecer, ensinar, clarificar, supervisionar a adesão ao tratamento e advertir para as complicações e efeitos colaterais que possam surgir ao seu controlo e avaliação no alívio da dor.

O tratamento da dor no idoso segundo diversos autores, deve combinar associação farmacologia, terapia cognitiva comportamental e fisioterapia/reabilitação. A pesquisa da etiologia e do mecanismo fisiopatológico da dor é a base fundamental para a implementação das estratégias de alívio. Vários autores referem o uso da escala analgésica da OMS, a eleita no tratamento para a dor, quer aguda ou crónica. O fracasso do tratamento é considerado uma violação dos direitos do Homem. A dor não tratada e não valorizada pode significar a “diferença entre uma vida activa e um processo penoso sem um ideal”(Silva, 2008).

2.5.2 - Abordagem Farmacológica

A terapêutica farmacológica, tem como principal objectivo o controlo da dor, a melhoria da capacidade funcional e consequentemente a melhoria da qualidade de vida. É o tratamento mais frequentemente realizado pelos idosos, contudo é de extrema importância estar atento aos efeitos adversos e interações medicamentosas, nesta faixa etária, pelos motivos já descritos anteriormente. Hoje em dia, o uso de terapêutica para a dor, é mais comum e está mais acessível ao ser humano. Daí, muitos tomarem a opção de se auto medicar quando a dor em si não é muito limitante, sendo que o esquema de dosagem constitui uma dificuldade. Por outro lado, a procura de profissionais de saúde acontece quando a dor é insuportável ou incapacitante, situação frágil e limiar, em que a pessoa surge com a expectativa que lhe sejam resolvidos os problemas, com competência técnica e humanizadora, prescrevendo medicamentos de alívio imediato face à dor.

A dor é classificada normalmente face à intensidade com que ocorre, como leve, moderada ou intensa, e é com base neste parâmetro, no tipo e na sua localização, que se inicia a escolha da terapêutica. Dentro desta, os mais utilizados segundo diversos estudos, são os analgésicos não opióides (ex: paracetamol e os antiinflamatórios não esteróides - AINE'S) utilizados na dor leve a moderada (ex: osteoartrite, artrite reumatóide, mialgia, dor pós operatório), reduzindo também a hipertermia e estados inflamatórios, e usados como terapia adjuvante nos casos de neoplasia com metastização óssea (American Geriatrics Society - AGS 2009). A sua administração deve ser racional, limitada no tempo e na dosagem diária definida, podendo constituir perigo para a vida humana devido a intoxicação por sobre dosagem.

Segundo Gomes cit. por Teixeira (2007), os efeitos colaterais dos AINE'S em idosos, como a hemorragia digestiva, é duas a quatro vezes maior em utentes com mais de 65 anos. As vantagens destes, é que são usados por via oral, não causam depressão do centro respiratório nem do SNC e podem ser adquiridos facilmente sem receita médica.

Quando a dor é moderada a intensa, é frequente associação de AINE'S e opióides (ex: morfina), que melhoram a eficácia no alívio da dor, com necessidade de menor dosagem, (AGS, 2009), contudo muitas pessoas relatam o aparecimento de efeitos colaterais, sendo a náusea e vômito os mais frequentes. Hauser cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008), referem que estes são seguros, quer na dor aguda quer crónica no idoso.

Na dor intensa, os opióides são a terapêutica de eleição (ex: sulfato de morfina, citrato de fentanil) com níveis elevados de eficácia no alívio da dor, uma vez que produzem os seus efeitos primários no SNC, contudo vários são os efeitos colaterais desagradáveis descritos pelos seus usuários, tais como: obstipação intestinal, náuseas, retenção urinária, confusão e sonolência, sendo o mais frequente nos idosos a obstipação intestinal (Gomes, cit. por Teixeira, 2007). Daí exigir do profissional de saúde o ajuste da dose e a monitorização cuidada no idoso, bem como ensino adequado ao idoso e família, reduzindo estes efeitos. Segundo vários autores a morfina é considerada "o ouro" da analgesia, constituindo uma referência na avaliação por comparação com outros analgésicos. A DGS (2010) preconiza que o tratamento da dor nos idosos seja realizado com base na escada analgésica da OMS.

Os analgésicos adjuvantes, são drogas com indicação para outras situações clínicas, contudo em determinadas circunstâncias, são usadas para potenciar o alívio da dor, sobretudo na dor crónica, são exemplos destes: anticonvulsivantes, miorelaxantes, corticosteróides entre outros. Teixeira e Teixeira (2007), alertam para o uso cauteloso dos antidepressivos e

neurolépticos no idoso com idade superior a 65 anos, pois o risco de queda é substancialmente maior, devido às alterações cognitivas e hipotensão postural provocadas pelo consumo destes.

Os analgésicos são a terapêutica mais comum, utilizada para tratar a dor no idoso.

2.5.3 - Abordagem Não farmacológica

Consiste numa terapia coadjuvante do tratamento farmacológico no controlo/alívio da dor aguda ou crónica, por causa da maior vulnerabilidade aos efeitos colaterais a que os idosos estão sujeitos e que podem dividir-se em dois grandes grupos: estratégias físicas e comportamentais, tal como descreve Kazanowski e Lacetti (2005). Estas estratégias são utilizadas independentemente da intensidade da dor, e podem ser aplicadas isoladamente ou em combinação com as terapias farmacológicas, potenciando muitas vezes em efeito terapêutico global favorável, levando à diminuição do número de doses e quantidade de analgésicos, com consequente diminuição dos efeitos secundários, interacções medicamentosas e custos. (DGS, 2010)

O toque, a massagem, a termo/crio e hidroterapia, a correcção postural, exercícios, reiki, TENS (estimulação eléctrica transcutânea), estratégias cognitivo-comportamentais, acupuntura, aromaterapia e alternativas culturais, psicoterapia ajudam a pessoa com dor, a sentir-se mais tranquila e confortável, diminuindo ansiedade, facilitando o relaxamento e o sono, melhorando o humor e promovendo o bem-estar e consequentemente a diminuição da tensão muscular (causa de tanta dor), melhorando a qualidade de vida.

Apesar de cada estratégia contribuir para o alívio da dor, esta só é viável quando aceite e compreendida pelo idoso, exigem orientação e adesão ao tratamento, cabendo ao profissional de saúde ensinar tendo em consideração os antecedentes culturais do idoso. Num estudo realizado por Iversen, Fossel e Katz (2003), verificaram que a intensidade da dor diminuiu, em idosos com lombalgia crónica, mas que praticavam exercício físico três vezes por semana. Já American Geriatrics Society (2001) e após reunir com vários peritos, divulgou medidas para se praticar exercícios em idosos com osteoartrose, uma vez que diminui a dor e melhora a função.

A obtenção do alívio, a segurança, o aumento do nível funcional, a satisfação e a melhoria da qualidade de vida no idoso com dor devem ser os objectivos principais dos profissionais de saúde.

2.6 - SATISFAÇÃO DO IDOSO FACE AO TRATAMENTO DA DOR

Visto que o objectivo deste trabalho é identificar o grau de satisfação do idoso face aos tratamentos recebidos para o alívio da dor, torna-se necessário definir satisfação. Para Alves, (2003) satisfação é algo associado à obtenção de resultados, e exprime um certo grau de realização. Para o ser humano, de um modo geral a satisfação emerge do atingir os objectivos pré estabelecidos, resulta da avaliação que a pessoa faz, relativamente à realização das suas necessidades, expectativas e valores, o que por si só leva à felicidade, e melhora a auto-estima. O mesmo acontece com os idosos dependentes, com dor e doenças crónicas que se sentem privados duma qualidade de vida digna e merecida. A satisfação para estes é pois, melhorar o seu estado de saúde e aumentar o grau de independência e bem estar. Já, em cuidados de saúde, a satisfação é o resultado dos cuidados usufruídos com as expectativas próprias de cada um.

A satisfação é um termo complexo e multidimensional, de difícil avaliação, mas de certo modo incontornável, direccionado para as expectativas do utente em relação ao tratamento (Hespanhol, 2008), constituindo um indicador individual face à qualidade dos cuidados e efectividade dos mesmos. O elemento justificador de todos os cuidados deve ser o idoso e neste sentido, a qualidade é adequar os cuidados às necessidades e expectativas do mesmo, levando à satisfação (Santos, 2009). Já Chassin (2008) cit. por Costa, et al. (2009) refere que a satisfação com o tratamento da dor, diz respeito à forma como se trata a dor e aos resultados obtidos.

A satisfação do utente face ao tratamento da dor constitui um indicador essencial para avaliar a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, permitindo também seleccionar de forma mais eficaz métodos, tratamentos, bens e serviços; tomar decisões e estabelecer orientações sobre tratamentos, monitorizar resultados, identificar problemas no alívio da dor e ainda maximizar sucessos que possam resultar em ganhos de saúde e concomitantemente melhorar a imagem dos serviços de saúde. Cabendo, aos utentes lutar pelos seus direitos e exigir participar de forma activa nos cuidados e nas tomadas de decisão, visto que o acesso ao tratamento da dor é um direito do utente, segundo o que preconiza a JCAHO. Doentes satisfeitos cumprem melhor os esquemas terapêuticos, tornam-se ou procuram manter-se activos e sentem-se melhor com a sua saúde e ainda “influenciam a intenção de lealdade, recomendação e a não formalização de reclamações nos serviços de saúde” Guimarães (2009).

A satisfação é um fenómeno subjectivo e de difícil mensuração, assim como a dor, e depende de várias circunstâncias da vida do ser humano, mas é sempre a que a pessoa refere. Estudos revelaram que o grau de satisfação dos utentes, foi determinante na sua evolução clínica, diminuindo dias de internamento hospitalar, número de consultas médicas, gastos, revelando-se um indicador fundamental na gestão da saúde. A JCAHO e American Pain Society exigem que a avaliação da satisfação dos utentes com dor anteceda a garantia de qualquer acreditação institucional e que seja resultado da boa prática clínica.

A satisfação com o tratamento da dor, não se deve basear apenas na avaliação da intensidade da mesma e aplicação de uma determinada estratégia de alívio, deve-se valorizar a relação doente - profissional, ambiente, processo de cuidar, características pessoais do idoso, factores sócio culturais, entre outros. Raftopoulos (2005) cit. por Costa, et al. (2009) vem corroborar esta ideia, reforçando que por vezes muito mais que obtenção do alívio da dor física, da administração de uma qualquer medicação, a relação que se estabelece com os profissionais de saúde, ajudará e muito a superar outros tipos de dor, diminuir o sofrimento causado pelo abandono ou perdas, aumentando a confiança e adesão aos tratamentos. Contudo, muitas vezes esta relação não se estabelece, o que leva à insatisfação do doente, quer com os profissionais que lhe prestam cuidados, quer com os tratamentos. Diversos estudos referem que quando existe insatisfação, se deve procurar a causa, corrigindo e levando à mudança. Segundo vários autores o binómio qualidade e a satisfação com os cuidados prestados constituem um desafio crucial para qualquer sistema de saúde, enquanto a qualidade é a percepção que o doente tem no momento em que experiencia o alívio da dor face aos cuidados recebidos, a satisfação para além da experiência actual deve contemplar também experiências passadas (Filho e Netto, 2006 cit. por Garcia, 2009). Segundo a DGS (2004), o doente deve constituir o pilar, a chave d'ouro do sucesso da qualidade e da satisfação com os cuidados de saúde de qualquer instituição. Já a OMS, refere que a avaliação dos cuidados, deve ter sempre em conta a perspectiva do doente, pois constituem fontes de informação válida e única acerca da qualidade.

Melo (2005), confirmou nos seus estudos que os doentes mais informados sobre a sua situação clínica (diagnóstico e cirurgia) apresentavam um maior nível de satisfação, face à informação que possuíam sobre a mesma, durante o período de internamento hospitalar. O nível de satisfação do idoso depende de vários factores (incluindo a qualidade dos cuidados, a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde, o perfil psicológico do individuo). Kerber, Kirchof e Vaz, num estudo realizado com idosos (2006), referem que o

grau de satisfação correlaciona-se com a resolução dos problemas de saúde e segurança destes. Os mesmos referem que idosos tratados no seu domicílio apresentam níveis superiores de satisfação face ao tratamento. Vários autores revelam que os idosos tendem a avaliar de forma mais positiva os cuidados prestados, comparativamente a outros grupos etários, uma vez que a necessidade de cuidados tende a aumentar com a idade e também porque as expectativas são mais modestas (Hespanhol, 2005 cit. por Guimarães, 2009).

A natureza da relação entre dor e qualidade de vida é difícil de estabelecer, devido aos inúmeros factores que influenciam quer a dor, quer os diferentes aspectos da vida do ser humano. Segundo a Circular Normativa da DGS (2008), que define o PNCD, “a dor deve ser encarada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”, além disso, o alívio da dor deve ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais.

Apesar de constituir um dos principais problemas deste grupo etário, a dor continua sub-tratada e o acesso aos cuidados de saúde, não têm sido o mais adequado e facilitado, o que por seu lado proporciona insatisfação por parte do idoso mas também por parte daqueles que o rodeiam e que com ele convivem. O fracasso do tratamento da dor mais não é que fruto de uma incorrecta subvalorização deste ou fruto de uma conduta pouco ética ou mesmo de uma violação de um direito humano. É principalmente através da satisfação dos utentes relativamente ao desempenho, à decisão e acessibilidade aos serviços de saúde que o Ministério da Saúde numera e monitoriza a qualidade dos serviços prestados.

Os idosos não precisam conviver com sintomas desagradáveis; aprender a prevenir problemas comuns nesta fase da vida e saber quando procurar ajuda é fundamental. Existe a necessidade de desenvolver medidas e estratégias específicas que promovam a informação necessária sobre acessibilidades, tratamentos, de modo a permitir escolhas conscientes, decidir sobre tratamentos, contribuir para o processo de recuperação (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - PNSPI, 2004). O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente em que se vive (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Num estudo realizado no Brasil por Sredni et al. (2010) com 242 pessoas, 70% referiram possuir dor crónica, recorrendo a terapêutica medicamentosa associada a terapia não farmacológica, nomeadamente acupunctura, fisioterapia e psicologia. Este estudo revelou também que apesar da dor persistir há anos, os utentes demonstraram preferência/satisfação pelo mesmo tratamento com o mesmo profissional.

A dor causa inúmeros prejuízos e sofrimento na população em geral, e em particular nos idosos levando-os frequentemente à auto medicação. Num estudo recente, realizado no Brasil por Souza, et al. (2010b) com 934 idosos, revelou que 57,8% referiam dor, e que dentro destes 40,2% utilizava analgésicos simples para o alívio da dor, sendo o paracetamol um dos mais utilizados, 12,9% recorreu aos AINE'S, sendo o diclofenac o mais utilizado. A auto medicação prevalece com uma taxa de 64,1%, sendo que o consumo irracional destes medicamentos pode causar efeitos adversos significativos, nos idosos, dificultando o diagnóstico e o tratamento a instituir. Rocchi, Chung e Forte (2002), referem que a eficácia da medicação analgésica, assim como os cuidados globais prestados, assumem também um papel preponderante na satisfação dos doentes com o tratamento da dor.

Outro estudo realizado no Brasil por Bérzin, Siqueira e Alves (2010), refere que 150 médicos, apresentam necessidades de aprofundar conhecimentos sobre a dor, o que interfere no modo como se relacionam com este tipo de doentes, descurando o exame físico, o escutar o doente, avaliação do estado emocional e do comportamento doloroso. Na mesma linha de ideias, Sanches, Garcia e Petrolino (2010), num estudo realizado no Brasil com 692 utentes com dor de diversas etiologias, revelaram que quanto maior é o rigor do controlo da dor, menores são os períodos de internamento, custos com os tratamentos e maior é a satisfação dos utentes, face ao alívio da dor.

Hauser cit. por Roenn, Paice e Preodor (2008), refere que ultimamente foram realizados vários estudos sobre prevalência e controlo da dor em idosos com idade superior a 65 anos a nível da comunidade, ambiente em clínicas de repouso e ambiente hospitalar, revelando uma taxa elevada da prevalência da dor moderada a intensa, mas subtratada. Também a nível da Europa, Brasil e EUA foram desenvolvidos nos últimos anos, vários estudos sobre a satisfação com o tratamento da dor e na sua maioria revelam satisfação com os tratamentos e consequente melhoria do estado de saúde e qualidade de vida. Araújo (Brasil, 2003), Raftopoulos (Grécia, 2005); Perron e Bovier (Suíça, 2007); Lewis, Morris e Walsh (EUA, 2008) e Costa et al. (Portugal, 2009).

Sauaia e colaboradores (2005), avaliaram a satisfação dos idosos face ao controlo da dor no pós operatório, e constataram que 62% dos idosos apresentou dor no pós operatório, e que as estratégias de alívio aplicadas não foram as mais eficazes, contudo, desses 87% revelou estar “satisfeito” com o tratamento, subvalorizando a própria dor. Já Whelan et al (2004), realizaram um estudo com 5584 utentes hospitalizados, sendo que 49,3% dos idosos relataram dor moderada a intensa, verificando que a maioria estava satisfeito com o tratamento e a dor controlada, já 18% referiram controlo da dor inadequado.

Hoje muitas são as terapias não farmacológicas procuradas por aqueles que padecem de dor, sendo a acupunctura uma das mais utilizadas, reconhecida pela OMS em 1976 como terapia complementar. Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, os idosos deveriam ter acesso a cuidados de reabilitação entre outros, mas face à actualidade, e à crise que atravessa o país muitos idosos nem suporte económico têm para se alimentar, muito menos terão para adquirir medicação, ou ter acesso a cuidados de saúde diferenciados ou usar outras estratégias de alívio da dor.

Num estudo realizado em Portugal, com doentes reumáticos verificou-se que a dor era subtratada, ou seja os clínicos envolvidos descuravam a intensidade da dor referida pelos doentes sendo que a medicação analgésica prescrita na sua maioria era AINE'S, que possuíam uma acção limitada, e o uso de opióides fracos era praticamente inexistente, o que levou á insatisfação destes utentes com o tratamento instituído. O que vai de encontro à circular informativa de 24/3/2008 da DGS, onde é expresso que Portugal é dos países da Europa onde a prescrição de opiáceos é mais baixa. Segundo Kazanowski e Laccetti (2005), referem que na literatura os limites ao subtratamento da dor devem-se sobretudo a concepções erradas sobre o uso de narcóticos, o medo de privação e dependência e falta de conhecimentos na área da farmacologia, o que leva à insatisfação dos utentes uma vez que não sendo a dor tratada devidamente, o sofrimento aumenta e a qualidade de vida diminui.

A OMS estabeleceu que até 2020, dever-se-á envelhecer com saúde, especifica ainda que a esperança de vida sem qualquer invalidez devia aumentar 20% na população com 65 anos e na de 80 anos o nível de saúde deveria aumentar em 50%, permitindo aos idosos permanecer no seu domicílio, mantendo auto estima, autonomia e um papel na sociedade. Recentemente, através de uma reportagem da TVI em Outubro 2010, com o “pai” dos cuidados paliativos em Portugal, Dr. Lourenço Marques, referiam que o morrer em Portugal com dignidade e sem sofrimento ainda está longe de atingir o seu apogeu. As unidades de cuidados paliativos são escassas para a prevalência da dor crónica e oncológica em Portugal,

abrangendo apenas 59% dos hospitais públicos, o que contraria o previsto no PNLCD (2001). Para chegar até uma unidade destas, os utentes enfrentam longos períodos de espera, ficam longe e isolados do seu meio sócio familiar, já que as mesmas unidades são dispersas e escassas a nível nacional. Resta aos utentes com dor a terapêutica farmacológica, as técnicas não farmacológicas e o saber cuidar dos profissionais de saúde afectos a estas unidades, isto é, resolver o problema da dor pessoal, no tempo adequado e com o calor humano preciso.

2.6.1 - Factores que influenciam a satisfação com o tratamento

Praticamente todas as pessoas têm pelo menos uma história desagradável sobre visitas a médicos ou a serviços de saúde. Existem inúmeros registos de longas esperas para consultas, internamentos em centros especializados, falta de verbas monetárias para continuação de tratamentos e aquisição de ajudas técnicas, falta de sensibilidade e humanização dos profissionais, diagnósticos errados ou tratamentos que não tiveram efeito, são os temas mais comuns. Por outro lado, ouve-se falar, com entusiasmo, sobre a virtude de um ou outro profissional de saúde, tratamento e/ou instituição. Vários são os factores que interferem com a satisfação, nomeadamente acessibilidade (que cada idoso tem aos cuidados, consultas, aos tratamentos e à medicação mais adequada face à dor manifestada); a humanização dos cuidados (tempo de assistência dedicado e atempado, atitudes de escuta e diálogo, atenção e respeito, preocupação e reconhecimento das necessidades, informação fornecida ao idoso são factores que influenciam a satisfação com o tratamento face às necessidades dos idosos); relação entre o profissional e o utente, características individuais, relação entre expectativas face aos problemas que os levam à procura de ajuda e a reorganização dos serviços e instituições de saúde.

As expectativas dos idosos antes de recorrerem aos serviços de saúde são grandes, sendo que após contacto com estes algumas continuam por superar, o que leva à insatisfação do idoso. Outros autores referem que a educação para a saúde de idosos e seus cuidadores é crucial, corresponsabilizando-os pelo e no processo de cuidar, contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento, tomada decisão consciente e conseqüente grau de satisfação com os resultados obtidos. Chassin (2008) cit. por Costa et al (2009), por sua vez, refere que a satisfação com o tratamento, deve-se à forma como a dor é tratada, avaliada e controlada, contribuindo para os resultados/ ganhos em saúde e representando um bom indicador de qualidade dos cuidados e também das instituições.

Parte II

Estudo Empírico

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Neste capítulo, serão descritas e fundamentadas as opções metodológicas tomadas desde o pensamento sobre o problema da satisfação dos idosos até à análise e tratamento estatístico dos dados recolhidos. Assim, porque efectivamente nos preocupa o sofrimento dos idosos, a forma como eles vivenciam a dor, as repercussões que esta acarreta para as suas vidas, bem como a eficácia dos tratamentos e estratégias implementadas, decidimos desenvolver este trabalho de investigação no domínio científico da Dor no Idoso – Satisfação com o Tratamento.

3.1– OBJETIVOS DO ESTUDO

OBJECTIVO GERAL

Reconhecendo que o controlo eficaz da dor, é uma prioridade nos cuidados de saúde e um indicador de qualidade do processo de cuidar, levando à satisfação dos utentes, estabelecemos como objectivo principal deste trabalho: identificar o grau de satisfação do idoso, face ao tratamento para o alívio da dor, identificando os factores determinantes e mais significativos da dor na satisfação do idoso e a sua influência nas actividades de vida diária e convivência social, bem como as dificuldades em minimizá-la e estratégias de alívio adoptadas. A partir deste objectivo global, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

OBJECTIVO ESPECÍFICOS

- 1 - Identificar as características sócio - demográficas da população idosa em estudo
- 2 - Caracterizar clinicamente a população idosa em estudo
- 3 - Avaliar o grau de satisfação dos idosos com o tratamento da dor
- 4 - Identificar as estratégias de tratamento mais utilizadas pelo idoso no alívio da dor
- 5 - Identificar a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas, com maior impacto na satisfação com o tratamento da dor.

3.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação pretende exprimir o mais possível aquilo que o investigador quer saber e compreender, constituindo a premissa fulcral sobre a qual se apoiam os resultados da investigação. Assim, a questão de investigação definida para o presente estudo é: Qual é o grau de satisfação dos idosos, face ao tratamento da dor?

3.3 - DESENHO DO ESTUDO

O desenho deste estudo de investigação aqui apresentado é descritivo, transversal e correlacional. Descritivo, porque se pretende fornecer informação sobre a população idosa em estudo (Fortin, 1999). É transversal porque foca um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento. E é correlacional, porque se pretende analisar as possíveis relações entre as variáveis através da formulação de hipóteses (Almeida e Freire, 2003).

3.4 - DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

Fortin (2006) define variável como “a unidade de base de investigação”. Refere ainda que variáveis são “qualidades, ou características às quais se atribuem valores”.

3.4.1. - Variável Dependente

No nosso estudo a variável dependente é: a **satisfação face ao tratamento da dor**. Como referido na fundamentação teórica “satisfação” é um conceito multidimensional, susceptível das mais variadas interpretações, contudo para muitos autores, a satisfação define-se como o resultado das diferenças entre as expectativas em relação aos cuidados e a percepção dos cuidados realmente recebidos (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001).

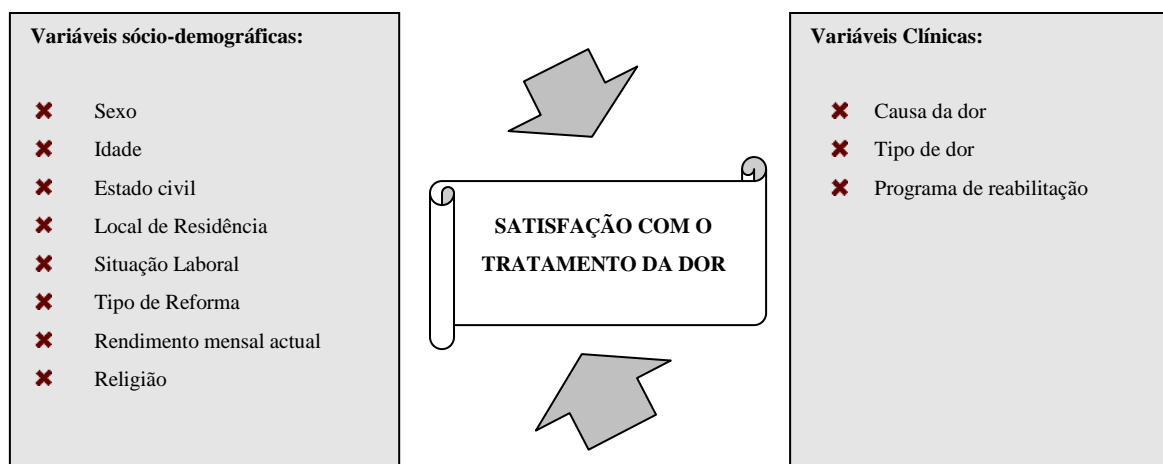
3.4.2 - Variáveis independentes

A percepção que o idoso tem sobre o grau de satisfação com o tratamento da dor, é influenciado por muitos factores, considerados variáveis independentes. Para o nosso estudo, definimos como variáveis independentes: Sócio Demográficas - sexo; idade; estado civil; local de residência, situação laboral, rendimento mensal e religião, Clínicas - situação clínica que origina da dor; tipo de dor, frequentar um programa de reabilitação e Atributo: Escolaridade, tipo de reforma, região e duração da dor.

Segundo Fortin (2006) a operacionalização de variáveis é importante porque estabelece a maneira como as variáveis devem ser medidas e manipuladas. Também neste estudo se procedeu à operacionalização de todas as variáveis, encontrando-se a sua descrição

no anexo 1. Da associação entre as variáveis dependente e independentes resulta o quadro conceptual representado na Figura 1, permitindo uma visão abrangente do estudo.

Figura 1 - Modelo conceptual da relação entre variáveis, na investigação empírica



Fonte: Isabel Dias (2010)

3.5 - AMOSTRA

No presente estudo, houve necessidade de se recorrer a uma fracção da população, ou seja, a uma amostra (Fortin, 2006) por os recursos serem escassos e limitados, dificultando o estudo sobre todos os elementos da população. A amostra estudada foi então composta por 89 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, residentes no Concelho da Covilhã e que referiam ter dor. O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico porque é “(...) um procedimento segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin,1999). Dentro do tipo de amostragem não probabilística esta foi por conveniência ou acidental, já que, como refere Polit e Hungler (1995), neste tipo de amostragem, o investigador selecciona os elementos a que tem acesso. Neste caso em particular foi seleccionado um conjunto de idosos que conviviam com a investigadora directa ou indirectamente, na sua vida profissional e social, no Centro Hospitalar Cova Beira, EPE e no Centro de Saúde do Tortosendo.

3.6 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Atendendo à problemática em estudo e aos objectivos propostas e com base na fundamentação teórica, formularam-se duas hipóteses complexas que pretendem analisar se as variáveis sócio demográficas e clínicas influenciam a satisfação com o tratamento da dor.

Neste seguimento, formulámos as seguintes hipóteses:

Hip.1: As variáveis sócio demográficas (sexo, idade, estado civil, local de residência, situação laboral, rendimento mensal, religião), influenciam a satisfação com o tratamento da dor;

Hip.2: As variáveis clínicas (doença/situação clínica, tipo de dor, programa de reabilitação), influenciam a satisfação com o tratamento da dor.

Estas hipóteses foram subdivididas por tantas variáveis independentes, quantas integram estas hipóteses complexas (estão descritas e analisadas no ponto 4.2).

3.7 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

Para a realização da recolha de dados, foi essencial aplicação de um instrumento de colheita de dados adaptado ao objectivo do nosso estudo. Este implicou o cumprimento de certos procedimentos éticos, pelo que contactamos pessoalmente os idosos, tendo-lhes sido explicado, de forma sucinta e clara, em que consistia o estudo (académico) e os seus objectivos.

Um problema ético, que uma investigação desta natureza coloca, prende-se com a invasão de privacidade dos idosos. A protecção do direito dos idosos à privacidade foi assegurada através da garantia do anonimato.

No presente estudo o “consentimento informado” obteve-se através da solicitação aos idosos do seu consentimento para participar no estudo. Assumimos perante os mesmos, a completa confidencialidade dos dados e dos resultados obtidos no estudo. De referir também que foi obtida autorização prévia do Director do Centro de Saúde do Tortosendo e do Conselho de Administração CHCB, EPE, e respectiva Comissão Ética. Também foi comunicado aos idosos e instituições que os resultados seriam depois colocados à disposição para consulta dos mesmos.

O grau de satisfação do idoso com dor foi medido recorrendo a uma escala anteriormente validada em Portugal, a “Escala de Satisfação com Tratamento da Dor” (ESTD), em formato de questionário, estruturado e presencial. Para verificar até que ponto este instrumento era acessível aos idosos, em termos de compreensão e clareza, foi efectuado um pequeno estudo com 10 idosos no dia 8 de Setembro de 2010. De referir que o pré-teste elaborado identificou e alertou para o facto de alguns termos utilizados no questionário e por profissionais de saúde não serem correctamente percebidos pelos idosos, tais como o conceito

de “dor aguda”, “dor crónica”, “programa de reabilitação”. Por isso estas noções foram clarificadas oralmente aos idosos, sempre que necessário.

O questionário foi aplicado nos meses de Setembro e Outubro de 2010.

Como critérios de inclusão, entendemos que o participante teria que ter idade igual ou superior a 65 anos; estar consciente e orientado; fazer referência a pelo menos um episódio de dor no último mês e estar medicado para a dor; aceitar voluntariamente participar no estudo e ter residência fixa no concelho da Covilhã. Salientamos que todos os questionários foram aplicados pela autora do estudo, possibilitando o menor número de enviesamentos, clarificação de dúvidas pontuais e salvaguarda do preenchimento total do mesmo.

3.8 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

Como referido anteriormente, neste trabalho e tendo em conta o tema abordado, foi utilizado como instrumento de recolha de dados, um questionário constituído por três partes distintas:

- a primeira constituída por questões de caracterização sócio - demográfica da amostra;
- a segunda, tinha como objectivo caracterizar os antecedentes clínicos;
- a terceira, tinha como objectivo avaliar o grau de satisfação com o tratamento da dor, é da autoria de Evans *et al.* (2004), surgiu da adaptação do modelo original designado através da aplicação da escala *PTSS (Pain Treatment Satisfaction Scale)*. É importante referir que apesar de ser desenvolvida e validada para a população dos Estados Unidos, esta foi adaptada em 2009, após rigorosa metodologia científica, por um grupo de investigadores para a população portuguesa, com vista a analisar várias vertentes, factores provenientes, atenuantes ou que exacerbam a dor.

A escala é constituída por 60 itens, sendo que o primeiro diz respeito à percepção que o idoso tem sobre a sua saúde, os itens 2 a 6 avaliam a intensidade da dor em diferentes momentos, os itens 27 a 35 avaliam qual o modo de administração da medicação para a dor, e os itens 56 a 60 avaliam outras características da medicação, encontrando-se os restantes distribuídos em 5 dimensões como se pode observar, no quadro 1.

Quadro 1 – Dimensões da escala final – ESTD

ESCALAS	ITENS
Informação sobre dor e seu tratamento	7 a 11
Cuidados médicos	12 a 18
Actual medicação para a dor	19 a 26
Efeitos Secundários da Medicação	36 a 47
Satisfação com a actual medicação para a dor e tratamento:	
Sub-escala -características da medicação	48 a 50
Sub escala da eficácia	51 a 53

Fonte: Isabel Dias (2010)

A maior parte das escalas utilizadas basearam-se no modelo de Likert a 5 pontos, abordando a satisfação indirectamente através da concordância ou discordância com as afirmações sobre os itens mencionados anteriormente. De referir que na maioria das escalas quanto menor a cotação, maior o nível de satisfação.

3.9 - MÉTODOS ESTATÍSTICOS

O tratamento estatístico é fundamental no campo da investigação, permitindo analisar e interpretar os dados. A análise estatística foi realizada com o programa PASW Statistics 18.0.

Utilizaram-se parâmetros de estatística descritiva que permitiram fazer uma descrição geral da amostra, através dos seguintes testes estatísticos: análise de frequências [absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (médias, modas, medianas) e medidas de dispersão ou variabilidade (desvio-padrão)] e diversos testes de análise estatística inferencial - que permitiram testar as hipóteses de investigação formuladas e predizer a possibilidade de generalização dos resultados para a população. Mediante os resultados seleccionámos para o nosso estudo, testes estatísticos não paramétricos: analisou-se a correlação não paramétrica entre variáveis, calculada através do coeficiente de correlação de *Spearman* e o respectivo valor p para um nível de significância estatística α de 0,05, o que significa, que se comprove a hipótese estatística. De referir, que a correlação entre diferentes variáveis, nem sempre implica uma relação de causa efeito, contudo permite identificar determinantes de satisfação perante a dor.

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise estatística na óptica de Silvestre (2007) permite tirar conclusões acerca dos dados obtidos de modo a enriquecer o conhecimento sobre a realidade em estudo. Os resultados de uma investigação decorrem dos factos observados na colheita de dados, e a apresentação dos resultados consiste no “fornecimento de todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003), que orientaram o nosso estudo. Nesta investigação, os resultados serão apresentados de forma estruturada, apresentando primeiro os dados relativos à estatística descritiva e posteriormente os dados referentes à estatística inferencial. A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização geral da amostra, a partir das variáveis sócio-demográficas e clínicas seleccionadas para o efeito. Seguindo-se a apresentação dos resultados dos testes das hipóteses principais e as análises estatísticas respectivas.

4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

4.1.1 – Caracterização sócio - demográfica da amostra

Idade e sexo

- ✓ Participaram neste estudo 89 idosos, dos quais 32 (36%) são do sexo masculino e 57 (64%) do sexo feminino. De forma a facilitar o estudo da idade nos idosos, dividiram-se os dados em grupos etários e verifica-se que a maioria dos inquiridos se situa na faixa etária dos 65-75 anos, constituindo 48,3%, a que muitos gerontólogos chamam de idosos jovens. A média de idades dos participantes foi de 77 anos, (com um mínimo de 65 e máximo de 94 anos). A mediana corresponde a 76 anos, sendo a idade mais frequentemente assinalada a de 65 anos (moda), com um desvio padrão de 8, indicando pouca variabilidade dos dados.

Local de residência e com quem vivem

- ✓ Já em relação ao local de residência, 54 idosos (60,7%) habitam em meio rural e 35 (39,3%) habitam em meio urbano. Sendo que 49,4% vive com o conjugue, 23,6% vive só, 12,4% está institucionalizado (lar) e apenas 11,2% vive com os filhos e 3,4% vive com amigos ou familiares indirectos.

Estado Civil

- ✓ Relativamente ao estado civil, verificamos nesta amostra que 47,1% (42) dos idosos são casados e 41,6% (37) detêm o estado de viuvez, seguindo-se o estado de solteiro com 7,9% e por último o estado de divorciado representado por 3,4%. Apesar de constituir uma pequena percentagem, nesta amostra o número de divórcios existente entre idosos é baixa.

Escolaridade

- ✓ A nível educativo, constatamos na população em estudo que 46,1% (41) detêm apenas o ensino básico, e que só 3,4% detêm curso superior. Neste estudo existe ainda um elevado nível de analfabetismo com 29,2%, e apenas 14,6% refere saber ler e escrever.

Situação Laboral

- ✓ Desta amostra 83 (93,3%) dos idosos são reformados e 5 ainda desempenham a sua actividade laboral. Já um idoso refere estar desempregado. Por se tratar de uma amostra do Concelho da Covilhã, região de lanifícios, têxteis, construção civil e agricultura, cerca de 51,7% exerceu a sua actividade laboral numa destas áreas.

Tipo de Reforma e Situação Económica (rendimento mensal)

- ✓ A maioria dos reformados obteve a reforma pelo limite de idade (57,3%) sendo que 31,5%, da amostra se reformou por invalidez. Já 2,2% revelou ser reformado com pensão social e/ou do conjugue e os restantes 1,1% reformado pelo regime especial rural. Os dados obtidos nesta amostra, face à situação económica mostram que 67,4% refere ter um rendimento mensal entre 200 e 500E, seguindo-se um grupo significativo de 15,7% com um rendimento entre 500 e 1000E e 6,7% com um rendimento superior a 1000E. Desta amostra apenas 10,2% refere um rendimento inferior a 200E.

Religião

- ✓ Segundo Martins (2004), num estudo realizado na Université de Montreal por Champagne e Frennet, vários são os estereótipos atribuídos aos idosos, um dos quais refere que os idosos são muitos religiosos e praticantes, o que é demonstrado pela nossa amostra uma vez que 95,5% diz praticar uma religião, sendo que 85 refere ser católico e apenas quatro (4,5%) refere não professar qualquer religião.

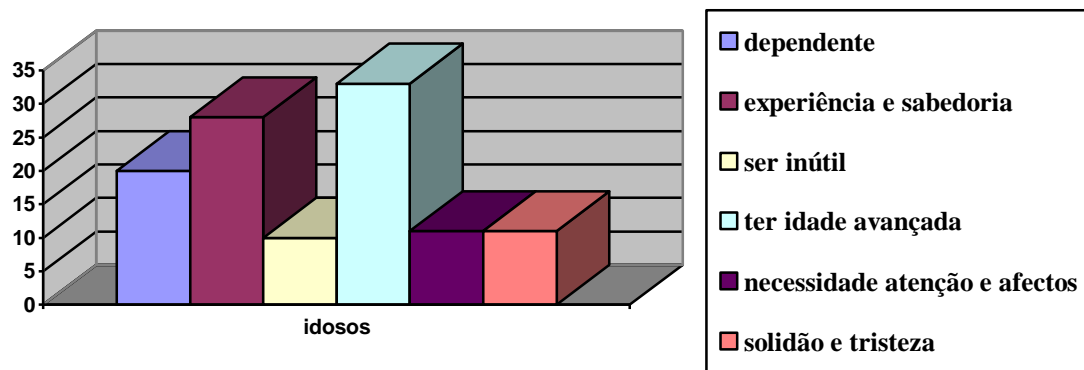
4.1.1.1. Outros aspectos caracterizadores da amostra

Estereótipo sobre o que é ser idoso

- ✓ Gonçalves et al, (2006) referem que “Os estereótipos de fragilidade, incapacidade e improdutividade embargam o acesso a novas oportunidades e formas de desenvolvimento, essenciais para a manutenção da qualidade de vida”. Neste sentido, e questionando o idoso sobre o que é para si ser idoso, 37,1% referenciaram ter idade avançada, 31,5% referiram ter experiência e sabedoria, 22,5% referiram ser dependentes, 12,4% referiram ter necessidade de afectos e sentirem solidão e tristeza, e apenas 11,2% referiram sentir-se inúteis.

✓

Gráfico 1 – Estereótipos sobre o que é ser Idoso



Fonte: Isabel Dias (2010)

Solidão

- ✓ Na nossa amostra 58,4% dos idosos, negam sentir-se só, sendo que 41,6% refere que sim, e destes 18% referem estar sós por períodos inferiores a 8h por dia, já 12,4% referem estar sós entre 8 a 16h e apenas 11,2% refere estar só entre 16 a 24h.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas da amostra

Características sócio-demográficas		<i>N</i>	%
Sexo	Masculino	32	36
	Feminino	57	64
Idade	65-75	43	48,3
	76-86	33	37,1
	87-97	13	14,6
Local de Residência :	Rural	54	60,7
	Urbano	35	39,3
Estado Civil	Casado	42	47,1
	Solteiro	7	7,9
	Viúvo	37	41,6
	Divorciado	3	3,4
Habilitações Literárias:			
	Analfabeto	26	29,2
	Sabe ler e escrever	13	14,6
	Ensino Básico	41	46,1
	Antigo Ciclo	5	5,6
	Ensino Secundário	1	1,1
	Curso Superior	3	3,4
Situação Laboral:			
	Empregado	5	5,6
	Desempregado	1	1,1
	Reformado	83	93,3
Rendimento Mensal:			
	- < 200 €/mês	9	10,2
	- entre 200 e 500 €/mês	60	67,4
	- 500 a 1000 €/mês	14	15,7
	- > 1000 €/mês	6	6,7
Religião	Sim	85	95,5
	Não	4	4,5
Total		89	100%

Fonte: Isabel Dias (2010)

4.1.2 - Caracterização clínica da amostra

✓ Situação clínica que provoca dor

Na nossa amostra 64% refere que a origem da sua dor é músculo-esquelética, seguindo-se a patologia neurológica com 19,1%, a de origem oncológica com 10,1% e por último a patologia abdominal com 6,8%.

Quadro 2 – Caracterização da causa de dor dos idosos

Causa da dor		
	N	%
(Foro Ortopédico) Patologia Múculo-esquelética	57	64,0
(Foro Oncológico) Patologia Oncológica	9	10,1
(Foro Neurológico) Patologia Neurológica	17	19,1
(Foro Cirúrgico) Patologia Abdominal	6	6,8
Total	89	100

Fonte: Isabel Dias (2010)

Região do corpo onde refere dor

- ✓ Observamos na nossa amostra, que as regiões do corpo mais afectadas pela dor são: a região dorso lombar (tronco) com 44,9%, seguindo-se os membros inferiores em 43,8% e com menor representatividade membros superiores com 6,8% e região da cabeça e pescoço com 4,5%.

Tipo de dor

- ✓ Nesta variável seleccionamos somente o indicador de avaliação inerente à sua duração, e a maioria dos idosos deste estudo refere dor crónica com 88,8%, contrastando com 11,2% de idosos que referem dor aguda. Dos 88,8% que refere dor crónica, 85,4% referem essa mesma dor há mais de 1 ano.

Estratégias de tratamento

- ✓ Várias são as estratégias de tratamento utilizadas pelos idosos em estudo. Dos 89 idosos 88 (98,9 %) refere utilizar como estratégia principal de alívio para a dor, a terapêutica medicamentosa e apenas 1 idoso refere como estratégia de tratamento principal, o programa de reabilitação. Contudo dos 88 idosos desta amostra, 25,8 % também utiliza programas de reabilitação, 6,7% anda submetido a intervenção cognitivo comportamental e 2,2% faz acupuntura. Já 2,2% recorreram a cirurgia e termas para alívio da dor e apenas 1 idoso referiu ter acompanhamento psiquiátrico no combate à dor.

Acesso fácil aos serviços de saúde

- ✓ Na nossa amostra 95,5% refere ter acesso aos serviços de saúde, talvez porque os idosos do nosso estudo, pelo local onde residem, têm um acesso fácil ao CHCB, EPE e aos Centros de Saúde da sua área de residência.

Programa de reabilitação

- ✓ Dos 89 idosos, 23 (25,8%) encontram-se em programa de reabilitação e 16 já o terão realizado no passado devido a processos dolorosos, sendo que 32,6% foram realizados por fisioterapeutas e 10,1% por enfermeiros de reabilitação. Esta disparidade deve-se provavelmente aos fisioterapeutas estarem mais associados a centros de reabilitação e os enfermeiros mais afectos aos hospitais, clínicas e centros de saúde. Dos 39 idosos que realizaram ou realizam programas de reabilitação 27% referiram que o mesmo contribuiu muito para o alívio da sua dor, já 15,7% referiram que contribuiu pouco e 1 referiu que nada contribuiu.

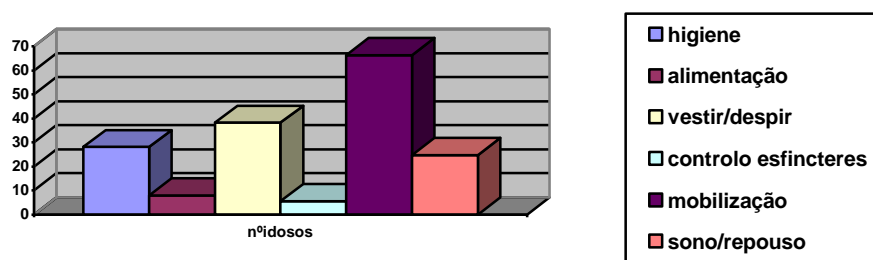
A dor surge mais num determinado período

- ✓ A maioria da nossa amostra, 62 (69,7%) dos idosos referiu que a dor surge mais num determinado período: destes 44,9% referiu mais dor no período diurno, e 24,7% referiu sentir mais dor, durante o período nocturno.

A dor compromete as AVD'S

- ✓ No nosso estudo, 83,1% dos idosos responderam que a dor compromete as AVD'S. As actividades mais afectadas pela dor e registadas pelos idosos foram: mobilização (66,3%); vestir/despir (38,2%); higiene e utilização do WC (28,1%) sono/repouso (24,7%), alimentação (7,9%) e por fim controlo esfíncteres com (5,6%). (Nota: estas percentagens dizem respeito às opções dos nossos idosos, que escolheram mais do que uma hipótese).

Gráfico 2 – AVD'S mais afectadas nos Idosos com Dor



Fonte : Isabel Dias (2010)

A dor compromete o convívio social

- ✓ Para 49,4% dos nossos idosos a dor compromete a convivência social, já 50,6% nega esta condição.

Tabela 2 – Características Clínicas da Amostra

Características Clínicas	<i>N</i>	<i>%</i>
Doença ou situação clínica/ dor		
Patologia musculo esquelética	57	64
Patologia oncológica	9	10,1
Patologia neurológica	17	19,1
Patologia abdominal	6	6,8
Região da dor		
Cabeça e pescoço	4	4,5
Tronco	40	44,9
M. Superiores	6	6,8
M. Inferiores	39	43,8
Tempo de dor		
Inferior a 1 mês	5	5,6
1 a 5 meses	5	5,6
6 a 12 meses	3	3,4
Superior a 12 meses	76	85,4
Tipo de dor		
Aguda	10	11,2
Crónica	79	88,8
Estratégias de tratamento actual		
Terapia medicamentosa	88	98,9
Programa reabilitação	1	1,1
Total	89	100%

Fonte: Isabel Dias (2010)

4.1.3 – Caracterização da escala de satisfação com o tratamento da dor

Perante a questão global sobre o seu estado de saúde, 46,1% dos idosos referiram ter uma saúde razoável, 27% referiram ter uma saúde boa e 24,7% referiram ter uma saúde má.

Intensidade da dor da amostra

A intensidade da dor referida pelos idosos que integraram o estudo foi classificada numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde à “ausência de dor”, 1 a 3 “dor ligeira”, 4 a 6 “dor moderada”, 7 a 9 “dor intensa” e 10 a “pior dor possível”. Os resultados para cada um dos três momentos pesquisados são apresentados no quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização da intensidade da dor nos idosos

Intensidade da dor	Última semana		Últimas 24h		Neste momento	
	N	%	N	%	N	%
1 a 3 dor ligeira	19	21,3	32	36	47	52,8
4 a 6 dor moderada	36	40,5	28	31,4	31	34,8
7 a 9 dor intensa	34	38,2	29	32,6	11	12,4
Total	89	100	89	100	89	100

Fonte: Isabel Dias (2010)

Já em relação à intensidade da dor que leva os idosos a pedir medicação ao seu médico e a tomar medicação para ultrapassar a mesma, esta situa-se entre 7 e 9, ou seja, é denominada dor intensa, correspondendo a 60,7% e 51,7% respectivamente. De referir que neste estudo, nenhum idoso referenciou ausência de dor ou estar em presença da pior dor possível, razão pela qual eliminámos essas opções.

Depois de caracterizarmos a população idosa, a nível sócio-demográfico e clínico, iremos agora caracterizar a escala de satisfação com o tratamento da dor, onde faremos referência a cada uma das dimensões que integram a mesma.

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada dimensão, que segundo Malhotra, (2002) este coeficiente é uma medida de confiabilidade e deverá apresentar valores superiores a 0,7. Já Pestana e Gageiro (2003), referem que o índice de alfa de Cronbach pode variar entre 0 a 1, sendo que quanto maior for este valor, maior a confiabilidade da escala.

Os valores do alfa de Cronbach nas diferentes dimensões demonstraram uma boa consistência interna, com valores de alfa a variarem entre 0.837 na dimensão satisfação medicação actual (sub escalas das características e eficácia), 0.885 na dimensão dos efeitos

secundários da medicação, 0.907 na dimensão com a informação da dor e tratamento, 0.926 na dimensão sobre cuidados médicos e 0.931 na dimensão impacto da medicação actual.

- **Escala “Informação sobre a Dor e o seu Tratamento” - IDT**

O valor obtido pela soma de todas as respostas pode variar entre mínimo de 5 e um máximo de 25, sendo que quanto menor a cotação da escala maior o nível de satisfação. O valor do alfa de Cronbach demonstrou uma boa consistência interna nesta dimensão (0.907).

- **Escala “Cuidados Médicos”- CM**

O valor obtido pela soma de todas as respostas pode variar entre mínimo de 7 e um máximo de 33, sendo que quanto menor a cotação da escala maior o nível de satisfação. O valor do alfa de Cronbach demonstrou uma boa consistência interna (0.926) nesta dimensão.

- **Escala “Impacto da Medicação Actual” - IMA**

O valor obtido pela soma de todas as respostas pode variar entre mínimo de 8 e um máximo de 38, sendo que quanto menor a cotação da escala maior o nível de satisfação. O valor do alfa de Cronbach demonstrou uma boa consistência interna (0.931) nesta dimensão.

- **Escala Efeitos Secundários da Medicação - ESM**

O valor obtido pela soma de todas as respostas pode variar entre mínimo de 12 e um máximo de 58, sendo que quanto menor a cotação da escala maior o nível de satisfação. O valor do alfa de Cronbach demonstrou uma boa consistência interna (0.885) nesta dimensão.

- **Escala Satisfação com a actual Medicação para a Dor e Tratamento**

- **subescala relacionada com as características da medicação - SMA CM**

O valor obtido pela soma de todas as respostas pode variar entre mínimo de 3 e um máximo de 15, sendo que quanto menor a cotação da escala maior o nível de satisfação. O valor do alfa de Cronbach demonstrou uma boa consistência interna (0.837) nesta dimensão.

- **subescala relacionada com a eficácia - SMA EF**

O valor obtido pela soma de todas as respostas pode variar entre mínimo de 3 e um máximo de 12, sendo que quanto menor a cotação da escala maior o nível de satisfação. O valor do alfa de Cronbach demonstrou uma boa consistência interna (0.837) nesta dimensão.

Tabela 3 - Estimação do Alpha de Cronbach para todas as dimensões da ESTD

	IDT	CM	IMA	ESM	SMA CM/EF
Cronbac's Alpha	0,907	0,926	0,931	0,885	0,837
nº itens	5	7	8	12	6

Fonte: Isabel Dias (2010)

De seguida serão analisadas mais pormenorizadamente as dimensões da escala.

4.1.3.1 – Satisfação com informação fornecida

Quanto ao grau de satisfação dos idosos com a informação fornecida sobre a sua doença ou lesão, causa da dor, opções de tratamento, medicação para a dor e possíveis efeitos secundários de medicação, o grau de satisfação foi avaliado numa escala tipo likert de 1 a 5, sendo o nível 3 (“informação dada foi suficiente para mim”) o mais cotado, permitindo referenciar que a nossa amostra sente-se satisfeita com a informação recebida, embora se tenha verificado também algum grau de insatisfação face à informação que se desejou obter e não se obteve, como é observado na coluna (1) e (2) do quadro 4. De referir também que apenas 1 idoso referiu não ter gostado de receber informação acerca da sua doença e causa de dor. Já sobre a informação suficientemente recebida, a que apresenta uma diferença pouco significativa diz respeito aos possíveis efeitos secundários da medicação, onde se verifica que face a este item 22,5% dos idosos gostariam de ter tido muito mais informação e 29,2% referiram que gostariam de ter tido um pouco mais de informação sobre os efeitos secundários da medicação para a dor.

Quadro 4 - Satisfação Com Informação Fornecida

Quanta informação gostaria de ter recebido sobre o seguinte:	Gostaria de ter tido muito mais informação.		Gostaria de ter tido um pouco mais de informação		A informação dada foi suficiente para mim		Gostaria de ter tido menos informação		Gostaria de não ter tido informação	
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7. A minha doença ou lesão.	24	27	18	20,2	45	50,6	1	1,1	1	1,1
8. A(s) causa(s) da minha dor.	17	19,1	22	24,7	47	52,8	2	2,2	1	1,1
9. Opções de tratamento para a minha dor.	19	21,3	21	23,6	48	53,9	1	1,1	-	-
10. Medicação para a dor, em geral.	17	19,1	22	24,7	49	55,1	1	1,1	-	-
11. Possíveis efeitos 2ºs da medicação para a dor.	20	22,5	26	29,2	41	46,1	2	2,2	-	-

Fonte: Isabel Dias (2010)

4.1.3.2 – Satisfação com os cuidados prestados

Nesta dimensão, utilizou-se uma escala de concordância, em que o nível 1 “concordo inteiramente” corresponde ao grau de maior satisfação dos idosos face aos cuidados prestados e o nível 5 “discordo plenamente” corresponde ao oposto, como podemos observar no quadro 5. Em relação, a esta dimensão podemos observar que os idosos referiram elevado grau de satisfação (nível 1). Dos 7 itens que constituem esta dimensão 61,8% dos idosos referiram estar satisfeitos com o cuidado prestado pelos enfermeiros face à sua dor e tratamento, 56,2% referiram estar satisfeitos com a atitude da equipa médica no que respeita à prescrição da medicação para a dor. Em oposição, o menor grau de satisfação relacionou-se com o “tempo que os médicos dedicam durante as consultas” e com “atitude médica para minorar a preocupação do idoso” (níveis 4 e 5 – 19,1 e 15,7%, respectivamente).

Quadro 5 - Satisfação Com os Cuidados Prestados

Quanto concorda ou discorda com os seguintes afirmações:	Concordo inteiramente (1)		Concordo um pouco (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo um pouco (4)		Discordo plenamente (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12. É fácil colocar questões à equipa de pessoal médico.	46	51,7	22	24,7	8	9	5	5,6	8	9
13. A equipa de pessoal médico faz sempre o seu melhor para que eu não me preocupe.	45	50,6	20	22,5	10	11,2	10	11,2	4	4,5
14. A equipa de pessoal médico está disposta a dar-me a medicação para a dor.	50	56,2	17	19,1	10	11,2	9	10,1	3	3,4
15. A equipa de pessoal médico fornece o cuidado continuado adequado.	42	47,2	22	24,7	15	16,9	8	9	2	2,2
16. A informação que recebi sobre a dor e o seu tratamento.	37	41,6	24	27	18	20,2	7	7,9	3	3,4
17. O tempo que os médicos me dedicam durante as visitas/consultas.	38	42,7	20	22,5	14	15,7	10	11,2	7	7,9
18. O cuidado prestado pelos enfermeiros em relação à minha dor e ao seu tratamento.	55	61,8	20	22,5	8	9	4	4,5	2	2,2

Fonte: Isabel Dias (2010)

Permite verificar maior concordância em "cuidados prestados por enfermeiros" com um valor médio superior aos das outras questões (1.63), a resposta mais vezes assinalada para todas as questões foi 1 (moda) e onde houve maior dispersão das respostas foi no “tempo que os médicos dedicam nas consultas” com 1,313 de desvio padrão.

4.1.3.3 – Satisfação com a medicação actual

Perante a dimensão sobre a actual medicação, os idosos neste estudo referiram níveis elevados de satisfação (nível 1), sobretudo no que se refere ao efeito da medicação “sob saúde física, melhoria da perspectiva de vida e na execução das AVD’S” com respectivamente 62,9%, 61,8% e 57,3% como podemos observar no quadro 6. Já 20 idosos referiram “não concordar, nem discordar” relativamente ao facto da medicação para a dor permitir um maior relacionamento com os outros. Nesta dimensão, utilizou-se uma escala de concordância, em

que o nível 1 “concordo inteiramente” corresponde ao grau de maior satisfação dos idosos face à medicação actual e o nível 5 “discordo plenamente” corresponde ao oposto.

Assim verificamos uma maior concordância em "a minha medicação para a dor tem um efeito positivo na minha saúde física" com um valor médio superior aos das outras questões (1.43), a resposta mais vezes assinalada para todas as questões foi 1 (moda) e onde houve maior dispersão das respostas foi em “a minha medicação para a dor permite-me participar em actividades de lazer com mais frequência" com 1,098 de desvio padrão.

Quadro 6 - Satisfação Com a Medicação Actual

Quanto concorda ou discorda com os seguintes afirmações:	Concordo inteiramente (1)		Concordo um pouco (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo um pouco (4)		Discordo plenamente (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
19. A minha medicação para a dor tem um efeito positivo na minha saúde física	56	62,9	30	33,7	2	2,2	0	-	1	1,1
20. A minha medicação para a dor ajuda-me a ter uma melhor perspectiva da vida.	55	61,8	27	30,3	6	6,7	0	-	1	1,1
21. A minha medicação para a dor permite que eu execute as minhas tarefas diárias mais facilmente.	51	57,3	29	32,6	4	4,5	3	3,4	2	2,2
22. A minha medicação para a dor permite-me participar em actividades de lazer com mais frequência.	43	48,3	24	27	13	14,6	6	6,7	3	3,4
23. A minha medicação para a dor ajuda-me a desenvolver tarefas com mais independência.	46	51,7	27	30,3	9	10,1	5	5,6	2	2,2
24. A minha medicação para a dor permite-me relacionar melhor com os outros.	42	47,2	24	27	20	22,5	3	3,4	0	-
25. A minha medicação para a dor melhora a minha disposição.	49	55,1	28	31,5	6	6,7	5	5,6	1	1,1
26. A minha medicação para a dor ajuda-me a concentrar melhor.	50	56,2	21	23,6	12	13,50	3	3,4	3	3,4

Fonte: Isabel Dias (2010)

4.1.3.4 – Medicação para a dor – modo de administração

Dos 89 idosos da nossa amostra, 87 referiram que a medicação para a dor, era administrada por via oral e 79,8% referiram ser de fácil deglutição e destes 60,7% referiram discordar plenamente, da hipótese da mesma deixar um travo no final da toma, já 9% refere concordar inteiramente. Em relação à medicação por via endovenosa, apenas 14 dos 89 idosos, referiram usar esta via, dos quais 11,2% referiram um alívio imediato após administração da medicação. Já em relação à utilização de pensos transdérmicos para a dor, apenas 4 dos 89 idosos, referiram o uso dos mesmos, sendo que 3 destes concorda inteiramente com a facilidade de aplicação e remoção dos mesmos e discordaram plenamente com o facto da mesma poder provocar irritação da pele.

4.1.3.5 – Efeitos secundários da medicação

Esta dimensão é constituída por 12 itens e é utilizada uma escala ordinal a 6 pontos (0 a 5) sendo que 0 e 1 correspondem ausência de efeitos secundários associados à medicação. A maioria dos elementos da amostra não referiu efeitos secundários, como podemos observar na coluna (1) e (2) do quadro 7, contudo a azia, dores de estômago e as tonturas foram os efeitos mais mencionados pelos idosos, correspondendo a um grau de moderada a extremamente incomodada com os efeitos da medicação.

Quadro 7 - Satisfação face aos Efeitos Secundários da Medicação

Devido à sua medicação para a dor, em que medida se sentiu incomodado/a pelo seguinte:	Não sentiu este efeito		Não sentiu qualquer incómodo		Sentiu-se um pouco incomodado/a		Moderada/ incomodado/a		Bastante incomodado/a		Extrema/ incomodado/a	
	(0)		(1)		(2)		(3)		(4)		(5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
37. Ganho de peso involuntário	63	70,8	13	14,6	5	5,6	4	4,5	1	1,1	3	3,4
38. Fadiga excessiva	63	70,8	10	11,2	5	5,6	2	2,2	5	5,6	4	4,5
39. Sonolência	63	70,8	8	9	5	5,6	6	6,7	4	4,5	3	3,4
40. Incapacidade de oncentração	64	71,9	11	12,4	7	7,9	5	5,6	1	1,1	1	1,1
41. Náusea	63	70,8	11	12,4	6	6,7	5	5,6	2	2,2	2	2,2
42. Diarreia	72	80,9	8	9	3	3,4	2	2,2	2	2,2	2	2,2
43. Tonturas	62	69,7	11	12,4	2	2,2	5	5,6	1	1,1	8	9
44. Obstipação	56	62,9	11	12,4	11	12,4	2	2,2	6	6,7	3	3,4
45. Alergias na pele	70	78,7	9	10,1	4	4,5	2	2,2	1	1,1	3	3,4
46. Dores de estômago	43	52,8	11	12,4	15	16,9	5	5,6	9	10,1	2	2,2
47. Azia	56	62,9	11	12,4	9	10,1	10	11,2	3	3,4	0	-
48. Vômitos	69	77,5	13	14,6	2	2,2	1	1,1	2	2,2	2	2,2

Fonte: Isabel Dias (2010)

4.1.3.6- Satisfação com actual medicação para a dor e tratamento

Perante os resultados obtidos no quadro 8 podemos observar que os idosos em estudo demonstram estar maioritariamente satisfeitos com as características da medicação e sua eficácia. Contudo, na sub-escala das características da dor, podemos referir que 31,5% dos idosos, referiram não estar nem satisfeitos nem insatisfeitos com o número de vezes que tomam a medicação. Já na sub-escala da eficácia da medicação para a dor 30,3% dos idosos referem não estar satisfeitos nem insatisfeitos com o tempo que a medicação demora actuar para alívio da mesma, já 12,4% dos idosos referem estar insatisfeitos com a duração do alívio fornecido pela medicação actual.

Quadro 8 - Satisfação Com Actual Medicação para a Dor e Tratamento - Subescalas

Quão satisfeito está com cada um dos seguintes aspectos:	Muito satisfeito		Satisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Insatisfeito		Muito insatisfeito	
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
49. A forma da sua medicação (por exemplo, comprimido, cápsula, penso ou injeção).	23	25,8	53	59,6	12	13,5	0	-	1	1,1
50. Quantas vezes toma a sua medicação.	14	15,7	43	48,3	28	31,5	1	1,1	3	3,4
51. A quantidade de medicação para a dor que toma.	14	15,7	40	44,9	27	30,3	5	5,6	3	3,4
52. O tempo que a sua medicação para a dor demora a actuar.	12	13,5	43	48,3	27	30,3	7	7,9	0	-
53. O nível ou quantidade de alívio da dor fornecido pela sua medicação.	12	13,5	51	57,3	19	21,3	7	7,9	0	-
54. A duração do alívio da dor fornecido pela sua medicação.	14	15,7	40	44,9	24	27	11	12,4	0	-

Fonte: Isabel Dias (2010)

Assim verificamos uma maior satisfação em "a forma da sua medicação" com um valor médio superior aos das outras questões (1.91), a resposta mais vezes assinalada para todas as questões foi 2 (moda) e onde houve maior dispersão das respostas foi em "a quantidade de medicação para a dor que toma" com 0,932 de desvio padrão.

4.1.3.7 – Satisfação global com a medicação

Perante a nossa amostra podemos verificar que 59,6% dos idosos se encontram satisfeitos com a medicação para a dor e seu tratamento, 10,1% referem estar muito satisfeitos e apenas 1,1% refere estar muito insatisfeito, já 24,7% referiram nem estar satisfeitos nem insatisfeitos e 4,5% referem estar insatisfeitos. Da análise destes resultados, pode concluir-se que a maioria dos inquiridos se considera satisfeito com a actual medicação para a dor.

4.1.3.8 – Satisfação com o alívio da dor e expectativas dos idosos

Neste estudo verificamos que o nível de alívio da dor para 60 (67,4%) dos idosos em estudo vai de encontro às suas expectativas, indiciando satisfação. Já 24,7% referem não ir muito de encontro aquilo que pensam ou desejavam para o alívio da sua dor e apenas 2,2% dos idosos referem exceder largamente as expectativas, 3,4% referem exceder um pouco as expectativas pré concebidas e 2,2% referem que o nível de alívio dor não vai nada de encontro às suas expectativas.

4.1.3.9 - *Medicação actual / eficácia no alívio da dor*

Apesar de 53 dos idosos em estudo terem respondido estar satisfeito com a medicação actual, e 60 terem referenciado que o alívio da dor vai de encontro às expectativas criadas, 56,2% dos idosos referem que actual medicação provavelmente, devia ser mais eficaz no alívio da dor. No entanto 25,8% dos idosos não se pronunciam, dizem não saber. Muitos idosos referem que apesar do alívio, a dor mantêm-se residual embora com uma intensidade mais reduzida.

4.1.3.10- *Quanto ao manter a mesma medicação*

Perante esta questão, apenas 11,2% dos idosos referiram o desejo manifesto de continuar com a toma da mesma medicação, já 44,9% idosos referem a probabilidade de manter a mesma, 30,3% não sabem o que é melhor, manter ou mudar, 10,1% afirmam que não gostariam de continuar com a mesma e apenas 3,4% negam definitivamente a manutenção da toma da mesma medicação. O que perante os resultados desta amostra nos leva a pensar que apesar do alívio que a medicação actual proporciona ao idoso, ela não é tão satisfatória quanto o que deveria ser, e emerge a ideia de que a dor é sub-tratada.

4.1.3.11 – *Estado de nervosismo / medicação actual/ tempo*

Quanto ao estado de nervosismo, associado aos idosos pela toma de medicação durante um curto ou longo período de tempo, os mesmos não revelaram tal alteração, representando 67,4% e 61,8% respectivamente.

4.1.3.12 – *Medicação anterior comparada com actual*

Quando questionados os idosos sobre se já tinham tomado outra medicação para a dor anteriormente, 70,8% responderam favoravelmente. Desses 39,3% referiu que a medicação actual era semelhante à anterior, já 19,1% referiu que a medicação actual é um pouco melhor que a anterior e apenas 4,5% referiu que actual é pior, depreende-se destes resultados que os idosos estão satisfeitos com a medicação prescrita.

4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Segundo Fortin (2006) a estatística inferencial permite generalizar os resultados obtidos na amostra em estudo, para a população onde essa amostra foi retirada, prevendo o comportamento ou as características dessa população.

Neste sentido, surgiram as diferentes hipóteses do nosso estudo, onde se tentou estabelecer a relação das variáveis independentes (sociodemográficas e clínicas) com a

variável dependente (satisfação com o tratamento da dor). Antes de efectuarmos a análise estatística propriamente dita, procedemos ao exame prévio dos dados, onde se verifica a existência de desvios relativamente à normalidade das distribuições de algumas variáveis em estudo. Esta constatação associada à pouca representatividade da amostra (N=89) conduz ao não preenchimento dos requisitos para a aplicação de testes paramétricos, pelo que foram utilizados os seguintes testes não-paramétricos: *Mann-Whitney* (nas situações de 2 amostras independentes) e *Kruskall-Wallis* (para mais de 2 amostras independentes) e a *Correlação Ró de Spearmann*, tendo-se previamente efectuado a exploração dos dados, com o objectivo de se verificar a igualdade da forma das distribuições, condição que Pestana e Gageiro (2003) afirmam ser exigida para se poder aplicar os dois primeiros testes não paramétricos supracitados.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. A análise que vamos efectuar incidirá somente sobre o valor das correlações e níveis de significância.

H1 – As variáveis sócio demográficas (sexo, idade, estado civil, local de residência, situação laboral, rendimento mensal, religião), influenciam a satisfação com o tratamento da dor

Perante esta hipótese complexa, e com vista a testar a relação entre as variáveis procedeu-se a análise de cada uma das sub hipóteses de investigação, verificando a existência da relação de cada variável independente com a variável dependente. Foram utilizados vários testes não paramétricos. Os resultados são apresentados em quadros antecidos da respectiva análise. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

H1.1 – Existe um efeito significativo do sexo na satisfação com o tratamento da dor

Para testar esta sub-hipótese utilizamos o teste de Mann-Whitney, o qual compara o centro de localização de duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes (feminino e masculino) ao nível da satisfação com o tratamento da dor. No que diz respeito à análise global dos pesos médios obtidos, podemos verificar,

pelos resultados expressos na Tabela 4, que na sua generalidade são superiores no sexo feminino com excepção da dimensão da “satisfação com a medicação actual – subescala da eficácia”. Mostram que os dois sexos não diferem em tendência central, conforme o teste de Mann-Whitney, tal diferença não é significativa. O que permite concluir que existe uma homogeneidade na satisfação com o tratamento da dor segundo o sexo, levando-nos a rejeitar a hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias do sexo feminino e masculino na satisfação com o tratamento da dor.

Tabela 4 : Teste de Mann-Whitney: Satisfação com o tratamento da dor em função do sexo

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
IDT	Masculino	32	43,17	853,500	0,610
	Feminino	57	46,03		
CM	Masculino	32	40,00	752,000	0,165
	Feminino	57	47,81		
IMA	Masculino	32	41,17	789,500	0,284
	Feminino	57	47,15		
ESM	Masculino	32	39,97	751,000	0,159
	Feminino	57	47,82		
SMA-CM	Masculino	32	44,44	894,000	0,875
	Feminino	57	45,32		
SMA-EF	Masculino	32	45,16	907,000	0,965
	Feminino	57	44,91		
TOTAL		89			

Fonte: Isabel Dias (2010)

H1.2 – Existe um efeito significativo da idade sobre a satisfação com o tratamento da dor

Para testar esta sub hipótese utilizámos o coeficiente de Spearman Correlation que nos indica a força e o sentido da associação linear, entre variáveis ordinais. Segundo, os resultados obtidos apenas se registam correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas dimensões: impacto da medicação actual e efeitos secundários da medicação. Contudo os valores da correlação são muito baixos.

Tabela 5 - Correlação de Spearman entre a idade e a satisfação com o tratamento da dor

IDADE	Dimensões da ESTD	IDT	CM	IMA	ESM-	SMA-CM	SMA-EF
	Spearman Correlação de	-0,1	0,162	0,286	0,227	0,004	0,084
	Significância	0,352	0,129	0,007	0,032	0,974	0,432

Fonte: Isabel Dias (2010)

Em suma, os resultados encontrados conduzem à aceitação parcial da hipótese específica de que o efeito da idade nos resultados obtidos na satisfação com o tratamento da dor adquire significância estatística. Ou seja, aceita-se a hipótese formulada para as dimensões “impacto da medicação actual e efeitos secundários da medicação”. Foi nosso interesse conhecer o nível de satisfação com o tratamento da dor tendo por referência os diferentes grupos etários em estudo (à excepção do grupo etário referido com idade superior a 97 anos, por nenhum dos idosos em estudo se encontrar neste grupo etário). Para isso, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis e perante os resultados obtidos, podemos concluir aceitação parcial da hipótese específica de que o efeito da idade nos resultados obtidos na satisfação com o tratamento da dor tem significância estatística. Ou seja, aceita-se parcialmente a hipótese formulada para a dimensão impacto com actual medicação.

Tabela 6 : Teste de Kruskal Wallis: entre os grupos etários e a Satisfação com o Tratamento da Dor

Dimensão da ESTD	Idade	n	Pesos médios	χ^2	p
IDT	65-75	43	46,80	1,441	0,487
	76-86	33	45,68		
	87-97	13	37,31		
CM	65-75	43	41,60	2,827	0,243
	76-86	33	45,44		
	87-97	13	55,12		
IMA	65-75	43	37,00	8,382	0,015
	76-86	33	52,89		
	87-97	13	51,42		
ESM	65-75	43	39,05	4,703	0,095
	76-86	33	49,89		
	87-97	13	52,27		
SMA-CM	65-75	43	44,53	0,184	0,912
	76-86	33	46,36		
	87-97	13	43,08		
SMA-EF	65-75	43	41,51	3,188	0,203
	76-86	33	51,23		
	87-97	13	40,73		
TOTAL		89			

Fonte: Isabel Dias (2010)

H1.3 – Existe um efeito significativo do estado civil sobre a satisfação com o tratamento da dor

Com o intuito de saber se existem diferenças significativas na satisfação com o tratamento da dor nos grupos do estado civil, utilizámos o teste Kruskal Wallis e constatámos pelo quadro seguinte, que o mesmo não apresentou significância estatística para nenhuma das dimensões da ESTD, pelo que podemos concluir, que a hipótese inicialmente formulada é rejeitada.

Tabela 7 : Teste de Kruskal Wallis: entre o estado civil e a Satisfação com o Tratamento da Dor

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	χ^2	<i>p</i>
IDT	Casado	42	47,32	1,284	0,733
	Solteiro	7	45,57		
	Viúvo	37	41,64		
	Divorciado	3	52,67		
CM	Casado	42	40,43	2,705	0,439
	Solteiro	7	49,71		
	Viúvo	37	48,55		
	Divorciado	3	54,17		
IMA	Casado	42	39,44	3,953	0,267
	Solteiro	7	48,21		
	Viúvo	37	50,00		
	Divorciado	3	53,67		
ESM	Casado	42	39,77	4,797	0,187
	Solteiro	7	59,00		
	Viúvo	37	47,45		
	Divorciado	3	55,33		
SMA-CM	Casado	42	44,95	0,730	0,866
	Solteiro	7	38,36		
	Viúvo	37	45,76		
	Divorciado	3	51,83		
SMA-EF	Casado	42	44,58	1,047	0,790
	Solteiro	7	46,79		
	Viúvo	37	43,99		
	Divorciado	3	59,17		
TOTAL		89			

Fonte: Isabel Dias (2010)

H1.4 – Existe um efeito significativo do local de residência sobre a satisfação com o tratamento da dor

Na nossa amostra quisemos estabelecer as possíveis diferenças na satisfação com o tratamento da dor e o local de residência dos idosos em estudo (rural/urbano), e constatámos pelo quadro seguinte, utilizando o teste Mann Whitney, que se verificou para a dimensão “informação sobre dor e tratamento” e a dimensão dos “cuidados médicos”, que esta hipótese pode ser parcialmente aceite, pois verificou-se a existência de um efeito estatisticamente significativo da variável local de residência, com um valor de $p=0,002$ e $p=0,037$ respectivamente.

Tabela 8: Teste de Mann-Whitney entre o Local de Residência e a Satisfação com o Tratamento da Dor

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Local de Residência</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
IDT	Rural	54	38,19	577,500	0,002
	Urbano	35	55,50		
CM	Rural	54	49,53	700,500	0,037
	Urbano	35	38,01		
IMA	Rural	54	43,39	858,000	0,455
	Urbano	35	47,49		
ESM	Rural	54	45,17	936,000	0,938
	Urbano	35	44,74		
SMA-CM	Rural	54	41,97	781,500	0,162
	Urbano	35	49,67		
SMA-EF	Rural	54	45,81	901,500	0,709
	Urbano	35	43,76		
TOTAL		89			

Fonte: Isabel Dias (2010)

H1.5 – Existe um efeito significativo da situação laboral sobre a satisfação com o tratamento da dor

Gostaríamos de referir que para testar esta sub hipótese, apenas foi utilizada uma amostra de 88 idosos, visto que apenas 1 idoso inquirido revelou estar desempregado, então apenas subdividimos a amostra em empregados e reformados. Para testar esta sub hipótese, a influência da situação laboral sobre a satisfação com o tratamento da dor, utilizámos novamente o teste Kruskal Wallis. Pelos resultados obtidos, verificamos que a mesma é rejeitada para todas as dimensões da ESTD, não existindo um efeito estatisticamente significativo.

Tabela 9: Teste de Kruskal-Wallis entre Situação laboral e a Satisfação com o Tratamento da Dor

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Situação laboral</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	χ^2	<i>p</i>
IDT	empregado	5	42,90	0,022	0,883
	reformado	83	44,60		
CM	empregado	5	45,00	0,002	0,964
	reformado	83	44,47		
IMA	empregado	5	37,70	0,394	0,530
	reformado	83	44,91		
ESM	empregado	5	27,70	2,401	0,121
	reformado	83	45,51		
SMA-CM	empregado	5	43,80	0,004	0,949
	reformado	83	44,54		
SMA-EF	empregado	5	43,40	0,010	0,919
	reformado	83	44,57		
TOTAL		88			

Fonte: Isabel Dias (2010)

H1.6 – Existe um efeito significativo do rendimento mensal sobre a satisfação com o tratamento da dor

Nesta sub-hipótese tentámos verificar se o rendimento mensal tem efeito na a satisfação com o tratamento da dor, para tal considerámos quatro grupos em função do referencial do vencimento mínimo, pensão social, pensão por invalidez e pensão conjuge: menos de 200€/mês; entre 200 e 500€/mês; entre 500 e 1000 €/mês; e mais de 1000 €/mês. Constatámos pelo quadro seguinte, que utilizando o teste Kruskal-Wallis, se verificou evidencia estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para a dimensão “impacto da medicação actual” com $p = 0,047$, o que nos permite concluir que esta hipótese pode ser parcialmente aceite para esta dimensão e rejeitada para as restantes. Assim, os idosos que apresentam rendimentos mensais entre 500 e 1000€, são os que apresentam ponderações médias mais baixas nesta dimensão (32,75), o que se traduz por uma maior satisfação.

Tabela 10: Teste de Kruskal-Wallis entre o rendimento mensal e a Satisfação com o Tratamento da Dor

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Rendimento mensal</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	χ^2	<i>p</i>
IDT	< 200 €/mês	9	40,89	0,608	0,895
	entre 200 e 500 €/mês	60	45,42		
	500 a 1000 €/mês	14	43,43		
	> 1000 €/mês	6	50,67		
CM	< 200€/mês	9	56,11	2,720	0,437
	entre 200 e 500 €/mês	60	44,92		
	500 a 1000 €/mês	14	38,18		
	> 1000 €/mês	6	45,00		
IMA	< 200€/mês	9	62,61	7,932	0,047
	entre 200 e 500 €/mês	60	44,70		
	500 a 1000 €/mês	14	32,75		
	> 1000 €/mês	6	50,17		
ESM	< 200€/mês	9	51,28	5,496	0,139
	entre 200 e 500 €/mês	60	46,22		
	500 a 1000 €/mês	14	31,61		
	> 1000 €/mês	6	54,58		
SMA-CM	< 200€/mês	9	41,28	1,754	0,625
	entre 200 e 500 €/mês	60	46,07		
	500 a 1000 €/mês	14	39,11		
	> 1000 €/mês	6	53,67		
SMA-EF	< 200€/mês	9	54,67	1,608	0,658
	entre 200 e 500 €/mês	60	43,83		
	500 a 1000 €/mês	14	42,75		
	> 1000 €/mês	6	47,42		
TOTAL		89			

Fonte: Isabel Dias (2010)

H1.7 – Existe um efeito significativo da religião sobre a satisfação com o tratamento da dor

Para testar esta sub-hipótese, aplicámos o teste Mann Whitney. Tentámos observar a relação entre o nível de religiosidade do idoso e o grau de satisfação com o tratamento para a dor, e constatámos pelo quadro seguinte, que os resultados obtidos revelam para a dimensão “satisfação com actual medicação – subescala da sua eficácia”, que esta hipótese pode ser parcialmente aceite, já que demonstra evidência estatisticamente significativa com um $p=0,003$ para aquela dimensão. Com efeito, são os idosos com profecia religiosa que apresentam valores de ponderação média mais baixos nesta dimensão (43,38), o que indicia maior satisfação.

Tabela 11: Teste da Mann-Whitney: entre a religião e a Satisfação com o Tratamento da Dor

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Religião</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
IDT	Sim	85	45,14	158,000	0,826
	Não	4	42,00		
CM	Sim	85	44,31	111,000	0,258
	Não	4	59,75		
IMA	Sim	85	44,14	97,000	0,156
	Não	4	63,25		
ESM	Sim	85	44,39	118,000	0,321
	Não	4	58,00		
SMA-CM	Sim	85	44,14	96,500	0,151
	Não	4	63,38		
SMA-EF	Sim	85	43,38	32,500	0,003
	Não	4	79,38		
TOTAL	89				

Fonte: Isabel Dias(2010)

Quadro 9 - Síntese dos Resultados das Hipóteses Estabelecidas H1

Nº	Descrição	Resultado
<i>Hip.1.1.</i>	Existe um efeito significativo do sexo na satisfação com o tratamento da dor;	Rejeitada
<i>Hip.1.2</i>	Existe um efeito significativo da idade sobre a satisfação com o tratamento da dor	Aceite Parcial/
<i>Hip.1.3</i>	Existe um efeito significativo do estado civil sobre a satisfação com o tratamento da dor;	Rejeitada
<i>Hip.1.4</i>	Existe um efeito significativo do local de residência sobre a satisfação com o tratamento da dor.	Aceite Parcial/
<i>Hip.1.5</i>	Existe um efeito significativo da situação laboral sobre a satisfação como tratamento da dor.	Rejeitada
<i>Hip.1.6</i>	Existe um efeito significativo do rendimento mensal sobre a satisfação com o tratamento da dor	Aceite Parcial/
<i>Hip.1.7</i>	Existe um efeito significativo da religião sobre a satisfação com o tratamento da dor.	Aceite Parcial/

Fonte: Isabel Dias (2010)

H2 – As variáveis clínicas (doença/situação clínica, tipo de dor, programa de reabilitação), influenciam a satisfação com o tratamento da dor.

Também esta hipótese H2, foi subdividida em sub-hipóteses consoante as variáveis clínicas que considerámos mais relevantes para o nosso estudo, e também estas foram analisadas segundo análise inferencial.

H2.1 – Existe um efeito significativo da doença/situação clínica sobre a satisfação com o tratamento da dor

Para testar esta sub-hipótese, recorremos uma vez mais ao teste de Kruskal-Wallis, onde tentámos verificar a relação entre a doença ou situação clínica do idoso e a satisfação com o tratamento da dor e perante os resultados obtidos podemos concluir que a satisfação

com o tratamento da dor a nível das dimensões da ESTD não difere em função da situação clínica que esteve subjacente à origem da dor, pois não foram encontrados valores de p estatisticamente significativos, pelo que a mesma é rejeitada.

Tabela 12: Teste de Kruskal-Wallis – entre a situação clínica e a satisfação com o tratamento da dor

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Doença ou situação clínica</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	χ^2	<i>p</i>
IDT	Patologia Musculo-esquelética	57	47,10	1,745	0,627
	Patologia Oncológica	9	36,28		
	Patologia Neurológica	17	41,91		
	Patologia Abdominal	6	46,92		
CM	Patologia Musculo-esquelética	57	47,03	2,391	0,495
	Patologia Oncológica	9	45,50		
	Patologia Neurológica	17	43,03		
	Patologia Abdominal	6	30,58		
IMA	Patologia Musculo-esquelética	57	47,44	4,069	0,254
	Patologia Oncológica	9	32,33		
	Patologia Neurológica	17	47,38		
	Patologia Abdominal	6	34,08		
ESM	Patologia Musculo-esquelética	57	46,46	2,313	0,510
	Patologia Oncológica	9	33,00		
	Patologia Neurológica	17	46,76		
	Patologia Abdominal	6	44,08		
SMA-CM	Patologia Musculo-esquelética	57	46,97	1,673	0,643
	Patologia Oncológica	9	42,50		
	Patologia Neurológica	17	43,71		
	Patologia Abdominal	6	33,68		
SMA-EF	Patologia Musculo-esquelética	57	49,09	4,171	0,244
	Patologia Oncológica	9	37,17		
	Patologia Neurológica	17	37,44		
	Patologia Abdominal	6	39,33		
TOTAL		89			

Fonte: Isabel Dias (2010)

H2.2 – Existe um efeito significativo do tipo de dor sobre a satisfação com o tratamento da dor

Quisemos nesta sub - hipótese conhecer a influência do tipo de dor (aguda/crónica) na satisfação com o tratamento da dor, e pelos resultados obtidos através da utilização do teste de Mann Whitney, verificamos que os pesos médios são mais elevados nos idosos com dor crónica em quatro dimensões da escala: IDT (45,41), CM (45,77), IMA (46,02), ESM (46,50) e na sub escala da “eficácia” da medicação (45,75), e apenas na sub escala “características da medicação” os pesos médios são mais elevados nos idosos portadores de dor aguda.

Concluimos que as diferenças mencionadas não revelam significância estatística em qualquer das dimensões da ESTD, pelo que a mesma é rejeitada. No entanto podemos dizer que perante as dimensões da ESTD são os idosos com dor aguda que se encontram mais satisfeitos.

Tabela 13: Teste da Mann-Whitney: entre o tipo de dor e a satisfação com o tratamento da dor

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Tipo de Dor</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
IDT	Aguda	10	41,75	362,500	0,667
	crónica	79	45,41		
CM	Aguda	10	38,90	334,000	0,421
	crónica	79	45,77		
IMA	Aguda	10	36,95	314,500	0,285
	crónica	79	46,02		
ESM	Aguda	10	33,15	276,500	0,115
	crónica	79	46,50		
SMA-CM	Aguda	10	53,55	309,500	0,258
	crónica	79	43,92		
SMA-EF	Aguda	10	39,10	336,000	0,434
	crónica	79	45,75		
TOTAL		89			

Fonte: Isabel Dias (2010)

H2.3 – Existe um efeito significativo do programa de reabilitação sobre a satisfação com o tratamento da dor

Com o intuito de observarmos a existência de diferenças na satisfação com o tratamento da dor entre os idosos que realizaram ou não um programa de reabilitação, constatamos pelo quadro seguinte, e utilizando o teste Mann-Whitney, que para todas as dimensões da ESTD, as diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que se rejeita a hipótese formulada.

Tabela 14: Teste da Mann-Whitney: o programa de reabilitação e a Satisfação com o Tratamento da Dor

<i>Dimensão da ESTD</i>	<i>Programa de reabilitação</i>	<i>n</i>	<i>Pesos médios</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
IDT	Sim	39	50,95	743,000	0,050
	Não	50	40,36		
CM	Sim	39	39,10	745,000	0,054
	Não	50	49,60		
IMA	Sim	39	44,90	971,000	0,973
	Não	50	45,08		
ESM	Sim	39	42,45	875,500	0,400
	Não	50	46,99		
SMA-CM	Sim	39	44,60	959,500	0,896
	Não	50	45,31		
SMA-EF	Sim	39	44,54	957,000	0,879
	Não	50	45,36		
TOTAL		89			

Fonte: Isabel Dias (2010)

Quadro 10- Síntese dos Resultados das Hipóteses Estabelecidas H2

Nº	Descrição	Resultado
<i>Hip.2.1</i>	Existe um efeito significativo da doença/situação clínica sobre a satisfação com o tratamento da dor;	Rejeitada
<i>Hip.2.2</i>	Existe um efeito significativo do tipo de dor sobre a satisfação com o tratamento da dor	Rejeitada
<i>Hip.2.3</i>	Existe um efeito significativo do programa de reabilitação para a dor sobre a satisfação com o tratamento da dor.	Rejeitada

Fonte: Isabel Dias (2010)

Parte III

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

5.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo reveste-se de grande importância, pois possibilita uma análise crítica relativa aos resultados obtidos e permite a confrontação destes com outros anteriores cientificamente comprovados. Fortin (2003) refere que a interpretação dos resultados pressupõe que todos os aspectos da investigação sejam ponderados, de forma a tirar conclusões dos resultados e das implicações que deles sucedem e acrescenta que “esta é uma etapa delicada e exigente, que obriga o investigador a ter uma reflexão intensa e pensamento crítico”.

Foi nosso objectivo avaliar a satisfação com o tratamento da dor nos idosos, dado que este é um bom indicador no processo de reabilitação e porque urge a necessidade de construção de estratégias eficazes, não apenas para continuar a aumentar os “anos de vida”, mas sobretudo como forma de prevenir incapacidades e melhorar a qualidade de vida do ser humano que tende a ser cada vez mais idoso, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde e para a sociedade em geral. Por outro lado tem-se constatado que apesar de obrigatória, a avaliação e registo da dor em cuidados de saúde, esta continua ainda subtratada. A relevância da compreensão deste fenómeno “a dor no idoso” e sua satisfação com o respectivo tratamento pareceu-nos fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o mesmo é dizer para a descoberta de alguns contributos que possam conduzir a sugestões válidas e favoráveis à mudança.

O enquadramento teórico, efectuado com base nos conceitos inerentes ao problema, foi muito importante para o processo que se seguiu, já que permitiu a condução do estudo utilizando um fio condutor cientificamente adequado.

Após estas breves considerações passaremos à discussão dos resultados descritivos e posteriormente aos inferenciais.

OBJECTIVO I – CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA

Identificar as características sócio-demográficas da população idosa em estudo

Integraram este estudo 89 idosos, sendo 36% do sexo masculino e 64% do sexo feminino, com uma média de idades de cerca 77 anos, todos eles referindo dor. Evans et al.

(2004), também revelam no seu estudo uma amostra feminina superior (70,79%) à masculina (29,21%). Segundo o INE (2010), na população portuguesa as mulheres têm uma representatividade maior que os homens. A variável sexo, revelou-se pertinente pois a maioria dos estudos consultados revelaram que são as mulheres que sentem mais dores do que os homens, que são mais sensíveis à dor, menos tolerantes à mesma e expressam-na mais facilmente, quando comparadas com o sexo oposto, segundo Bernardes, Jácome e Lima (2008). Já Lopes (2008), num estudo realizado a nível nacional refere que a dor é predominante nas mulheres e tem tendência a aumentar com ao avançar da idade em ambos os sexos. Fillingim (2003) refere que as mulheres possuem maior risco e maior severidade em muitas condições clínicas de dor, baixa tolerância à dor e relatos de maior intensidade de dor do que os homens. Hanneke et al. Cit. por Gioda et al. (2010) referem que as mulheres são mais vulneráveis a processos dolorosos, provavelmente devido a condições biológicas ligadas ao sexo, apresentando sensibilidade diferente à dor. Além disso, em várias culturas, as mulheres tendem a demonstrar mais os seus sentimentos do que os homens, uma vez que as características culturais da masculinidade, como a força e a virilidade, fazem com que estes sejam destemidos e enfrentem a dor com estoicismo.

A idade dos idosos em estudo tem uma maior representatividade no grupo etário dos 65-75 anos, e é também neste grupo etário que se verifica a maior prevalência de dor, como nos refere Lopes (2008). Segundo Teixeira et al. (2008), estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem pelo menos um problema significativo que os predisponham à dor. Outros estudos revelam que a dor é mais frequente nestas idades devido à comorbidade de várias doenças e do próprio envelhecimento humano (INE, 2006).

Maioritariamente a população idosa estudada vive no meio rural com (60,7%), é predominantemente casada (47,1%) e viúva (41,6%). Destes 44 idosos vivem com o conjugue, 21 vivem sós e 11 estão institucionalizados, coabitando em lares. Já quanto ao nível de escolaridade 46,1% possui o ensino básico e 29,2% refere ser analfabeto. A literatura apresenta uma relação positiva entre a baixa escolaridade e a lombalgia sugerindo que este facto poderá estar associado a profissões que exigem grande esforço físico como levantar cargas pesadas, desenvolvidas habitualmente por pessoas com baixas habilitações literárias (Almeida et al., 2008). Segundo dados do INE (2010) em Portugal existem mais idosos a viver no meio rural do que no urbano, apesar de ter aumentado o número de idosos em ambos os locais.

Relativamente à amostra estudada e em termos profissionais, parece importante salientar que a frequência de sujeitos profissionalmente passiva é elevada (reformados) podendo ser justificada pela sua situação clínica debilitada, nomeadamente pela presença da dor crónica no seu quotidiano. Os idosos em estudo são na sua maioria reformados 93,3%, (57,3% por limite de idade e 31,5% por invalidez). Segundo dados do projecto europeu “Pain Proposal” (2010) muitos indivíduos pedem a reforma antecipada ou são declarados inválidos para o exercício profissional devido à dor. No fim de 2010, em Portugal, existiam 2.346.073 reformados e aposentados por velhice, e 291.448 reformados por invalidez da Segurança Social, perfazendo 25% da população portuguesa.

Por se tratar de uma amostra do Concelho da Covilhã, região de lanifícios, têxteis, construção civil e agricultura, cerca de 51,7% exerceu a sua actividade laboral numa destas áreas, sugerindo que a presença de dor nestes idosos pode estar associado a profissões exercidas no passado que exigiam grande esforço físico como levantar cargas pesadas.

Estes idosos usufruem de um rendimento mensal entre 200 a 500 euros, o que é corroborado por dados do INE (2010), indicando que a pensão média paga pela Segurança Social é de 369,29€ /mês. Os idosos com dor revelam-se insatisfeitos com este rendimento já que a dor tem um grande impacto sócio económico na sua vida; mas perante a crise actual, a medicação, as consultas médicas e outros tratamentos, podem não ser prioritários, o que poderá eventualmente limitar a sua continuidade e adesão a cuidados adequados. Já Freire (2009), na sua investigação, referia que 65,3% dos idosos tinha dificuldade em dar seguimento à terapia medicamentosa devido a questões financeiras. Martins (2010) refere que os idosos não compram toda a medicação que lhes é prescrita devido a dificuldades económicas. Outros estudos referem que em média um idoso gasta mensalmente cerca de 70€ mensais em farmácia.

Sendo Portugal um país com raízes católicas, 95,5% da nossa amostra revela professar o catolicismo. Duarte et al. (2008) num estudo realizado sobre religiosidade e envelhecimento em São Paulo com 2143 idosos, concluiu que a maioria são católicos. Refere ainda que pertencer a uma religião e dar importância à mesma ajuda enfrentar os problemas diários, contribuindo para uma maior satisfação com a vida. Peres, et al. (2007) referem que a religião e espiritualidade melhoram a dor nos doentes com dor crónica pelo que estes aspectos devem estar presentes no processo de cuidar pela equipa de saúde. Já Wiech (2008) citado por Costa, et al. (2009) referem que “a humanidade está repleta de histórias de dor física vencida através do poder das crenças religiosas”.

Quanto aos estereótipos gerontológicos com os quais mais se identificam, os idosos referem: ter idade avançada 37,1% e o ter experiência e sabedoria 31,5%, que segundo Martins (2004), são estereótipos positivos.

Os nossos dados revelam também que a maioria dos idosos nega sentir-se só (52%), e os que se sentem sós referem-no apenas durante um período inferior a 8 horas. Este resultado contraria um estudo realizado sobre o perfil do envelhecimento em Portugal (2008), onde é referido que cerca de 24,85 % dos inquiridos (total de 2672) com mais de 65 anos vivem sozinhos, mas que, são bastantes mais as pessoas desta idade (36,5 %) que se sentem sós por períodos superiores a oito horas (Oliveira, et al. 2008). Já Garcia (2009) refere que 36,36% dos idosos em estudo raramente se sentem sós.

OBJECTIVO 2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

A patologia musculo-esquelética (osteo-articular) foi referenciada por 64% dos idosos em estudo como a principal causa da sua dor, sobretudo a nível da coluna dorso lombar e membros inferiores, o que está de acordo com resultados já descritos, ex. INE (2007), Ferreira, (2009b) e Reis et al. (2010), entre outros. Também Costa et al. (2009) comungam desta opinião, referindo que 58,3% dos doentes com dor crónica, revelou patologia musculo-esquelética na base da sua dor. Resultados do projecto europeu “Pain Proposal” revelam que as patologias osteoarticulares, e em particular as lombalgias são a principal causa de dor da população portuguesa.

Observou-se no nosso estudo a predominância de dor crónica em 88,8% dos indivíduos, dos quais 85,4% referem essa mesma dor há mais de 1 ano. Marin et al. (2010) referem que em média os idosos apresentam 5,2% diagnósticos reais ou de risco potencial, relacionados quer a aspectos funcionais, emocionais, sociais e ambientais, destacando-se nestes com 59,7% a dor crónica.

Segundo o INE (2008), 2.700.000 portugueses sofrem de dor crónica durante 10 a 20 anos (Reis et al., 2009). Ferreira (2009b) refere que estes resultados vão de encontro a outros estudos nos quais é referido que o “*prolongamento da dor ao longo da vida pode dever-se a processos degenerativos (Ponte, 2005) ou a processos relacionados com o envelhecimento natural (Carragee et al., 2005; Donna, et al. 2009)*”.

Quando abordados sobre o acesso aos cuidados de saúde, 95,5% dos idosos referiram ter acesso fácil aos mesmos, o que contraria muita da bibliografia consultada, que relata a dificuldade sentida nas marcações de consulta, a falta de transporte para a deslocação, e as

dificuldades económicas deste grupo social. O projecto europeu referido anteriormente revela que em Portugal, os doentes com dor crónica consideram difícil o acesso aos serviços de saúde e demorado o processo de diagnóstico e referenciação adequados. “Factos que contribuem para que 35% dos doentes com dor crónica afirmem que não estão a ser bem tratados, apontando como razões a falta de eficácia dos medicamentos prescritos e a falta de atenção e/ou preparação dos médicos em relação à dor dos doentes”. Facto este corroborado por diversos estudos que referem a utilização escassa de opióides em doentes com dor crónica e o subtratamento da mesma por parte dos clínicos gerais. (De referenciar que se encontra em investigação, um estudo a nível nacional sobre “caracterização do perfil de actuação de médicos de medicina geral e familiar na abordagem à dor crónica”). O tratamento da dor crónica é feito predominantemente ao nível dos cuidados de saúde primários, sendo apenas 22% dos doentes seguidos por um especialista e 1% em Unidades de Dor Crónica”.

Convém referir que muitos dos idosos deste estudo frequentam “o Espaço das Idades” da Covilhã, que para além de um espaço de lazer, facilita o acesso a cuidados de saúde (existem parcerias e protocolos com diversos clínicos e especialidades médicas, enfermagem, fisioterapia que colmatam estas necessidades). Já o facto da autarquia disponibilizar transportes directos para os centros de saúde e hospital facilita o acesso dos idosos.

Note-se que o tratamento da dor dos idosos em estudo é realizado sobretudo a nível dos cuidados de saúde primários, não se encontrando nenhum a ser seguido na consulta da dor do CHCB, EPE ou Unidade da Dor.

A nossa amostra usa predominantemente como estratégia terapêutica principal para alívio da dor a terapia medicamentosa com 98,9%. Contudo 25,8 % utiliza em simultâneo programas de reabilitação, 6,7% anda submetido a intervenção cognitivo comportamental e 2,2% faz acupuntura. Já 2,2% recorreram a cirurgia e termas para alívio da dor e apenas 1 idoso referiu ter acompanhamento psiquiátrico no combate à dor. Vasconcelos (2005) refere que os idosos são o grupo etário “que mais consome farmacoterapia moderna, sendo frequente a polifarmácia, a sub ou superdosagem para a dor ou ainda a não adesão à terapêutica instituída”. Contudo, 23 idosos da nossa amostra realizam e 16 já realizaram no passado programas de reabilitação para tratamento da dor, tendo na sua maioria (29) sido realizados por fisioterapeutas e 9 por enfermeiros de reabilitação e apenas um idoso referiu ter sido por outro. A maioria revelou ter contribuído muito para o seu tratamento, o que se traduziu em ganhos para a saúde. Tamborelli et al. (2010) referem num estudo sobre o papel da enfermagem e da fisioterapia, que funcionando ambas como equipa multidisciplinar

proporcionam redução da dor melhorando a qualidade de vida dos doentes. Costa et al. (2009) encontrara semelhantes resultados, já que 61,8% da sua amostra utilizava medicação como estratégia de eleição. Quanto ao programa de reabilitação, o referido estudo revelou que 25% das pessoas recorria a estes como estratégia de alívio. Referem ainda, que grande parte da amostra em estudo não realizou programas de reabilitação provavelmente por falta informação, recursos, inacessibilidade aos cuidados e/ ou incapacidade de resposta das Unidades de Saúde. Contudo referem o papel primordial do enfermeiro de reabilitação e dos programas de reabilitação no alívio da dor e melhoria da qualidade de vida o que vem de encontro aos nossos resultados.

Concluimos que 44,9% dos 61 idosos que referiram sentir dor num determinado horário, sentiram-na mais durante o dia. Pelo contrário, Ferreira (2009b) refere num estudo com doentes com lombalgia crónica que “a noite é apontada como a altura do dia em que sentem mais dor”. Também Ferreira (2009a) refere num estudo sobre avaliação da satisfação em pacientes ortopédicos submetidos a fisioterapia, que 30% sentia dor tanto durante o dia como durante a noite, 20% referia mais dor no período da tarde e 10% referia que não existia horário específico para sentir dor.

O processo doloroso que afecta os idosos compromete as AVD'S em 83,1%, sendo as mais afectadas mobilização, vestir/despir, higiene pessoal e sono/repouso. Segundo a OMS, “após os 70 anos, 30% dos idosos são portadores de alguma patologia crónica e desses cerca de 50,0% apresenta algum tipo de limitação ou incapacidade física” (Reis et al. ,2010). Um, em cada nove idosos, na faixa etária entre 65 e 74 anos, apresenta dificuldades em realizar tarefas básicas e funcionais, segundo Oliveira, et al. (2006) citado pelos mesmos autores.

O projecto europeu “Pain Proposal” refere que 36% dos adultos portugueses sofre de dor crónica com repercussões e consequências na qualidade de vida, saúde, bem-estar, nível sócio-profissional e de âmbito geral com elevados custos para a sociedade. Já Reis (2008) refere que quando a dor não é controlada, compromete gravemente o desempenho do idoso, implicando alterações na deambulação e mobilização, diminuição na independência face as AVD's, redução na socialização e na qualidade de vida.

Para 44 dos idosos em estudo a dor limita a convivência social com familiares e amigos, já 45 referem que não interfere. Segundo dados recolhidos a nível europeu, através do projecto “Pain Proposal” 36% da população refere que a dor crónica interfere negativamente nas relações sociais e familiares. Reis (2008) acrescenta que a dor tem repercussões nefastas na vida social do idoso.

OBJECTIVO 3 – SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO DA DOR

Após reflectirmos e discutirmos sobre os resultados encontrados no nosso estudo, a nível sócio-demográfico e clínico, iremos agora abordar a satisfação com o tratamento da dor, que é a nossa variável dependente.

A satisfação dos utentes constitui na actualidade um indicador fundamental da eficácia e qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde. Poder-se-á dizer que é um dos objectivos primordiais das organizações de saúde medir, analisar e relatar o grau de satisfação dos utilizadores das Unidades de saúde com destaque para os utentes e familiares. É através da análise da satisfação dos utentes, que se obtêm dados úteis e confiáveis, que fundamentam o uso e adopção de estratégias que efectivamente podem conduzir à melhoria da qualidade.

SATISFAÇÃO = EXPECTATIVAS / PERCEPÇÕES DOS UTENTES

Vaz (2008), refere que “satisfação é, sobretudo, uma comparação realizada pelo utente, mesmo que de forma inconsciente, entre a avaliação do serviço recebido e a expectativa que possuía a respeito desse serviço, antes de ser atendido”. Já Evans et al. (2004) citado por Costa et al. (2009) dizem que a satisfação face ao tratamento, informa sobre a eficácia do mesmo, e que o resultado obtido pela prestação clínica pode ser usado como estratégia de melhoria da qualidade.

Neste sentido, iremos abordar a percepção dos idosos face à sua saúde, intensidade da dor e ainda a cada uma das dimensões da ESTD.

A percepção que os idosos em estudo detêm sobre o seu estado de saúde é que este é razoável. Rosa et al. (2010) refere que hoje o termo saúde, não é mais entendido “como a ausência de doença, mas sim um estado de completo bem estar físico, psíquico e social” e Freire (2009) também refere num estudo com 97 idosos, que estes auto-avaliam a sua saúde de “boa”, apesar de em média possuírem 3,4% doenças. Costa et al. (2009) referem no seu estudo que a maioria dos utentes, tem uma percepção positiva sobre o seu estado de saúde com uma média de 3,77 para as mulheres e 3,66 para os homens, (escala de 5 pontos).

Quanto à intensidade da dor, os idosos referiram ter sentido dor moderada na semana anterior, já nas últimas 48h e no momento da colheita de dados referiram dor ligeira. Em relação à intensidade da dor que leva os idosos a pedir medicação ao seu médico e a tomar medicação para ultrapassar a mesma, esta situa-se entre 7 e 9, ou seja, é a denominada dor intensa. Pelo contrário, Costa et al. (2009), revelam que nos três momentos referidos anteriormente os utentes referem sentir dor superior a 5.

Estes resultados evidenciam que a dor faz parte da vida dos idosos, por outro lado, ressalta o facto da medicação prescrita para as dores, ser tomada apenas em SOS, sobretudo em presença de dor moderada a intensa. No entanto, a medicação prescrita deve ter como objectivo a prevenção da dor em detrimento da erradicação de uma dor já estabelecida.

Em relação ao grau de satisfação com a **informação fornecida**, constatamos que os idosos referem com maior frequência um grau de satisfação de nível 3 (a informação dada foi suficiente para mim) com a informação recebida, contudo os resultados evidenciam alguma insatisfação, pois se associarmos os níveis 1 e 2 (gostaria de ter tido um pouco mais ou muito mais informação), verificamos que os nossos idosos gostariam de ter recebido mais informação em relação aos possíveis efeitos secundários da medicação.

Estudos demonstram que quanta mais informação os doentes recebem sobre a sua dor, e também quanto mais forte for a relação que se estabelece entre médico-utente ou enfermeiro-utente, maiores são os índices de satisfação, pois facilitam a interacção destes. A informação recebida é uma condição essencial para o utente idoso poder dar o seu consentimento livre e esclarecido, no próprio processo de cuidar, no qual é o actor principal, facilitando adesão às medidas terapêuticas e de reabilitação que venham a ser recomendadas. Já Ferreira (2009b) no seu estudo faz alusão a vários outros sobre satisfação, referindo que utentes satisfeitos cumprem melhor esquemas terapêuticos, mantêm-se activos e detêm um melhor estado de saúde.

Melo (2005), também confirmou nos seus estudos que os clientes mais informados sobre a sua situação clínica (diagnóstico e cirurgia) apresentavam um maior nível de satisfação, face à informação que possuíam sobre a mesma, durante o período de internamento hospitalar. Carneiro, et al. (2009) referiram no seu estudo, que os idosos sentem-se satisfeitos relativamente à informação recebida e ao envolvimento na tomada de decisão na equipa de cuidar e Silva et al. (2007) cit. por Vaz (2008) num estudo sobre a satisfação dos utentes do hospital Espírito Santo, fazem referência a um certo grau insatisfação com a escassez ou pouco rigor das informações fornecidas.

Em relação ao grau de satisfação com os **cuidados prestados**, os idosos em estudo referem uma satisfação global com os cuidados, com uma média de satisfação de nível 1 (concordo inteiramente). Referem maior satisfação com os cuidados prestados pelos enfermeiros (61,8%) face à sua dor e tratamento; 56,2% referiram estar satisfeitos com a atitude da equipa médica no que respeita à prescrição da medicação para a dor. Em oposição,

o menor grau de satisfação relacionou-se com o “tempo que os médicos dedicam durante as consultas” e com “atitude médica para minorar a preocupação do idoso” (19,1 e 15,7% das respostas, respectivamente).

Estes resultados são reveladores da importância que o idoso atribui aos enfermeiros, visto serem estes os profissionais mais presentes e activos no processo de cuidar, facto evidenciado já em anteriores pesquisas. Por outro lado, tendo em conta a obrigatoriedade de avaliação e registo da dor como 5º sinal vital, estes resultados reflectem ainda algum sucesso no trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde ao nível da avaliação e monitorização da dor.

A insatisfação dos idosos com a frequência e o tempo das observações médicas, revelam a necessidade e pertinência de uma reflexão e implementação de estratégias de melhoria da satisfação também a este nível. McIntyre et al. (2002) cit. por Vaz (2008), referem que num estudo realizado sobre a satisfação dos utentes na região Norte, 34,6% diz estar satisfeito com os cuidados recebidos, já a acessibilidade aos cuidados é apontada pelos utentes como indicador de insatisfação. O mesmo é corroborado por Carneiro, et al. (2009) que referem que os idosos revelam insatisfação com acessibilidade ao apoio médico.

Castaldy e Rita (2008), cit. por Ferreira (2009a), referem que num estudo desenvolvido com pessoas fisicamente incapacitadas existia uma relação significativa entre a qualidade de vida e a satisfação com os cuidados hospitalares prestados.

Vários são os estudos que revelam a relação médico-utente ou enfermeiro-utente, como um indicador positivo na avaliação da satisfação face aos cuidados de saúde recebidos. Vaz (2008) diz que esta relação, face ao nível de satisfação, deve ser potenciada nos cuidados prestados aos idosos, pois estes requerem mais atenção e cuidados diferenciados, exigindo dos profissionais de saúde maior sensibilidade, humanismo e perspicácia.

Raftopoulos (2005) cit. por Costa et al. (2009), num estudo realizado na Grécia com 380 idosos, refere que embora 76,6% apresentem dor, 92,8% refere satisfação total com o tratamento, 96,3% com os cuidados médicos e 92,12% com os cuidados de enfermagem face ao alívio da dor. Segundo Usual et al. (2006) a satisfação dos pacientes está relacionada com “as necessidades sentidas, informação e esclarecimentos dados aos utentes, estabelecimento de uma relação de empatia entre utente/profissional” referem ainda que para “o êxito do tratamento é necessário estar contemplado as necessidades sentidas pelos utentes e as observadas pelos profissionais”.

Em relação ao grau de **satisfação com a medicação**, os idosos referiram níveis elevados de satisfação, sobretudo no que se refere ao efeito da medicação “sob saúde física, melhoria da perspectiva de vida e na execução das AVD’S”. Já em relação às relações sociais, os idosos manifestaram-se indiferentes, como já foi referido anteriormente.

A terapia medicamentosa é a estratégia mais utilizada pelos idosos em estudo e 79,8% faz medicação oral referindo ser fácil a sua deglutição. Esta opinião é corroborada por diversos estudos de que a medicação por via oral, deve ser a eleita pela facilidade de administração e por ser menos invasiva, (Marques, 2005) seguindo-se a transcutânea, constituindo um dos princípios fundamentais da escada analgésica da OMS. Uma pequena percentagem faz medicação endovenosa e transcutânea revelando também satisfação quer com o nível de eficácia quer com o nível de aplicação. Provavelmente a utilização de medicação por estas vias de administração indicia, ineficácia da medicação por via oral, ou dor não controlada, sendo necessário muitas vezes recorrer à escala de analgesia preconizada pela OMS.

Quanto aos efeitos secundários da medicação, a maioria dos idosos não revelou alterações; contudo a azia, tonturas, dores de estômago e a obstipação foram referenciadas por alguns. Por sua vez, Freire (2009), refere que 54,6% dos idosos em estudo negaram efeitos colaterais.

Vários são os estudos bibliográficos que descrevem este grupo social como o mais propício a ter efeitos secundários da medicação. Sabe-se que a polimedicação presente em quase todas as prescrições para idosos, pode implicar sérias consequências, uma vez que há alterações nos processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos, interferindo no processo de metabolização dos fármacos, e consequentemente, podendo ocorrer problemas de toxicidade. Freire (2009) refere que as reacções adversas e interacções medicamentosas são frequentes entre idosos e identifica que outro grande problema deste grupo é a automedicação, com consequentes efeitos colaterais e iatrogénicos, com o risco acrescido de mascarar novas patologias decorrentes do envelhecimento.

Os idosos deste estudo referem estar maioritariamente satisfeitos com a actual medicação para a dor com (69,7%), já 5,65% referem insatisfação. Esta satisfação é sobretudo notória na sub escala das características da dor (na forma da medicação), já na sub escala da eficácia, o maior nível de satisfação recai sobre o nível ou quantidade de alívio fornecido pela medicação. Segundo Hirsh (2004), isto deve-se ao relacionamento paradoxal entre a satisfação e o alívio dos sintomas, já que muitos utentes manifestam-se satisfeitos apesar da

dor se manter residual. Ou seja muitas vezes não conseguem perceber bem a diferença entre a satisfação com o tratamento e com a qualidade da assistência recebida. Em Portugal, num estudo sobre a prevalência da dor crónica, realizado em 2008, revelou que os resultados obtidos sobre a satisfação com o tratamento da dor controlada foi de 65%, sendo que apenas 39% destes referiu satisfação com o tratamento, já que 19% revelou estar pouco ou nada satisfeito com o mesmo, pelo não alívio da dor.

Actualmente qualquer instituição estuda a satisfação dos seus utentes, o que permite avaliar a qualidade dos serviços prestados a diversos níveis e áreas, baseando-se nas expectativas e nas percepções que as pessoas vão tendo daquilo que as rodeiam, face ao que ambicionam. Em matéria de saúde, a satisfação visa ir mais além das expectativas dos utentes, afim destes se sentirem satisfeitos. Segundo a OMS a qualidade de um serviço de saúde, deve ser avaliado tendo em conta as perspectivas dos utentes. Nesta ordem de ideias, Carneiro et al. (2009) refere que os idosos do seu estudo estavam satisfeitos em 90% com os cuidados recebidos, sendo os itens prioritários para estes: informação quanto ao diagnóstico e prognóstico da doença, seguido do alívio sintomático e só depois a acessibilidade aos médicos, por outro lado os médicos consideravam prioritário o alívio, seguido da adesão e só depois a informação, o que nos leva a pensar que nem sempre as necessidades dos utentes são satisfeitas tanto quanto esperam, pois as prioridades em termos de qualidade são diferentes.

Quanto às expectativas sobre o nível de alívio, estes idosos referem que o mesmo vai de encontro às suas expectativas, indiciando satisfação (73%), contudo 57 idosos desejavam que a sua medicação fosse ainda mais eficaz no alívio da dor.

No caso de Ferreira (2009a), 89% da amostra demonstrou que as expectativas foram francamente superadas pelo tratamento e 11% relataram-nas parcialmente.

A maioria dos idosos do nosso estudo deseja continuar com a mesma medicação, o que evidencia satisfação com actual medicação: contudo sabe-se que os idosos são mais renitentes à mudança, e por vezes devido à complexidade do tratamento; às crenças sobre o tratamento; às estratégias para enfrentar a doença, e aos custos associados à adesão, algumas propostas feitas por parte “dos técnicos de saúde podem ser percebidas pelos doentes como perturbadoras ou exigentes, o que poderá fazer com que estes não se sintam capazes de as cumprir” (Bennett, 2002, citado por Simão 2009). Já Freire (2009) identifica que a questão financeira é principal causa que dificulta essa adesão. Embora 70,8% dos idosos já tenha tomado outra medicação para as dores, 39,3% refere que o efeito é igual à anterior, contudo 23 idosos referem a actual como tendo um efeito superior. Num estudo realizado no Brasil por

Sredni et al (2010) com 242 pessoas, 70% referiram possuir dor crónica, recorrendo a terapêutica medicamentosa associada a terapia não farmacológica, nomeadamente acupunctura, fisioterapia e psicologia. Este estudo revelou também que apesar da dor persistir há anos, os utentes demonstraram preferência/satisfação pelo mesmo tratamento com o mesmo profissional. Por último referir que os idosos na sua maioria não revelaram índices de nervosismo associado à toma da medicação.

Em síntese, relativamente ao questionário aplicado, este revelou ser um importante instrumento de avaliação do grau de satisfação do doente com o tratamento da dor, constituindo um bom indicador da qualidade e efectividade dos cuidados prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria e representando uma ferramenta fundamental de apoio à gestão dos cuidados de saúde, com vista adequação dos cuidados às expectativas.

Não fazemos referência específica em relação ao quarto objectivo, uma vez que a discussão sobre os resultados obtidos, já se encontram descritos nos objectivos 2 e 3.

OBJECTIVO 5 - ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Para além das hipóteses discutidas anteriormente, fizemos a avaliação das relações entre as variáveis dependentes e características sócio-demográficas e clínicas da amostra. De seguida, apresentamos a discussão das análises exploratórias efectuadas que apresentaram resultados significativos.

Satisfação com o tratamento da dor versus variáveis sócio demográficas

Conforme já descrito no capítulo anterior vários foram os testes não paramétricos aplicados às hipóteses levantadas, tendo sido revelados os resultados da estatística inferencial, pelo que neste capítulo apenas faremos referência aos resultados estatisticamente significativos no nosso estudo.

Não se verificou para nenhuma das dimensões da ESTD diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, estado civil, situação laboral, pelo que as hipóteses estatísticas foram rejeitadas. Contudo, Costa et al. (2009), concluíram que o sexo influencia o grau de satisfação com o tratamento da dor, no que diz respeito aos efeitos secundários da medicação. Pelo contrário, Schuler (2004) citado pelos mesmos autores, num estudo realizado nos EUA não demonstrou associação entre o grau de satisfação com o tratamento e o género. Quanto ao estado civil num estudo realizado por Malheiro (2010) sobre a fibromialgia no casal, revelou que “quanto maior a satisfação marital dos companheiros, melhor a qualidade

de vida dos doentes”. Costa et al. (2009) também revela que o estado civil influencia o grau de satisfação com o tratamento da dor, sobretudo ao nível dos cuidados médicos e na sub escala da eficácia. Já face à situação laboral, os mesmos autores dizem que se verificam diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da ESTD à excepção das características da medicação. Referem ainda no seu estudo que o grupo dos reformados é dos grupos que evidencia menor satisfação com os cuidados médicos, efeitos secundários da medicação e impacto com a medicação actual. Por sua vez, Schuler (2004) citado pelos autores anteriores vai de encontro ao nosso estudo, não encontrando associação entre situação laboral e a satisfação com o tratamento. No entanto, pelos scores médios obtidos no nosso estudo podemos dizer que são os idosos empregados que se revelam mais satisfeitos em todas as dimensões da ESTD à excepção dos cuidados médicos.

Foi nosso objectivo verificar o efeito da idade sobre a variável dependente, e os resultados obtidos registam correlações significativas nas dimensões: impacto da medicação actual e efeitos secundários da medicação. Contudo, os valores da correlação são muito baixos, o que é corroborado por Costa, et al. (2009) embora com scores superiores aos encontrados no nosso estudo. Concluimos, face aos resultados a aceitação parcial da hipótese específica de que o efeito da idade sobre a satisfação com o tratamento da dor tem significância estatística – impacto da medicação ($p < 0,015$), onde se pode observar que as ponderações médias mais baixas registam-se no grupo etário dos 65-75 anos, indicando o grupo etário com maior satisfação. Bulgarelli e Manço (2008) contrariam os nossos resultados, pois concluíram num estudo com 261 idosos e a satisfação com a saúde bucal, que a maioria se sentia satisfeita e que quanto mais idosos e menos escolaridade tivessem, menor seria o número de indivíduos insatisfeitos com o tratamento.

Marzari e Perlini (2004) referem que as pessoas que vivem no meio rural têm menos acesso aos serviços de saúde e por consequência às informações, orientações e assistência propriamente dita, causando insatisfação. Sequeira e Silva (2002) concluem que a população do meio rural é mais envelhecida e que tem poucos acessos aos cuidados de saúde e transportes, o que torna os idosos mais dependentes e com maiores dificuldades. Costa et al. (2009) não encontraram no seu estudo relação entre a satisfação com o tratamento da dor e o local de residência. No nosso estudo encontramos significância estatística entre local de residência e a variável dependente nas dimensões informação sobre a dor e tratamento e os cuidados médicos. Perante os pesos médios podemos observar que os idosos do meio urbano apresentam maior satisfação com o tratamento da dor face aos cuidados médicos, já os idosos

do meio rural encontram-se mais satisfeitos face às informações. Isto pode indiciar que no meio urbano existe um desenvolvimento sócio cultural superior ao rural, idosos com maiores capacidades sócio económicas e logo maior acesso a meios de comunicação, aos cuidados e tratamentos específicos e diferenciados, lazer, aquisição de bens e consumos, e ainda maior capacidade de argumentação e conhecimento, (Alencar et al. 2010). Os do meio rural indiciam valorizar mais a informação recebida sobre a sua dor e tratamento, pois a relação médico-doente que se estabelece nestes meios é mais informal, empática e proporciona maior confiança e segurança, já que em muitas aldeias o médico e equipa de saúde ainda se desloca ao domicílio, revelando estes maior satisfação. Num estudo realizado por Amarante et al. (2010) os idosos revelaram-se satisfeitos com as orientações educativas recebidas, nomeadamente em relação à posologia e número de medicamentos prescritos e ainda sobre o acompanhamento fármaco terapêutico recebido em ambulatório.

Concluimos, face aos resultados a aceitação parcial da hipótese específica de que o efeito do local de residência sobre a satisfação com o tratamento da dor tem significância estatística – informação sobre a dor e tratamento ($p < 0,002$) e os cuidados médicos ($p < 0,037$).

Quanto ao rendimento mensal face à satisfação com o tratamento da dor concluimos após os testes estatísticos aplicados, que apenas se evidencia diferença estatisticamente significativa para a dimensão impacto com a medicação ($p < 0,047$) e os idosos cujos rendimentos se situam entre os 500 e 1000E, são os que apresentam as médias mais baixas, nesta dimensão, o que se traduz por uma maior satisfação. Assim, podemos referenciar a aceitação da hipótese específica de que existe um efeito significativo entre o rendimento mensal e a satisfação com o tratamento da dor, no que diz respeito ao impacto da medicação.

Vários estudos mostram que as doenças crónico-degenerativas frequentes e decorrentes do processo de envelhecimento geram gastos crescentes, cujo impacto na economia familiar se torna imprevisível. Rodrigues (2007b) refere que a população idosa constitui “o maior grupo de risco de exclusão social porque, no plano da definição de prioridades, não faz valer o seu peso demográfico nem reclama dos benefícios a que tem direito para a qualidade da sua vida quotidiana”. Os idosos gastam uma proporção significativa dos seus rendimentos em despesas relacionados com os cuidados de saúde.

Constituindo uma das maiores preocupações deste grupo, muitos autores (ex: Marin, et al 2008; Freire, 2009) referem que a não adesão aos tratamentos está relacionada com baixos rendimentos, baixa escolaridade, solidão e velhice (alterações cognitivas) e outros revelam associação com juízos dos idosos sobre a eficácia da medicação e possíveis efeitos

secundários. Vária bibliografia sobre a dor no idoso refere que em média estes têm uma doença crónica e consomem entre 1 a 12 fármacos/ dia, abusando muitas vezes da auto-medicação. Costa et al. (2009) não chegaram às mesmas conclusões que o nosso estudo, mas referem que os baixos recursos económicos dificultam o acesso à informação e ao tratamento da dor, diminuindo o nível de satisfação.

Os resultados obtidos no nosso estudo sobre a associação entre a satisfação com o tratamento da dor e o professar uma religião, leva-nos aceitar a hipótese específica para a subescala da satisfação com medicação actual/ eficácia da mesma ($p < 0,003$). Concluímos que são os idosos católicos que apresentam ponderações médias com valores mais baixos, que revelam maior satisfação. Costa et al. (2009) corroboram estes resultados referindo que os sujeitos que professavam uma religião, eram também os mais satisfeitos com o tratamento da dor. Segundo Moraes e Witter (2007), os idosos que professam uma religião, acreditam e procuram nela alívio para as suas dores e ainda força e sentido para a vida, superando problemas, perdas e luto. Barbosa (2008) diz ainda que a religião estimula a pessoa a apreciar o que não consegue controlar.

Satisfação com o tratamento da dor versus variáveis clínicas

Não encontramos nas variáveis clínicas seleccionadas (situação clínica, tipo de dor e programa de reabilitação) um efeito significativo sobre a satisfação com o tratamento da dor, pelo que rejeitamos as hipóteses estatísticas inicialmente formuladas.

Costa et al. (2009) chegaram a outras conclusões: referem que os sujeitos em estudo com patologia pneumológica foram os que demonstraram maiores índices de satisfação com o tratamento da dor. Já Perron e Bovier, citados pelos mesmos autores, revelam que em 2007, foi realizado um estudo com doentes oncológicos, na Suíça e que a maioria se sentia satisfeita com o tratamento recebido, com a medicação para o alívio da mesma e com a informação recebida. Ferreira et al. (2003) citado por Vaz (2008) dizem que os doentes mais insatisfeitos, com os cuidados de saúde que lhe são prestados, são aqueles que evidenciam mais, a não adesão aos tratamentos, o seguimento das indicações médicas, o não recorrer aos cuidados de saúde e ainda são aqueles que menos evidenciam melhorias face aos tratamentos. Também Rodrigues (2007a), num estudo realizado com doentes com carcinoma da mama submetidas a quimioterapia, revelou que os maiores graus de satisfação face ao tratamento prendiam-se com as habilidades interpessoais dos médicos e enfermeiros.

Costa et al. (2009) constataram que o tipo de dor tem um efeito significativo na satisfação com o tratamento da dor, no que respeita à dimensão da escala da informação, dos efeitos secundários da medicação e da sub escala da eficácia. Referem ainda que os pacientes com dor crónica se sentem mais insatisfeitos do que os que padecem de dor aguda. Muitos estudos confirmam que os doentes crónicos se sentem mais insatisfeitos com o tratamento da dor, pois esta prolonga-se no tempo, acarretando consigo inúmeros outros problemas nomeadamente depressão, dependência, isolamento e suicídio. Esta insatisfação pode estar associada: à falta de formação dos profissionais, em referenciar estes doentes para especialistas e unidades de tratamento efectivo de dor, à incorrecta ou inexistente avaliação da dor como 5º sinal vital, ao tratamento inadequado face à intensidade da dor, à falta de equidade na qualidade e acessibilidade à terapêutica e ainda a custos directos ou indirectos que a dor crónica e o subtratamento acarretam.

Como nós, também Costa et al. (2009) não encontraram no seu estudo um efeito estatístico significativo entre as variáveis programa de reabilitação e a satisfação com o tratamento da dor, pois todas as dimensões apresentaram uma significância maior ou igual a 0,05. Rejeitamos, por isso a hipótese estatística.

No entanto, Casserley-Feeney et al. (2008) num estudo realizado na Irlanda com 131 doentes com dor músculo esquelética submetidos a tratamentos de fisioterapia, concluíram que os tratamentos eram eficazes no alívio da dor e os doentes referiram altos níveis de satisfação com os tratamentos. Coutinho et al. (2010) referem que num estudo realizado no Brasil com 250 utentes submetidos a programas de reabilitação na área ortotraumatológica que a maioria se encontra satisfeito com os cuidados prestados, ocorrendo alguma insatisfação apenas em termos organização/infra-estrutura e localização da clínica. Schwantz et al. (2010) no seu estudo, fazem alusão a várias outras pesquisas sobre o efeito da fisioterapia na dor lombar e todas corroboram a evidência de satisfação por parte dos utentes com dor, o alívio desta, melhorando a qualidade de vida.

Ao terminar a discussão dos resultados inferenciais, concluímos que as variáveis sócio-demográficas: sexo, estado civil e escolaridade bem como as variáveis clínicas não estão relacionadas com a satisfação com o tratamento da dor.

5.2 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O processo de envelhecimento é caracterizado por um período de incidência de doenças crónicas e degenerativas que levam a um elevado grau de dependência (de ordem física, mental ou social) dos idosos e a uma diminuição da qualidade de vida, sendo muitos destes quadros clínicos acompanhados de dor. A dor, é um problema actual que tende a aumentar com o envelhecimento da população, é geradora de sofrimento, uma das maiores causas da procura dos cuidados de saúde, e considerada a nível mundial um problema de saúde pública, não só pela sua alta prevalência, mas também pelos elevados custos e impacto negativo com consequências sócio económicas, familiares e humanas trágicas.

Este trabalho pretendia identificar qual o grau de satisfação dos idosos face ao tratamento da dor, e ainda atingir os objectivos previamente delineados na metodologia, pelo que foi utilizado a ESTD para a sua concretização, validada para a população portuguesa por Costa et al. (2009). Através dos resultados obtidos conseguimos identificar os factores que afectam positiva ou negativamente a vida dos idosos com dor, e pretendemos corrigir as necessidades hipoteticamente não satisfeitas para se obter mais ganhos em saúde e desenvolver estratégias que contribuam para a satisfação com o tratamento da dor e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O estudo da satisfação dos utentes tem sido nos últimos anos uma das prioridades de investigação em diversas áreas académicas, onde a saúde não é excepção. É hoje reconhecido que o reflexo da percepção do utente sobre a qualidade dos cuidados de saúde que recebem, são determinantes na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Assim fazendo uma retrospectiva sobre este processo investigativo, concluímos que:

- A nossa amostra é maioritariamente feminina, apresentando uma média de idades de 77 anos, são predominantemente casados, a residir no meio rural e detendo baixos níveis de instrução. Encontram-se reformados por limite de idade, com rendimentos mensais entre 200 e 500 E. A maioria professa o catolicismo, e detêm sentimentos positivos sobre si mesmos, negando a solidão.
- Apresentam na sua maioria dor crónica de origem músculo esquelética, de duração superior a 1 ano com predomínio na coluna dorso - lombar e nos membros inferiores. Referem que a dor afecta as AVD'S mas não o convívio social.
- Os idosos, referiram um acesso fácil aos cuidados de saúde, contudo nenhum é seguido em consultas de dor, o que pode indiciar que os médicos prescritores não

referenciam estes utentes para clínicos e centros especializados, quer por comodismo, quer por desconhecimento ou imaturidade.

- Em relação às intervenções terapêuticas mais utilizadas no controle da dor, constatou-se que a maioria dos idosos com dor realiza tratamento medicamentoso e uma minoria programas de reabilitação ou outros, isto talvez pelo desconhecimento sobre o uso de estratégias de alívio e a falta de recursos económicos e também sociais, para aderir e adquirir outras oportunidades de tratamento.
- A maioria dos idosos inquiridos referiu ter uma saúde razoável, apesar de possuírem várias doenças acompanhadas de dor e sofrimento.
- Demonstraram índices de satisfação face ao tratamento da sua dor, nomeadamente sentem-se satisfeitos com a informação recebida acerca da medicação, com os cuidados prestados pelos enfermeiros, com o efeito positivo que a medicação trouxe à saúde física e perspectiva de vida, aos efeitos secundários pouco frequentes que a medicação acarreta, à forma da medicação prescrita e ainda em relação ao nível de alívio que a mesma oferece. Revelando na maioria que as expectativas vão de encontro ao que preconizavam.
- Identificaram-se ainda neste estudo um conjunto de variáveis passíveis de influenciar a satisfação dos idosos com o tratamento da dor nomeadamente variáveis sócio-demográficas: idade, local de residência, rendimento mensal e religião têm um impacto na satisfação do tratamento com a dor.

Chegados ao fim deste estudo podemos dizer que os resultados obtidos permitiram-nos conhecer melhor os idosos inquiridos, não só no contexto de saúde/doença, mas também no seu contexto psico-socio-cultural, o que permitirá uma melhor abordagem e uma melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar. Flores e Costa Junior (2008), citados por Almeida *et al.* (2010), apontam para a necessidade de uma “compreensão biopsicossocial do fenómeno doloroso” e evocam ainda que para se obter tratamentos coerentes e mais eficientes com “uma proposta realmente sistémica e ideográfica, é essencial reconhecer a relevância de factores comportamentais e sociais sobre o fenómeno doloroso e a expressão do sofrimento decorrente”.

No entanto, consideramos necessário: intervir ao nível da formação dos profissionais de saúde, sensibilizando-os para o problema de saúde pública que a dor representa uma vez

que é um sintoma transversal a muitas doenças e idades; propomos a criação de unidades especializadas para o tratamento efectivo da dor e a implementação de acções de informação e sensibilização, dirigidas à opinião pública e aos utentes sobre dor e estratégias de tratamento; propomos a implementação de estratégias de controlo de dor que possam abranger o maior número de idosos através dos serviços de saúde; sugerimos a criação de mais instituições de saúde, na área de reabilitação, a nível da região centro e a nível nacional, de modo a facilitar a adesão e continuidade do processo de reabilitação, e a colocação de enfermeiros de reabilitação nas mais diversas instituições e serviços já que estes têm como missão, defender o direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, assumindo um papel de educador, cuidador, gestor de casos, conselheiro, defensor dos direitos dos utentes, investigador, perito e membro de equipa. Propomos também a criação de legislação que contemple a comparticipação de analgésicos e simplificação de prescrição de estupefacientes por parte dos clínicos dos cuidados de saúde primários e ainda supervisão das unidades de saúde sobre as directrizes da Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor e da Direcção-Geral da Saúde.

Podemos concluir que Portugal é dos países europeus que mais se tem preocupado com este flagelo. Contudo ainda existe um longo caminho a percorrer, pois segundo estimativa da OMS, dos “cinco milhões de pessoas que morrem com neoplasias por ano, quatro milhões morrem com dor não controlada. No entanto, muito do sofrimento causado pela dor é desnecessário, visto que mais de 90% dos casos podem ser efectivamente controlados”.

Esperamos que este trabalho tenha contribuído para dar mais vida aos anos.

Não podemos concluir sem apresentar algumas limitações sentidas neste estudo:

- Devemos salientar que a maioria dos idosos têm relutância em relatar a sua dor porque acreditam que ter dor faz parte do envelhecimento ou porque a associam às doenças graves, ou mesmo, à morte. Parte das dificuldades é fundamentada na natureza complexa e subjectiva da dor, devido aos numerosos aspectos fisiopatológicos, interações psicológicas e sociais e de factores causais associados. Apesar de existir muita bibliografia sobre a temática dor e satisfação com o tratamento da mesma em idosos, não foram encontrados muitos estudos sobretudo a nível nacional e por outro lado a pesquisa em determinados estudos só foi acessível através dos resumos/abstracts;

- O facto da nossa amostra se resumir apenas a 89 idosos e por se tratar de uma amostra de conveniência, pode não garantir a representatividade da totalidade das características da população idosa com dor, como refere Evans et al.(2004), no seu estudo;

- Também questionários sobre satisfação com o tratamento da dor em idosos são escassos, dificultando a comparação com outras investigações como nos refere Evans *et al* (2004) e Costa et al. (2009).

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, [et al.] – Perfil Social de pacientes portadores de lombalgia crónica na região do Grande ABC Paulista Santa Helena da Saúde, São Bernardo do Campo. In **9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

ALCÂNTARA, M.A. [et al.] – Perfil de pacientes com dor crónica: interação entre factores biológicos e psicossociais através da análise de cluster. In **9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina e Minas Gerais. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

ALENCAR, Nelyse de Araújo [et al.] - Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. [em linha]. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [em linha]. Rio de Janeiro. Vol.13, nº.1. 2010. p.103-109 ISSN 1809-9823 [consult. 30 Mar. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n1/v13n1a11.pdf>

ALMEIDA, António José Pereira dos Santos; RODRIGUES, Vítor Manuel Costa Pereira – A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares [em linha]. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, Vol.16, nº6, 2008. ISSN 0104-1169, [Consult. 12 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600014&script=sci_arttext&tlng=pt

ALMEIDA, A.L. [et al.] – Nível de conhecimento da equipa de enfermagem sobre avaliação da dor. In **9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

ALMEIDA, Fabrício Fernandes [et al.] – Experiência de dor e variáveis psicossociais: o estado da arte no Brasil [em linha]. Temas em psicologia. Universidade Brasília - DF- Brasil. Vol. 18, n.º 2, 2010. p. 367-376 [Consult. 10 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a10.pdf>

ALMEIDA, Helcia Oliveira de, [et al.] – Adesão a tratamentos entre idosos [em linha]. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – ESCS / FEPECS, Brasília. Vol.18, nº1, 2007, p. 57-67. [Consult. 15 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf>

ALMEIDA, Isabela C.G.B. [et al.] – Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador [em linha]. Revista Brasileira de Ortopedia. Vol. 43, nº3. 2008, p. 96-102. [Consult. 12 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v43n3/a07v43n3.pdf>>

ALMEIDA, Leandro; FREIRE, Teresa - **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. 3ª ed Braga: Psiquilibrios, 2003

ALVES, Carlos Teixeira – **Satisfação do consumidor**. Lisboa: Escolar Editora, 2003 ISBN: 9725921585

AMARANTE, L.C. [et al.] – A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente [em linha]. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada.. Vol.31, nº3. 2010, p:209-215. ISSN:1808-4532 [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1116/990>

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY – Exercise prescription for older adults with osteoarthritis pain: consensus practice recommendations. A supplement to the AGS Clinical Practice Guidelines on the management of chronic pain in older adults [em linha]. Vol.49, nº6 (June, 2001), p.808-23. [Consult. 14 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/14.pdf>>

AMERICAM PAIN SOCIETY – Pain: current understanding of assesment, management, and treatments [em linha]. 2006, p.108 [Consult. 14 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://pain-topics.org/pdf/Pain_APS_2006.pdf

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY Guidelines – Pharmacological Management of Persist pain in Older Persons. Guideline Recommendations. [em linha] This guideline was developed andwritten under the auspices of the AGS Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons and approved by the AGS Executive Committee on April 21, 2009. Journal American Geriatrics Society. N°57. 2009, p. 1331–1346. [consult. 24 Mar. 2011], Disponível em WWW: <URL: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf

ANDRADE, Daniel Ciampi de; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen – A adesão do doente com dor ao tratamento farmacológico. O exemplo da neuralgia pós-herpética. DOR é coisa séria. São Paulo, Brasil. Vol.6, nº3, (Junho, 2010) ISSN 1982-3398

ANDRADE, Francisco A. de; PEREIRA, Lilian V.; SOUSA, Fátima A. E. F. - Mensuração da dor no idoso: uma revisão [em linha]. Rev. Latino-Americana Enfermagem, Ribeirão Preto. Vol. 14, nº. 2, (Março-Abril 2006), p. 271-276. [Consult. 19 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a18.pdf>

ANTUNES, J.M. [et al.] – Analgésicos na manejo da dor – crenças e atitudes dos enfermeiros. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Instituto de traumatologia e ortopedia, Rio de Janeiro, RJ. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

ARAÚJO, C.B. [et al.] – Opiofobia: subutilização ou limitação no uso?. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Faculdade Integral Diferencial – FACID. Teresina, PI. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

ASADI-LARI, Mohsen; TAMBURINI, Marcello; GRAY, David – Patients’ needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model [em linha]. Health and Quality of Life Outcomes. Vol. 32, nº 2. 2004 [Consult. 29 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <<http://www.hqlo.com/content/2/1/32>>

ASPINAL, Fiona; [et al.] – Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature [em linha]. Journal of Advanced Nursing. Vol. 42, nº4, 2003, p. 324-339 [Consult. 29 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752877>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR – Dor aguda. Revista Dor. Vol.16, nº1, 2008, 48 p. ISSN: 0872-4814

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR – Questionários sobre dor crónica. Revista Dor. Vol.15, nº4, 2007, 56p. ISSN: 0872-4814

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR – Enfermagem. Revista Dor. Vol.15, nº1, 2007, 52p. ISSN: 0872-4814

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR – Dor nas pessoas não verbais. Revista Dor. Vol.13, nº4, 2005, 39p. ISSN: 0872-4814

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR – Terapêuticas complementares em dor crónica. Revista Dor. Vol.13, nº3, 2005.39p. ISSN: 0872-4814

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL – Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Carnaxide, n.º 23, 2007, p. 457-464.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS FARMÁCIAS - Há dores e dores [em linha]. [Consult. 21 Ago. 2010]. 2008. Disponível em WWW: <URL: http://www.anf.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=644

AUGUSTO, Ana C.C. [et al.] – Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica [em linha]. Textos Envelhecimento. Rio de Janeiro. Vol.7, nº.1, 2004, p.89-104. ISSN 1517-5928, [Consult. 13 Jul. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000100006&lng=pt&nrm=iso

BAPTISTA, Adriana S.D; NEVES, Saulo T.V.; BAPTISTA, Makilin N. – Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos religiosos [em linha]. Revista de Psicologia da Vector Editora. São Paulo. Vol.9, nº.2, p.155-164. (Jul/ Dez., 2008) ISSN 1676-7314, [Consult. 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n2/v9n2a04.pdf>

BARBOSA, Kely de Azevedo – **Religiosidade e o enfrentamento religioso em idosos sob cuidados paliativos**. [em linha]. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2008. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. [Consult. 19 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.bdtd.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=855,

BASSANI, Gabriela R.; [et al.] – Estudo comparativo do perfil em idosos participantes e não participantes do grupo da terceira idade do município de Nova Bréscia – RS [em linha]. Conscientiae Saúde. Universidade Nove de Julho, Brasil. Vol.8, nº2, 2009, p.183-189 [Consult. 23 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=92912014004>

BASTOS, B.B. [et al.] – Intensidade da dor: comparação entre as escalas numérica e verbal em pacientes não oncológicos atendidos em serviço de dor. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA. Brasil. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

BATALHA, Luís – As dificuldades na quantificação exacta da dor. Revista Servir. Lisboa. Vol. 53, n.º 4, 2005, p.166-174. ISBN: 0871/2370

BERNACCHIO, Rosa M.G; CONTIN, Ivo; MORI, Matsuyochi – Fatores modificadores da percepção da dor [em linha]. REV. DOR. Vol. 6, nº3. 2005, p. 621-633 Artigo de Revisão - ISSN 1806-0013 [Consult. 23 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2005/volume_6/n%C3%BAmero_3/pdf/621_633_Fatores.pdf

BERNARDES, Sónia F.; JÁCOME Filipa ; LIMA, Maria L. – Questionario de expectativas de papel de genero face à dor: estudo psicométrico e de adaptação do GREP para a população portuguesa [em linha]. Análise psicológica. Lisboa. 2008, 1 (XXVI) p. 121-133. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. [Consult. 28 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a10.pdf>

BÉRZIN, M.G.R.; SIQUEIRA, J.T.T.; ALVES, M.C. – Relação Profissional – Paciente com Dor: desafio para os profissionais de saúde. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

BEZERRA, S.T.T., CAVALCANTE, I.P., AURELIANO, M.S.C.B – Quinto sinal vital: um estudo sobre o conhecimento dos enfermeiros. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

BIDARRA, Andrea Pereira – **Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica** [em linha]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências da Dor. [Consult. 23 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf

BOUSSO, Regina S.; SERAFIM, Tais S, e MISKO, Maria.D. – Histórias de vida de Familiares de Crianças com Doenças Graves: Relação entre a religião, doença e morte. [em linha]. Revista Latino Americana de Enfermagem. Universidade de São Paulo - Brasil. (Março/Abril 2010) ISSN 0104-1169 [Consult. 10 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000200003&script=sci_arttext&tlng=pt

BOTTEGA, Fernanda H. and FONTANA, Rosane T.- A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral [em linha]. Texto contexto – enfermagem, Florianópolis. Vol.19, n.2, 2010, p. 283-290. ISSN 0104-0707. [Consult. 30 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. [em linha]. - Rio de Janeiro: INCA, 2001, p.124. Brasil ISBN 85-7318-079-X. [consultado a 28 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf.

BRASILEIRO, W.M. [et al.] – Controle sistematizado da avaliação da dor. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP. Brasil. 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010 [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

BRITO, P.A. e ALMEIDA, R.L.T. – A influência da cultura na percepção da dor. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. Brasil. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

BUDÓ, Maria L.D. [et al.] – A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor [em linha]. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. Brasil Vol.41, nº.1, 2007, p. 36-43. ISSN 0080-6234; [Consult. 23 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000100005&script=sci_arttext

BULGARELLI, Alexandre F. e MANÇO, Amábile R.X – Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com saúde bucal [em linha]. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Colectiva. Revista Ciência e Saúde Colectiva. Rio de Janeiro – Brasil. Vol. 13, n.º 004, (Julho/Agosto, 2008), p. 1165-1174. [Consult. 30 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013412.pdf>

CALIL, Ana M.; PIMENTA, Cibele A.M. – Conceitos de enfermeiros e médicos e um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma [em linha]. Revista Escola Enfermagem. USP. São Paulo. Vol.39, nº3, 2005. p.325-332 [Consult. 19 Fev. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/11.pdf>

CANDEA, A.J.J., [et al.] – avaliação da utilização de opióides nos pacientes com neoplasia em cuidados paliativos domiciliares. In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010. UNIFOR e Instituto do Câncer do Ceará, Fortaleza, CE. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

CARDOSO, Isabel M.C. – **Factores motivadores do abandono da avaliação e registo sistematizado do 5º sinal vital** [em linha]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa. 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências da Dor. [Consult. 24 Fev. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1027/1/18069_ulsd_dep.17631re_Tese_IsabelCardoso.pdf

CARDOSO, Myrian C. da S.; FERREIRA, Maria C. – Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos [em linha]. Psicologia, Ciência e Profissão. Brasília Universidade Salgado de Oliveira. Vol.29, nº.2, (Jun. 2009). ISSN 1414-9893, [Consult. 23 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://pepsic.bvs-psic.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200013

CARMO, Margarida Teodora S. – Motivação profissional, qualidade de cuidados percebidos e satisfação dos utentes. Revista de Investigação em Enfermagem. Ed. Sinais Vitais. N.º 15, (Fevereiro, 2007), p. 24-37.

CARMONA, Carla; CLAUDINO, Adelaide D. – Dimensões relacionais subjectivas na compreensão do envelhecimento em idosos [em linha]. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, (4 a 6 de Fevereiro de 2010) [Consult. 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_4.pdf

CARNEIRO, Rui [et al.] - Qualidade e Satisfação com a Prestação de Cuidados na Patologia Avançada em Medicina Interna [em linha]. Arquivos de Medicina. Vol.23, nº3, 2009. p. 95-101. ISSN 0871-3413 [Consult. 22 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v23n3/v23n3a01.pdf>

CARRILHO, Maria José e PATRÍCIO, Lurdes - A situação demográfica recente em Portugal [em linha]. In Revista Estudos Demográficos. INE, I.P. Lisboa. N.º 46, 2009, p. 59-108, [Consult. 22 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=103155854&ESTUDOSmodo=2

CASSERLEY-FEENEY, Sarah N. [et al.] – Patient Satisfaction With Private Physiotherapy for Musculoskeletal Pain [em linha]. BMC Musculoskeletal Disorders 2008. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/574950>

CAVALGANTE, K.M. [et al.] – Avaliação da farmacoterapia adjuvante no tratamento da dor oncológica: um desafio para o enfermeiro. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Centro Regional Integrado de Oncologia e Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

CELICH, Kátia Lilian Sedrez; GALON, Cátia Galon - Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social / Chronic pain in elderly and its influence in daily activities and social living [em linha]. Revista brasileira geriatria gerontologia. Rio de Janeiro. Vol.12, nº.3, 2009, p. 345-360. ISSN 1809-9823. [Consult. 17 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL:

http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232009000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

CHAIB, E. [et al.] – O manejo da dor do paciente após procedimento cirúrgico na sala de recuperação pós anestésica . **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

CIENA, Adriano P; [et al.] – Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens [em linha]. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina. Brasil Vol. 29, nº 2, (Jul./Dez. 2008), p. 201-212. [Consult. 3 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/3467/2822>

CIRILO, A.C, AFFONSO, B.D.; HORTA, H.H.L. – A enfermagem na promoção do envelhecimento saudável: preparo do idoso e sua família [em linha]. Investigação. Universidade de Franca, Franca, São Paulo, Brasil Vol. 10, nº. 1, 2010, p. 19-25. [Consult. 22 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/149>

COLAÇO, Maria L.; TRANSMONTANO, Maria – O que disseram da Qualidade os Utentes. In Revista Sinais Vitais. Nº 40, (Janeiro, 2002), p. 55-58.

CORDEIRO, Benedito C. LEITE, Silvana N. (org.) – O farmacêutico na atenção à saúde. [em linha]. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005, p.189 [Consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322006000100016&script=sci_arttext

COSTA, Antonino [et al.] – **Satisfação do doente com o tratamento da dor: determinantes sócio demográficos e clínicos**. Viseu: [s.n.], 2009. Tese de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. 2009. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

COSTA, J.V.G. [et al.] – Prevalência da dor crónica em um grupo de idosos acompanhados pelo PROSAF na Serrinha, periferia de Fortaleza. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. Brasil. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

COSTA, Natália Arrais – Depressão e Dor. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB. Brasil. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

COSTA, S.B. [et al.] – Avaliação biopsicossocial do paciente em uma clínica de dor. **9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Singular - Centro de Controle da Dor. Campinas. SP. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

CRUZEIRO, M.M., ALMEIDA, A.V. e PIRES, L.A. – Avaliação da dor em idosos institucionalizados na cidade de Juiz de Fora usando a pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (pacslac) scale. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010** Universidade Federal de Juiz de Fora e Casa de Repouso de Juiz de Fora, MG. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

DAVIM, R. [et al.] – Dor e actividades cotidianas na terceira idade. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequie, BA; Universidade Federal RN/Facisa, Santa Cruz, RN. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

DELLAROZA, Mara S. G. [et al.] – Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade [em linha]. Revista Associação Medicina Brasileira. Vol.54, nº1, (Jan-Feb 2008), p.36-41. ISSN 0104-4230. [Consult. 23 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/18.pdf>

DELLAROZA, Mara S.G; PIMENTA, Cibele A.M; MATSUO, Tiemi – Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados [em linha]. Cadernos Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol.23, nº.5, (Maio 2007), p. 1151-1160. [Consult. 23 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500017

DIAS, Ana Rita – Dor crónica – um problema de Saúde Pública [em linha]. 2007, p.1-8, [Consult. 19 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0372.pdf>.

DIAS, Sofia – Dor crónica: Uma ameaça à qualidade de vida da pessoa idosa? [em linha]. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Universidade do Minho. Portugal (4 a 6 Fevereiro 2010). p. 459-470. [Consult. 21 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_5.pdf

DIÓGENES, Talita P.M.- **Dimensões da satisfação do paciente geriátrico com a Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial em Serviços Privados.** [em linha]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. 2009 [Consult. 31 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesdesimplificado//tde_arquivos/23/TDE-2009-12-14T070408Z-2351/Publico/TalitaPMD.pdf

DUARTE, Yeda A.O. [et al.] – Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo [em linha]. Saúde Colectiva. Editorial Bolina - São Paulo – Brasil. Vol 5, n.º 24, 2008, p. 173-177. [Consult. 26 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84252404.pdf>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU – **Guia orientador de trabalhos escritos.** Viseu : [s.n.], 2009. 59 f. Acessível na biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu.

EVANS, Christopher J. [et al.] – Development and validation of the pain treatment satisfaction scale (ptss): a patient satisfaction questionnaire for use in patients with chronic or acute pain [em linha]. Pain. n.º 112 , 2004, p. 254-266 [Consult. 25 Nov. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.painjournalonline.com/article/S0304-3959%2804%2900427-0/abstract>

FARIA, Juliana B. de and SEIDL, Eliane M. F. - Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura [em linha]. Psicologia Reflexão e Crítica. Porto Alegre Universidade de Brasília. Vol.18, n.º.3, 2005, p. 381-389. ISSN 0102-7972. [Consult. 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300012

FEJER R, Kyvik K.O., Hartvigsen J. - The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature [em linha]. European Spine Journal. Vol. 15. n.º6 (Jun. 2006); p. 834-48. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15999284>

FERREIRA, Fabiano Matos (a) – **a avaliação da satisfação dos pacientes ortopédicos atendidos na clínica de fisioterapia da Unesc** [em linha]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção de grau de Bacharel no curso de Fisioterapia. [Consult. 3 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000042/0000420C.pdf>

FERREIRA, Maria S.M (b) – **Variáveis psicológicas na lombalgia crônica: um estudo com doentes em tratamento de fisioterapia e acupuntura** [em linha]. Universidade do Minho, (Maio, 2009). Dissertação de doutoramento em psicologia área de especialização em psicologia da saúde. Instituto de Educação e Psicologia.. [Consult. 25 Nov. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10462/1/tese.pdf>

FILHO, António L.L.; UCHOA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria F. – Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte [em linha]. *Cadernos Saúde Pública*, Minas Gerais, Brasil. Vol.22, nº12. (Dez., 2006), p.2657-2667. [Consult. 16 Dez. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/14.pdf>

FILHO, J.E.S. [et al] – Avaliação dos conhecimentos de académicos de medicina sobre dor e seu tratamento. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Estadual do Ceará e Instituto Drº José Frota, Fortaleza, CE [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

FILLINGIM Roger B. [et al] – Spousal responses are differentially associated with clinical variables in women and men with chronic pain [em linha]. *Clinical Journal of Pain*, Florida. 19, (Jul./Ago., 2003), p. 217-224. [Consult. 28 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12840615>,

FONTES, Kátia Biagio e JAQUES, André Estevam – O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital [em linha]. Ciência, Cuidado e Saúde. Brasil. Vol.6 (Suplem. 2), 2007, p. 481-487. [Consult. 23 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5361/3397>

FORMIGA, M.S. e QUEIROZ, E. – A dor crônica como expressão de sofrimento Humano. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. UNICAP, Recife, PE. Brasil. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

FORTIN, Marie Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Edições Lusociências, Loures, 1999.

FORTIN, Marie Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª edição; Loures, Edições Lusociências, 2003 ISBN:978-972-8383-10-7

FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lusodidacta. Loures 2006 ISBN: 978-989-8075-18-5.

FORNAZARI, Sílvia A.; FERREIRA, Renatha R. – Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde [em linha]. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Universidade Estadual de Londrina . Brasília. Vol.26, nº.2, (Apr./June 2010), p.265-72. . ISSN 0102-3772. [Consult. 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000200008&script=sci_arttext

FRAGOSO, Maria - Dor: tema actual mas esquecido [em linha]. Departamento de Oncologia Médica - Clínica Oncológica III, Porto. (2002) [Consult. 25 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.spmi.pt/revista/vol09/v09_n4_dor_tema_actual.pdf

FREIRE, Claudia Camara – **Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos** [em linha]. Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2009. Dissertação de mestrado em enfermagem. [Consult. 26 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09032010-162351/pt-br.php>

FREIRE, Regina Célia Torres – **Investigação sobre a dor em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico** [em linha]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. [Consult. 22 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.academicoo.com/tese-dissertacao/investigacao-sobre-a-dor-em-idosos-submetidos-a-tratamento-fisioterapeutico>

FREIRE, Sueli Aparecida and RESENDE, Marineia Crosara de. - Estudos e intervenções para a promoção da velhice satisfatória. [em linha]. Psicologia para América Latina. México. Nº14, 2008. ISSN 1870-350X. [Consult. 23 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000300002&script=sci_arttext

FREITAS, Cláudio Carvalho [et al] – Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais [em linha]. Revista da Dor. Vol.10,nº1; 2009. p.56-62. ISSN: 1806-0013. [Consult. 23 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2009/volume_10/n%C3%BAmero_1/pdf/Volume_10_n_01_Pags_56-62.pdf

FREITAS, Elizabete Viana [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006. p.1067. ISBN 978-85-277-1199-9.

FRUTUOSO, Joselma Tavares - **Mensuração de aspectos psicológicos presentes em portadores de dor crónica relacionada ao trabalho** [em linha]. Florianópolis: Universidade Federal Santa Catarina (Abril 2006). Tese centro tecnológico – Departamento de Engenharias de Produção e Sistemas [Consult. 25 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PEPS4971.pdf>

FRUTUOSO, Joselma Tavares; CRUZ, Roberto Moraes - Relato verbal na avaliação psicológica da dor [em linha]. Avaliação psicológica. Porto Alegre, Vol.3, nº.2, (Nov. 2004). ISSN 1677-0471, [Consult. 25 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712004000200005&script=sci_arttext

GALVÃO, Cristina – O Idoso Polimedicado: Estratégias para melhorar a prescrição. [em linha]. Revista Portuguesa Clínica Geral Vol.22. 2006, p.747-752. [Consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070525191807526521.pdf>

GAMEIRO, Manuel Henriques – **Sufrimento na Doença**. Quarteto Editora. Coimbra. ISBN: 972-8535-06-6. 194p. Ano 1999

GARCIA, Ana Marisa da Cunha – **A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS** [em linha]. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde 2009. Monografia em Enfermagem [Consult. 11 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1108/1/monografia.pdf>

GIODA, Fabiane Rosa [et al] - Dor Lombar: Relação entre Sexo e Estrato Etário em Idosos Praticantes de Atividades Físicas [em linha]. FitPerf J. Vol.9, nº1. (Jan./Mar.2010) p.46-51. [Consult. 29 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/2556-edicao_01_2010_07.pdf

GOLL, Michael – **Ageing in the European Union: where exactly? Rural areas are losing the young generation quicker than urban areas**” [em linha]. Eurostat Statistics in Focus 26/2010 [Consult. 22 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-10-026/EN/KS-SF-10-026-EN.PDF

GOMES, Bárbara Pereira – **Enfermagem de reabilitação: um contributo para a satisfação do utente**. [em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2008. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. [Consult. 18 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275/2/Tese%20DoutoramentoBarbara.pdf>

GOMES, João Carlos Pereira – Dor no idoso. Cap.45, p.423-436. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen - **Dor: manual para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. ISBN 85-7379-850-5.

GOMES, Rafael Tomaz [et al.] - Dor: O Quinto Sinal Vital [em linha]. Prática Hospitalar, ANO VIII, Nº 44, (Mar./Abr. 2006), ISSN 1679-5512 [consultado a 22 de Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica/44/pgs/materia18-44.html>

GONÇALVES, Daniela [et al.] – Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas [em linha]. Revista de Psicologia, Saúde e Doenças. Vol.7, nº1, 2006. p.137-143. [consultado a 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a12.pdf>

GOSUNG, A.P. [et al.] (2010) – Dor crônica e ideias suicidas: um grito de alerta. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro e Centro Multidisciplinar da dor, Rio de Janeiro, RJ. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

GREEN, C.R. [et al.] – Race and chronic pain: a comparative study of young black and white Americans presenting for management [em linha]. The Journal of Pain Vol.4, Issue 4, (May. 2003). p.176-83, [consultado a 9 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.jpain.org/article/S1526-5900\(02\)65013-8/abstract](http://www.jpain.org/article/S1526-5900(02)65013-8/abstract)

GU, Ning Yan; GAI, Yunwei y HAY, Joel W. - The effect of patient satisfaction with pharmacist consultation on medication adherence: an instrumental variable approach. [em linha]. Pharmacy Practice (Internet) [online]. Vol.6, n.4, 2008, p. 201-210. ISSN 1886-3655. [consultado a 9 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacin/v6n4/201-210.pdf>

GUIMARAES, Hélio Penna and AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. [em linha]. Revista psiquiatria clínica. Vol.34, suppl.1, 2007, p. 88-94. ISSN 0101-6083. [consultado a 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a12v34s1.pdf>

GUIMARÃES, Maria da C. V. – **Satisfação do utente e qualidade apercebida no Centro de saúde do Aldoar**. [em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. 2009 Dissertação de Mestrado em Qualidade. [consultado a 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1414/3/dm_mariaconceicaoguimaraes.pdf

HADJISTAVROPOULOS, Thomas e HADJISTAVROPOULOS Heather D. - **Pain Management for Older Adults: A Self-Help Guide** [em linha]. 2008, p.201, ISBN: 978-0-931092-70-1. [consultado a 25-8-2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3955>

HAUSER, Joshua M. – Dor no Idoso. p.312-321 In ROENN Jaime H.Von, PAICE Judith A. e PREODOR Michael E. (2008), Current **Diagnóstico e Tratamento da Dor**. Rio de Janeiro: McGraw- Hill Interamericana do Brasil ISBN: 978-85-7726-054-6. p.346

HESPANHOL, A.; VIEIRA, A.; PEREIRA, AC. – Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006) [em linha]. Revista Portuguesa de Clínica Geral 24: 2008, 363-72. [consultado a 15 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: www.apmcg.pt/files/54/documentos/2008071711202200725.pdf .

HIRSH, Adam T. – **Patient Satisfaction With Treatment For Chronic Pain: Predictors And Relationship To Compliance** [em linha]. Flórida: Universidade da Florida. 2004. Tese de Mestrado em Ciência. [consultado a 25 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://etd.fcla.edu/UF/UFE0004222/hirsh_a.pdf

HILL, M. & HILL, A. - **Investigação por Questionário**. Lisboa, Edições Sílabo, 2002
ISBN: 9789726182733

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA – **As pessoas: estatísticas 2009** [Em linha]. Lisboa: INE, 2011. ISBN 978-989-25-0074-4. [Consult. 1 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=108445117&PUBLICACOESmodo=2>

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA – **Homens e mulheres em portugal** [Em linha]. Lisboa: INE, 2010. [Consult. 18 Março 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=87769374&PUBLICACOESmodo=2 ISSN:1464-4060>

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA – Revista de Estudos Demográficos. Lisboa: INE Nº48. 2010. ISSN 1645-5657. Disponível em WWW:<URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=90343389&PUBLICAModo=2

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA – **A mulher na população portuguesa de 5-03-2010** [Em linha]: informação à comunicação social. Lisboa: INE, 2010. [Consult. 15 Março 2011]. Disponível em WW:<URL:<http://socialmentesolidario.blogspot.com/2011/01/homens-e-mulheres-em-portugal-2010-ine.html>>

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA, Statistics Portugal – **Projeções da população residente em Portugal 2008-2060** de 19-3-2009. [Em linha]: Informação à comunicação social. Lisboa: INE, 2009 [Consult. 18 Março 2011]. Disponível em WWW: <URL:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA, Statistics Portugal – **Estimativas de População residente 2008** de 23-7-2009. [Em linha]: Informação à comunicação social. Lisboa: INE, 2009 [Consult. 18 Março 2011]. Disponível em WWW: <URL:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=59820448&PUBLICACOESmodo=2

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA **Boletim Mensal de Estatística** [Em linha]. (Novembro 2010). ISSN-0032-5082. [Consult. 19 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102767832&PUBLICACOESmodo=2>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Estimativas de população residente 2009** [Em linha]. Lisboa: INE, 2009. [Consult. 19 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/databse>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – Ano mundial contra a dor no cancer (out.2008-2009) [em linha] 2009. [consult. in 29 Mar. 2011]. Disponível em WWW:< URL:<http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=8009>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN | IASP International Pain Summit, [em linha] [consult. a 7 Set. 2010]. Disponível em WWW: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&TEMPLATE=/CM/HTMLDisplay.cfm&CONTENTID=10974>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN - Facts on Pain in Older Persons – epidemiology 12/9/2006 [em linha]. [consultado a 2 Nov. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3611>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN- **Older People's Pain** [em linha]. Volume XIV, No. 3 June 2006. [consultado a 28 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME&CONTENTID=7599&SECTION=HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm>

ISIDORO, C.M. [et al.] – Atitudes do enfermeiro no manejo da dor aguda pós operatória. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

IVERSEN, Maura D., FOSSEL, Anne H., KATZ, Jeffrey N.- Enhancing function in older adults with chronic low back pain: a pilot study of endurance training. [em linha]. Archives of physical medicine and rehabilitation. Boston, USA. Vol.84, nº9 (Set.2003) p.1324-31. [consultado a 14 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13680569>

JÓIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tania; DONALISIO, Maria Rita - Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos [em linha]. Revista Saúde Pública. Brasil. Vol.41,nº1. 2007, p.131-138. [consultado a 8 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41n1/19.pdf>

JOSEPH, C and NICHOLS, S.- Patient satisfaction and quality of life among persons attending chronic disease clinics in South Trinidad, West Indies [em linha]. West Indian med. j. Vol.56, nº2. 2007. p.108-114. ISSN 0043-3144. [consultado a 9 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v56n2/a02v56n2.pdf>

KASANOWSKI, M. K.; LACCETTI, M.S. – **Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento.**; [s. n]. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 2005. p.256

KERBER, Nalú P.C. ; KIRCHHOF, Ana L.C. e VAZ Marta R. C. – Vinculo e satisfação de usuarios idosos com a atenção domiciliaria [em linha]. Texto e contexto de enfermagem , Brasil. Vol 17, n.º 002, (Abril/Junho 2006). pag 304-312, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianopolis - SC [consultado a 16 Nov. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200012&nrm=iso&tlng=pt

KOENIG, Harold G.- Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice [em linha]. Southern Medical Journal Durham, USA. Vol.97, nº12. (Dez. 2004), p.1194-200. [consultado a 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15646757>

KOENIG HG, GEORGE LK, TITUS P.- Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients [em linha]. Journal of the American Geriatrics Society, Durham, North Carolina. Vol.52, nº4. (Abril, 2004), p.554-62. [consultado a 31 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066070>

KOPF, Andreas and PATEL, Nilesh B.- **Guide to pain management in low resource settings**. [em linha]. Internacional Association For the Study of Pain. Seattle. 2010 [consultado a 28 Fev. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12172>

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da and PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos Prevalência de dor crônica em adultos [em linha]. Revista Brasileira Enfermagem . Vol.59, n.4, 2006, p. 509-513. ISSN 0034-7167. [consultado a 22 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a07v59n4.pdf>

KUCHLER, Fernanda Fritzen; ALVAREZ, Ana Graziela; KADER, Maura Fortes Braibante – Informatização Do Gerenciamento Da Dor [em linha]. Revista Dor, Vol.8,nº1 (Jan/Fev./Mar 2007), p.950-956; ISSN:1806-0013. [consultado a 23 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2007/volume_8/n%C3%BAmero_1/pdf/Volume_8_n_01_pgs_950_a_956.pdf

KUMAR, Arun e ALLCOCK, Nick - Pain in Older People: Reflections and experiences from an older person's perspective [em linha]. 2008, The British Pain Society. [consultado a 22 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.britishpainsociety.org/book_pain_in_older_age_ID7826.pdf

LEÃO, Eliseth Ribeiro; CHAVES, Lucimara Duarte – **Dor 5º Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem**. 2 ed. Revista e ampliada – São Paulo: Livraria Martinari, 2007 ISBN:85-89788-23-7

LEMOS, Adail Ivan de - **Dor Crónica: Diagnóstico, Investigação, Tratamento** – S. Paulo: Atheneu Editora, 2007, p.582 ISBN: 9788573796674

LENARDT, Maria Helena; MICHEL, Tatiane; WACHHOLZ, Patrick Alexander - autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosas institucionalizadas [em linha]. Ciência, Cuidado e Saúde, Brasil Vol. 9, nº2. 2010, p.246-54 [consultado a 23 Jan. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8041/6073>

LODUCA, A. [et al] – Impacto dos aspectos psicossociais em pacientes com dores crônicas atendidos por uma equipe interdisciplinar. In **9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Centro de Dor HCFMUSP e PUC, SP São Paulo. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

LODUCA, A. [et al] – Efectividade do programa psicoeducativo para a adesão ao tratamento da dor crónica. In **9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010** Centro de Dor HCFMUSP, São Paulo. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

LOPES, José Castro – Três milhões de Portugueses com dor crónica. 2008 [em linha]. [consultado a 23 de Agosto de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://diario.iol.pt/sociedade/dor-portugueses-medicamentos-doentes-tratamentoporto/962021-4071.html>>

LOPES, José Castro [et al] - estudo sobre Estudo da Prevalência da Dor Crónica na População Portuguesa [em linha]. 2008 [consultado a 18 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://servicodesaude.blogs.sapo.pt/93019.html?s2id=559545>

LOPES, José Castro [et al] – Pain Proposal - A dor crónica em Portugal [em linha]. De 13-10-2010 [consultado a 18 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: www.pfizer.pt/content/imprensa/Portugal_Country%20Snapshot.pdf

LORENZINI, MARTA – **A influência da dor crónica na qualidade de vida do idoso** [em linha]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia (Março, 2006). Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia.. [consultado a 22 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pa/pa8.pdf>

LOESER, Jonh D. – Aspectos actuais do controlo da dor. p.1-9. In ROENN Jaime H.Von, PAICE Judith A. e PREODOR Michael E., 2008, **Current Diagnóstico e Tratamento da Dor**. Rio de Janeiro: McGraw- Hill Interamericana do Brasil ISBN: 978-85-7726-054-6. p.346

MACEDO, S.K.O. [et al] – Correlação entre intensidade da dor e qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Potiguar, Natal, RN. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

MALHEIRO, Mafalda e PEREIRA, Maria da Graça - Influencia da Fibromialgia no Casal - Escola de Psicologia [em linha]. Actas do VII Simposio Nacional de Investigação em Psicologia, (4 a 6 de Fevereiro de 2010). Universidade do Minho – Portugal [consultado a 12 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiSaude_22.pdf

MALHEIRO, Ana B.C.B.M. – **Os enfermeiros perante a dor neonatal: saberes e práticas** [em linha]. Porto: Universidade do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. [consultado a 20 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19105/2/tese%20Ana%20Malheiro.pdf>

MALHOTRA, Naresh K. (2002) – Basic Marketing Research: Applications to Contemporary Issues, Prentice-Hall International, Inc.

MARQUES, António Lourenço – Dor crónica na patologia musculo esquelética. (Acção de formação para os centros de saúde do Concelho Covilhã), Abril 2005

MARIN, Maria José; [et al] – Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos [em linha]. Revista Escola Enfermagem USP. São Paulo. Vol.44, nº.1 (Mar. 2010) ISSN 0080-6234 [consultado a 14 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100007

MARIN, Maria José; [et al] – Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família (PSF)^a [em linha]. Escola Anna Nery. Revista de enfermagem. Vol.12, nº2 (Junho, 2008), p.278-84. [consultado a 30 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a12.pdf>

MARTINS, M.L.C. e M.de A. – **Avaliação dos factores que condicionam a aquisição de conhecimentos resultantes da prescrição médica pela população idosa em farmácia comunitária**. [em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. 2010. [consultado a 30 Mar. 2011]. Monografia em Ciências Farmacêuticas. Disponível em WWW: <URL: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1951/3/MONO_14346.pdf

MARTINS, Rosa Maria Lopes - **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu**. Badajoz: Universidade de Extremadura, Departamento de Psicologia y Sociología de la Educación. 2004. Tese de Doutoramento Em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica..

MARTINS, Rosa Maria Lopes e RODRIGUES, Maria Lurdes Martins - Estereótipos sobre os Idosos: uma representação social gerontofóbica. Milenium. Revista ISPV. Editora do Instituto Politécnico de Viseu. Nº29, 2004. p.249-254. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/default.htm>

MARZARI, Francieli; GIRARDON- PERLINI, Nara M.O. - Cuidar no domicílio: percepção de cuidadores familiares da área rural [em linha]. Revista Mineira de Enfermagem. Nursing Journal of Minas Gerais. Vol.9, nº4, 2005. p.321-27. ISSN:1415-2762. [consultado a 12 Fev. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0cfa7f3eba4.pdf

MASSELLI, M.R.R., STANGARLIN, T.S., BATISTA, A:L.P. - o trabalho na vida do portador de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – passado e futuro. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Faculdade de Ciências e Tecnologia. FCT/Unesp. Presidente Prudente. SP. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

MELO, Maria da Luz – **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. Loures: Lusociência, 2005. p.167, ISBN 972-8383-86-X

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick – **O Desafio da dor**. – Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

MENCÍAS A. B., RODRÍGUEZ, J. L. - Consideraciones sobre el empleo de opioides en el dolor crónico del paciente geriátrico [em linha]. Revista Sociedade Espanhola Dolor. Narón (La Coruña) Vol..15, nº.7. 2008, p.463-74. ISSN 1134-8046, [consultado a 28 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000700005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

METZGER, Cristiane; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane - “**Cuidados de Enfermagem e Dor**”. Avaliação da dor, modalidades de tratamento. Psicologia do doente. Loures: Lusociência, 2002.p.300. ISBN: 978-972-8383-32-0

MORAES, Norma A.S. de; WITTER, Geraldina P. - Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. [em linha]. Boletim psicologia, São Paulo, Brasil. Vol.57, nº157. (Dez., 2007). p.215-238 ISSN: 0006-5943 [consultado a 30 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432007000200008&script=sci_arttext

MOURA, Claudia “**Século XXI: Século do Envelhecimento**”. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2006 ISBN: 972-8930-34-8

NASCIMENTO, Osvaldo J.M.- avaliação neurológica do paciente com dor [em linha]. 2007 In Pimenta, Cibele A.de M. [et al] – “**Simbidor - Arquivos do 8º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor**” [consultado a 15 Mar. 2011]. Office Editora e Publicidade Ltda. São Paulo • Brasil. 2007. Disponível em WWW: http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos_simbidor_2007.pdf

NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL e Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. [em linha]. 2001, p.92 [consultado a 15 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <http://pt.scribd.com/doc/7563609/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments>

NETO, E.T. [et al] – Atividade laboral em pacientes com dor crônica no serviço de dor crônica do HU. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA. 2010. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

NETO, Aristeu A.C. [et al] – Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde [em linha]. Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, 2010 [consultado a 30 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/011.pdf>

NÓBREGA Otávio T. e Karnikowski, Margô G.O.- A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação [em linha]. Revista Ciência e Saúde Colectiva. Brasília, Brasil. Vol.10, nº2. 2005, p.309-313 [consultado a 29 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a08v10n2.pdf>

NOGUEIRA, R.T.E. [et al] – Caracterização do uso de opióides em pacientes atendidos no ambulatório de dor crônica não oncológica. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010** Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA. 2010. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

NUNES, Antónia Idalina; RAMOS, Rosa Maria Raimundo – Controlo da dor. Mundo Médico. Lisboa. Ano 6, n.º 36 (Setembro-Outubro de 2004), p. 50-53.

OLIVEIRA, Alexandre R.B. de – **Estilo e satisfação com a vida da população idosa urbana e rural em um Município de Pequeno Porte, Bofete (SP)** [em linha]. Botucatu, Brasil: Universidade de Medicina de Botucatu. 2006. Dissertação de Mestrado em Saúde Colectiva. [consultado a 31 Jan. 2011]. Disponível em WWW: http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2006/oliveira_arb_me_botfm_prot.pdf

OLIVEIRA, B.B. [et al] – A relação entre crenças de controle da dor, depressão, ansiedade e imagem corporal. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Liga de Dor do Centro Académico Oswaldo Cruz da FMUSP e do Centro Académico de 31 de Outubro da EEU SP E, São Paulo, SP. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

OLIVEIRA, Catarina R., [et al] – **Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa**. [em linha]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2008) [consultado a 22 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/LivroFINALvsImpressaEPEPP.pdf>

OLIVEIRA, José H.B. “ **Psicologia do Envelhecimento e do Idoso**”. Editora: Legis (2005) ISBN: 972-8082-58-4.

OLIVEIRA, D. L. C.; GORETTI, L. C.; PEREIRA, L. S. M.- O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto [em linha]. Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. Revista brasileira de fisioterapia. Brasil Vol.10 nº.1. 2006. ISSN 1413-3555 [consultado a 1 Fev. 2011]. Disponível em WWW: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552006000100012&script=sci_arttext.

OLIVEIRA, K.B. [et al] – Prevalência da intensidade da dor crónica em idosos. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal RN Facisa, Santa Cruz e Natal, RN. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brazil]

OLIVEIRA, Rogério – Exame neurológico do paciente com dor, In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen - **Dor: Manuel para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, cop 2007. 562 p. ISBN 85-7379-850-5

ORDEM DOS ENFERMEIROS “ **Dor - Guia Orientador de Boa Prática**”. Edição Ordem dos Enfermeiros, Junho 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003) In Observatório Nacional Das Doenças Reumáticas - Importância e Justificação. Relatório De Actividades 2003-2005 [em linha], [consultado em 27 Mar. 2011] Disponível em WWW: http://ondor.med.up.pt/pdf/re-act_maio2006.pdf

PAIN ASSOCIATES INTERNATIONAL NETWORK **PORTUGAL 2 - Dor Crónica Músculo-esquelética**. [em linha]. Funchal 2004. [consultado a 3 Fev. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.grunenthal.pt/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=15200216

PANAZZOLO, Danilo [et al] – Dor crônica em idosos moradores, do conjunto Cabo Frio, cidade de Londrina/pr. [em linha]. Revista. DOR Vol.8,nº3 (Jul/Ago/Set, 2007), p.1047-1051. [consultado a 23 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2007/volume_8/número_3/pdf/Volume_08_n_03_pgs_1047_1051.pdf

PANTELI, V.; PATISTEA, E. – Assessing patients' satisfaction and intensity of pain as outcomes in the management of cancer-related pain. [em linha]. European Journal of Oncology Nursing. n.º11 (2007), p. 424–433. [consultado a 30 Mar.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18053765>.

PANZINI, Raquel Gehrke [et al.] - Qualidade de vida e espiritualidade [em linha]. Revista de Psiquiatria. Clínica. Vol.34, nº1. 2007. p.105-115. [consultado a 29 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>

PASINI, R.L. [et al] – Avaliação do nível de satisfação analgésica em pacientes com dor nociceptiva somática. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Lador e Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, SP [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

PAULA, Cláudia Valéria – actuação de enfermagem em doentes com dor. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen - **Dor: Manuel para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, cop 2007. 562 p. ISBN 85-7379-850-5

PAULO, José Manuel Rodrigues – **As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo** [em linha]. Lisboa: Universidade Aberta, 2006. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde., [consultado a 29 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/698/1/LC157.pdf>

PEDROSA, D.F.A. [et al] – o estado actual do conhecimento sobre a mensuração da dor na atenção primária em saúde. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade de Uberaba, Uberaba, MG. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil.]

PEDROSA, Maria Fernanda Vita; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da - Efeitos dos programas educativos no controle da dor pós-operatória. [em linha]. Ciência, Cuidado e Saúde, . Brasil. Vol 6, No 1. 2007, p.21-32 [consultado a 30 Mar.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4961/3221>

PEDROSO. R.A.; CELICH K.L.S. – Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. [em linha]. Texto contexto – enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis Brasil . Vol.15, nº.2. (Abr./Jun. 2006), p.270-276 . ISSN 0104-0707 [consultado a 30 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415211.pdf>

PELEGRIN, A.K.A.P. [et al] – Avaliação de dor no envelhecimento: instituições de longa permanência. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – USP, SP. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

PELEGRIN, A.K.A.P. [et al] – A percepção dos descritores de dor no envelhecimento: instituições de longa permanência. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

PEREIRA, M., ARAÚJO-SOARES, V., MCINTYRE, T. - Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: em estudo piloto [em linha]. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol2, nº2. 2001, p. 69-80. [consultado a 17 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a05.pdf>.

PERES, Mário F. P., [et al.] - A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. [em linha]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Vol.34, nº1, 2007, p.82-87. [consultado a 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html>

PERES, J.F.P., SIMÃO, M.J.P.; NASELLO, A.G.- Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia [em linha]. *Revista Psiquiatria Clínica*. Vol.34, supl 1; 2007, p.136-145. [consultado a 30 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/136.html>

PESSOA, A.P.C. [et al] – Mensuração da intensidade da dor em idosos não institucionalizados da região centro – oeste do Brasil: correlação entre a escala numérica e a escala de faces. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia e Rede Goiana de Pesquisa Vigilância à Saúde do idoso no estado de Goiânia, GO. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

PESTANA, M.H. e GAGEIRO, J.M. (2003), **Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS**, (3ªEd.)Lisboa: Edições Sílabo.

PESTANA, M.H., GAGEIRO, J.M., (2005), **Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS**, (4ªEd.)Lisboa: Edições Sílabo.

PINHEIRO, Rómulo Augusto – Dor e Religião [em linha]. Revista Dor. Vol.8, nº4 (Out/Nov/Dez, 2007), p. 1113-1115. [consultado a 23 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2007/volume_8/n%C3%BAmero_4/pdf/Pag_1113_1115_vol_08_n_04.pdf>

PINTO, Daniel; COUTINHO, Salomé S.; REZENDE, Carolina – Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de Medicina Geral e Familiar [em linha]. Revista Portuguesa de Clínica Geral, n.º 25, 2009, p. 405-417. [consultado a 24 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.danielpinto.net/trabalhos/expectativas.pdf>>

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette – “**Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**”. Artes Médicas, Porto Alegre, 3ª Edição, 1995. ISBN:85-7307-101-X

PONTE, Carla (2005) – Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sociodemográficas [em linha]. Revista Portuguesa de Clínica Geral nº 21, 2005, p.259-67 [consultado a 17 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070528155749448772.pdf>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Circular normativa n.º 9/ DGCG. [em linha]. 2003-06-14. [consultado a 12 Out. 2010]. **A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor**. Disponível em WWW: <URL: <http://www.myos.pt/downloads/5sinalvital.pdf>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Circular normativa n.º 13/ DGCG. [em linha]. 2004-07-02. [consultado a 18 Set. 2010]. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Disponível em WWW: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.- **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos.** [em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. [consultado a 19 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **A Dor Crónica De Origem Não Maligna. Guia para Pessoas Idosas** [em linha]. 2001 [consultado a 21 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005647.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa.** [em linha]. De 14-12-2010, p.1-10 [consultado a 5 Jan. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005647.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor** – [em linha]. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001. ISBN 972- 9425-95-7 [Consultado a 12 de Out. de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [URL:http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento **Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia** [em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 32 p. ISBN: 972-675-091-1. [Consultado a 15 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006184.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde – **Programa Regional de Controlo da Dor** – [em linha]. Açores: Direcção Geral de Saúde, 2009. [Consultado a 1 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://edt-gra.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/417978/ProgramaRegionaldeControlodaDor.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde – **Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica** – [em linha]. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Circular Informativa N.º: 09/DSCS/DPCD/DSQC de 24/03/08 [consultado a 12 de Dez. de 2010]. Disponível em WWW: URL: <http://aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=70efdf2ec9b086079795c442636b55fb&id=0a09c8844ba8f0936c20bd791130d6b6>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Circular normativa n.º 11/DSCS / DPCD [em linha]. 18-06-2008 – **Programa Nacional de Controlo da dor**. Direcção Geral da Saúde. 15 p. [consultado a 3 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL:<<http://www.aped-dor.org/xfiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008**, p.159. Direcção Geral da Saúde, Lisboa. Dez.2010. ISSN:0872-1114 [em linha] [consultado em 22 Mar. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>

RAMOS, M.I.S.N. [et al] – Avaliação comparativa da eficácia analgésica da gabapentina versus um inibidor selectivo de COX 2 – eterocoxib na hiperalgesia induzida por modelo experimental de dor aguda. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010** Universidade de Fortaleza, CE. [CD-ROM [Fortaleza, Brasil]

REIS, Luciana Araújo dos – **Influência da dor crónica resultante de doenças osteomusculares na capacidade funcional dos idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA**. [em linha]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. [Consultado a 11 Jan.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/LucianaAR.pdf>

REIS, Luciana Araújo dos; et al – Influência da dor na capacidade funcional dos idosos institucionalizados [em linha]. C&D - Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista. Vol.3, nº.1, (jan./dez. 2010), p.118-131, [Consultado a 23 Jan.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/72/74>

RIBEIRO, Ana L.; CARDOSO, Alexandrina - Dor: um Foco da Prática dos Enfermeiros. DOR. Lisboa. Vol.15, nº1, 2007, p.6-15.

RIBEIRO, Norberto Maciel – **Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico** [em linha]. Funchal: Universidade Atlântica. Curso de Pós Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar. 2008 [Consultado a 24 Jan.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf>

ROCHA, L.P. [et al] – Análise de dor em idosos decorrente de acidentes domésticos em centro social urbano. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade federal do Ceará, Fortaleza, CE. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

ROCCHI A., CHUNG F. e FORTE L. – Canadian survey of postsurgical pain and pain medication experiences [em linha]. Canadian Journal of anaesthesia. Vol.49, nº10, (Dez. 2002), p.1053-6. [Consultado a 19 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12477677>.

RODRIGUES, Ana M.; CARVELA, Elsa C. P. – Mitos e preconceitos sobre a dor. Revista Sinais Vitais. Coimbra. Nº 68. 2006, p.37-40.

RODRIGUES, Manuel António Lopes (a) – **Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa** [em linha]. Porto: Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007. Dissertação de mestrado em Oncologia [Consultado a 30 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7236/2/Tese%20de%20Mestrado%20em%20Oncologia.pdf>

RODRIGUES, Rogério M.C. (b) – **Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços** [em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto 2007. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. [Consultado a 10 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7168/3/Capa%20RG.pdf>.

ROENN Jaime H.Von, PAICE Judith A. e PREODOR Michael E. (2008), **Current Diagnóstico e Tratamento da Dor** ISBN: 978-85-7726-054-6. p.346

ROSA, Mary Rosane Quirino Polli; [et al.] - **Motivos que levaram idosos a buscar atenção em uma unidade básica de saúde** [em linha]. Revista Latino-Americana Enfermagem [online]. Vol.17, n.5, 2009, p. 670-676. ISSN 0104-1169. [Consultado a 22 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000500012&script=sci_arttext&tlng=pt

ROSA, Thanize Prates da. – **Tradução e adaptação transcultural da escala** [em linha]. "Pain Assessment Tool in Confused Older Adults - PATCOA / Translation and cross-cultural adaptation of the scale opain assessment tool in confused older adults - PATCOA. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; s.n; 2009. 82 p. [Consultado a 22 Set. 2010]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Disponível em WWW: <URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=558521&indexSearch=ID>

ROSA, Aline Aparecida, [et al] – Características Demográficas (sexo e idade) e as actividades e instrumentos de vida diária em adultos e idosos saudáveis [em linha]. Conscientiaesaude@uninove.br Publicação Científica de Ciências da Saúde. São Paulo Vol.9, nº3, 2010, p.407-412. [Consultado a 25 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92915180010.pdf>

ROTHABE, W. [et al.] – **Dissatisfaction with post-operative pain management – A prospective analysis of 1071 patients** [em linha]. Acute Pain. [em linha]. Vol.7, Issue 2, (Ago. 2005), p. 75-83. [consultado a 25 de Out. de 2010]. Disponível em WWW:<URL: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Utilizador/Ambiente%20de%20trabalho/Dor/abstract.htm>

ROVERE, H.H.D., OKADA, M.; SANTOS, L.M. – Avaliação do coping religioso/espiritual em pacientes com dor crónica. Hospital das Clínicas, FMUSP. São Paulo, SP. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

SANCHES M.B.; GARCIA, D.M. – Ações educativas e monitoramento sistematizado da avaliação da dor: fatores de melhoria na qualidade da assistência prestada ao doente. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

SANCHES M.B.; GARCIA, D.M. e PETROLINO, H.M.B.S. – Características dos pacientes no serviço de tratamento de dor e impacto na assistência de enfermagem.. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

SANTOS Ana F.A – **Qualidade de Vida e solidão na Terceira Idade** [em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. 2008. Monografia em Psicologia Clínica. [consultado a 30 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>

SANTOS, Gisela Marta Monteiro dos – **Satisfação e qualidade: a visão dos utentes de uma unidade de reabilitação respiratória** [em linha]. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2009. Dissertação de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. [consultado a 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/412/1/msc_gmmsantos.pdf

SANTOS, M.C.J.P.L. – **Dor no doente oncológico em fase terminal: Análise de uma experiência de cuidar** [em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. 2008. Dissertação de Mestrado em Oncologia. [consultado a 22 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://sigarra.up.pt/icbas/teses_posgrad.tese?p_alu_numero=041006033,

SAPETA, Paula (2007) – **Dor total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos**. *DOR*. Lisboa. Vol.15, nº1, p.16-21.

SAPORETTI, Luís Alberto; CABRAL, Luciana R.B.- Tratamento da dor crónica, p.167-188 In JACOB FILHO, Wilson – *Terapêutica Idoso*. Manual da Liga do Gamia. 2ªed. Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2008. ISBN:978-85-7771-020-1

SARTI, C.A. – a dor, o indivíduo e a cultura. [em linha]. Revista Saúde e Sociedade. Vol. 10, nº1, 2001, p.3-13 [consultado a 23 Set. 2010]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf>

SAUAIA A, MIN SJ, LEBER C, ERBACHER K, ABRAMS F, FINK R - Postoperative pain management in elderly patients: correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction [em linha]. Division of Health Care Policy and Research, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado, USA. Journal of the American Geriatrics Society Vol.53, nº2, (Fev. 2005), p.274-82. [consultado a 14 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15673352>

SCHWANTZ, Carolina [et al.] (2010) – **Perfil Dos Participantes De Um Grupo De Fisioterapia Para Dores Na Coluna**. [em linha]. Universidade Católica de Pelotas. [consultado a 4 Fev. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_00849.pdf

SEQUEIRA, A. e SILVA, M.N - O bem estar da pessoa idosa em meio rural. [em linha]. Análise psicológica 3 (XX), 2002, p. 505-516. Instituto Superior de Psicologia Aplicada [consultado a 31 Jan .2011] Disponível em WWW: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a23.pdf>

SHAVERS VL, BAKOS A, SHEPPARD VB. – Race, ethnicity, and pain among the U.S. adult population. [em linha]. Journal Health Care Poor Underserved. Vol.21, nº1, (Fev. 2010), p.177-220. [consultado a 9 Out. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20173263>

SILVA, Eliane Moura da – Religião diversidade e valores culturais: conceitos teóricos e a educação para a cidadania. [em linha]. Revista de Estudos da religião, nº2, 2004, p.1-14. [consultado a 15 Mar. .2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.pucsp.br/rever/rv2_2004/p_silva.pdf.

SILVA, G.M. [et al] (a) – Estudo da relação entre dor e depressão nos idosos. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

SILVA, Sandra da C.S.P. da - **(Con)viver com a dor do outro... Vivências dos Familiares de Idosos com Dor Crônica** [em linha]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências de enfermagem. [consultado a 21 Ago. 2010] Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7163/2/tese%20final.pdf>

SILVA, S.G.M.R.N. – **Qualidade de vida e bem-estar psicológico em Idosos** [em linha]. Porto: Faculdade de Ciências Humana e Sociais, Universidade Fernando Pessoa. 2009. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde. [consultado a 23 Ago. 2010] Disponível em WWW: <URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1092/3/sarasilva.pdf>

SILVA, T. [et al.] (b) – Avaliação da utilização de recursos reabilitacionais em pacientes com dor crónica. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

SILVESTRE, António Luís – “ **Análise de dados e estatística descritiva**”. Escolar editora. 2007. ISBN: 9789725922088

SILVESTRE, Jorge A; NETO, Milton M.C.- Abordagem do idoso em programas de saúde da família [em linha]. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Vol.19, nº.3, (Jun.2003), p.839-47 [consultado a 22 Set. 2010] Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016

SIMÃO, Ana Rita Esteves – **Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório** [em linha]. Lisboa: Faculdade de psicologia e de ciências da educação – Universidade de Lisboa. 2009. Dissertação em Mestrado integrado em psicologia. [consultado a 23 Jan .2011] Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2169/1/22353_ulfp034915_tm.pdf

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda. In: Brunner & Suddarth – **A enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.2419

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa [em linha]. Revista de Saúde Pública, São Paulo, Vol..37, n.3, 2003, p. 364-71. [consultado a 22 Set. 2010] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>.

SOUZA, L.A.F. [et al.] (a) – Educação em saúde como ferramenta de prevenção primária nas lombalgias. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Liga Acadêmica de Dor e Cuidados Paliativos. HC- FMUFG, Goiânia, GO. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

SOUZA, L.A.F. [et al.] (b) – Perfil de automedicação para alívio da dor entre idosos da região centro – oeste do Brasil. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

SOUSA, L.H.A., SILVA, A.L.M.da, SILVA, A.K.B. – Aspectos algícos de idosos com câncer assistidos em ambulatório de dor oncológica. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA. Brasil. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

SREDNI, S. [et al.] – Amostragem sobre comportamento da dor na população que procura informação sobre o tema dor em São José dos Campos e Jacareí. **In 9º Congresso Brasileiro de Dor, Outubro 2010**. Vale sem Dor, São José dos Campos, S. [CD-ROM]. [Fortaleza, Brasil]

TAMBORELLI, Vanessa [et al.] – O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais [em linha]. Geriatria e Gerontologia. Vol.4, nº3, 2010 p. 146-153 [consultado a 19 Fev. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.geriatria-gerontologia.com.br/opapeldaenfermagemefisioterapia.pdf>

TARRIO, Emílio Branco – Abordagem da Dor em Cuidados Primários, Revisfarma. Edições Médicas. Lda. 2006, p.1-22.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen – fisiopatologia da dor aguda e crónica. Cap.2, p.9-24. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manuel para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, cop 2007. 562 p. ISBN 85-7379-850-5

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen [et al.] – Epidemiologia clínica da dor. Cap.1, p.1-8. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manuel para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, cop 2007. 562 p. ISBN 85-7379-850-5

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e OKADA, Massako – Dor neuropática periférica. Cap.30, p.277-284. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen - **Dor: Manuel para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, cop 2007. 562 p. ISBN 85-7379-850-5

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e YENG, Lin Tchia – avaliação da dor. Cap.3, p.25-38. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manuel para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, cop 2007. 562 p. ISBN 85-7379-850-5

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen e TEIXEIRA, William Gemio Jacobsen – Princípios gerais da terapêutica da dor aguda e crónica. Cap.6, p.59-64. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manuel para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, cop 2007. 562 p. ISBN 85-7379-850-5

TRATAMENTO DA DOR. Série Incrivelmente Fácil. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2006. 359 p. ISBN 85-277-1150-8

TWADDLE, Martha L.; COOKE, Kelly J. – Avaliação da dor e síndromes dolorosas comuns.p.10-20. In ROENN Jaime H.Von, PAICE Judith A. e PREODOR Michael E., 2008, **Current Diagnóstico e Tratamento da Dor**. Rio de Janeiro: McGraw- Hill Interamericana do Brasil ISBN: 978-85-7726-054-6. p.346

USUAL, Alessandra B. [et al.] – Necessidades sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais [em linha]. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte. Vol.42, nº1, (Jan./Mar. 2006) p.65-80. [consultado a 16 Mar. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=457325&indexSearch=ID>.

VASCONCELOS, Francisca de F., [et al.] – Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza – CE [em linha]. Acta Paul Enfermagem. Vol 18, nº2, 2005, p. 178-83. [consultado a 17 Mar. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a10v18n2.pdf>

VAZ, Célia R.O.T. – **Satisfação dos doentes idoso face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência** [em linha]. Lisboa: Universidade Aberta, Junho 2008. VI Mestrado de Comunicação em Saúde - [consultado a 23 Jan. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>

YENG, Lin Tchia; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; Jr. Nestor C. Truite – Semiologia e exames complementares. Cap.4, p.39-52. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen - **Dor: Manuel para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, cop 2007. 562 p. ISBN 85-7379-850-5

WALL, Patrick – **Dor a Ciência do Sofrimento**. Editora Âmbar, Porto: Ideias no papel, S:A; 2002. ISBN: 972-43-0540-6

WHELAN CT, JIN L, MELTZER D. – Pain and satisfaction with pain control in hospitalized medical patients: no such thing as low risk [em linha]. Arch intern med Department of Medicine, University of Chicago, Chicago Vol.164, nº 2, (26 Jan. 2004), p. 175-80. [consultado a 14 Out. 2010] Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14744841>.

ANEXOS

ANEXO 1

Operacionalização de variáveis em estudo

Segundo Fortin (2006) a operacionalização de variáveis é importante porque estabelece a maneira como as variáveis devem ser medidas e manipuladas.

> Factores sócio-demográficos

Este grupo de variáveis é constituído por 10 questões, procurando obter dados de natureza pessoal, que caracterizem o idoso, quanto ao sexo, idade, local de residência, estado civil, escolaridade, coabitação, situação laboral, tipo de reforma, rendimento mensal e se professa alguma religião.

- Sexo, sendo uma variável dicotómica, foi operacionalizada da seguinte forma: sexo masculino e sexo feminino.
- Idade, corresponde ao número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à época em que se fala (diciopédia, 2003). Esta foi operacionalizada com base numa pergunta aberta, onde se pedia a idade do idoso. Para mensurar esta variável elaborámos uma pergunta aberta à qual o inquirido responde com um número inteiro. Posteriormente foram elaborados grupos etários: 65-75; 76- 86; 87-97 e superior a 97. Segundo a OMS “idoso é todo o indivíduo com 65 anos ou mais, independentemente do sexo ou estado de saúde”. A distribuição das idades por classes, teve por base a idade cronológica, e segundo alguns gerontólogos esta pode dividir-se em “idosos jovens”, “idosos médios”, “idosos velhos” e “idosos muito velhos”.
- Local de residência, diz respeito ao local onde se habita, rural diz respeito a aldeias e vilas, meio urbano diz respeito a cidades, esta variável foi operacionalizada através de uma **pergunta aberta**, onde se perguntava ao idoso se habita no meio rural ou urbano.
- Estado civil, diz respeito à relação que se estabelece com os outros a nível afectivo, esta variável foi operacionalizada com base numa pergunta mista, e foi categorizada em Casado/a, Solteiro/a, Viúvo/a, Divorciado/a.
- Habilitações literárias, segundo Henriques (2004), refere-se ao grau de qualificação académica através da escolaridade geral tendo-se organizado em grupos homogéneos em função das grandes etapas do ensino, para se operacionalizar esta variável, subdividimos esta em: analfabeto; sabe ler e escrever; ensino básico; antigo ciclo preparatório; ensino secundário; curso médio e curso superior.

- Coabitação, diz respeito aqueles que vivem juntos, habitam o mesmo espaço físico e residência (fundação calouste gulbenkian, 2001). Foi operacionalizada em: só, companheiro(a), filhos, outros familiares e amigos, ou outro (instituições).
- Situação laboral, esta variável diz respeito à situação profissional da pessoa e foi operacionalizada através da categorização seguinte: empregado, desempregado, reformado.
- Profissão que exerce ou exerceu foi categorizada segundo a escala de Graffar (1º,2º,3º,4º e 5º).
- Tipo de reforma, diz respeito ao benefício concedido ao segurado da Previdência Social que atingir a idade considerada de risco social. A matéria é regulamentada pela Lei 8.213/91, arts. 48 a 51; e pelo Regulamento da Previdência Social, Decreto 3048/99, arts. 51 a 55.; e tem o objectivo garantir ao segurado a sua manutenção e de sua família em caso de idade avançada do mesmo.
- Rendimento mensal actual, refere-se ao montante que se recebe periodicamente resultante de remunerações por uma actividade (Lei n.º7/2009 de 12 de Fevereiro no seu artigo 258), é um direito pelo que se trabalhou, ou trabalha, ou ainda por danos ou lesões que comprometem a saúde e qualidade de vida. E foi operacionalizada em : < 200 €/mês, entre 200 e 500 €/mês, 500 a 1000 €/mês e > 1000 €/mês.
- Religião, diz respeito a crenças que cada um tem, esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta aberta, onde se perguntava se professava alguma religião: sim ou não, e em caso afirmativo qual. Subdividida em católica ou sem religião.

>Factores Situacionais dos Idosos

Constituído por 2 perguntas, uma de escolha múltipla onde se pedia ao idoso para se definir como tal. Outra, questionava o idoso sobre os seus sentimentos em relação á solidão e sua duração. Foi importante colocar estas 2 questões pois com base na fundamentação teórica, ressalta a ideia clara que os idosos com dor isolam-se e preferem a solidão.

>Percepção da situação clínica face à dor

- Doença ou situação clínica que origina dor, é o estado do organismo em que existem alterações anatómicas ou perturbações funcionais que o afastam das condições normais. Para operacionalizar esta variável, agrupamos as patologias por foros da área

médica, os quais seleccionamos os seguintes: foro músculo-esquelético e ortopédico; oncológico, neurológico e cirúrgico.

- Região onde sente dor, esta variável foi operacionalizada agrupando as regiões anatómicas em: cabeça e pescoço; tronco, membros superiores, membros inferiores.
- Há quanto tempo sente dor, solicitava-se uma resposta em meses ou anos: contudo, na operacionalização da mesma foi agrupada em períodos de tempo: inferior a 1 mês, 1 a 3 meses, 3 a 12 meses e superior a 12 meses.
- Tipo de dor, esta variável foi operacionalizada face à duração da mesma em aguda ou crónica.
- Que estratégia de tratamento utiliza no alívio da dor, esta questão poderia ter mais que uma opção, tendo como indicadores de mensuração: terapêutica medicamentosa, acupunctura, intervenção cognitivo comportamental, acompanhamento psiquiátrico, programa de reabilitação, e outra que não se enquadra em nenhuma das anteriores.
- Acesso aos cuidados de saúde, segundo legislado pela Entidade Reguladora da Saúde (2003) refere “assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde”. Para operacionalizar esta variável no nosso estudo apenas verificamos se os idosos tinham ou não acesso aos mesmos, através de uma única resposta: sim ou não.
- Programa de reabilitação, entendemos a aplicação de um conjunto de técnicas específicas de reabilitação sensorio-motora e cognitiva, desenvolvidas por uma equipa de reabilitação, a fim de recuperar e reintegrar a pessoa à sociedade mediante o treino e adaptação às suas potencialidades, para um grau o maior possível de autonomia pessoal e consequente interacção social. Ainda relacionada com esta questão, foi colocada outra no sentido de saber quem realizou o programa de reabilitação, tendo como indicador de mensuração: enfermeiro, fisioterapeuta ou outro. De que forma contribuiu para o alívio da dor, foi operacionalizado em: muito, pouco, nada e não sei.
- Se a dor surge mais num determinado horário, foi operacionalizado, através de uma resposta: sim ou não. Se sim, foi medido em dia ou noite.
- A dor compromete as AVD'S, esta questão tinha apenas uma resposta: sim ou não. Se sim, a resposta seguinte poderia ser escolha múltipla, ou seja, os idosos poderiam assinalar tantas respostas quanto as sentidas. Para se operacionalizar esta variável,

usou-se 6 itens: higiene e utilização WC; alimentação; vestir/despir; controlo de esfíncteres; mobilização e deambulação e sono e repouso.

> Escala de Satisfação com o tratamento da dor

A escala escolhida para este estudo, é da autoria de Evans *et al.* (2004), surgiu da adaptação do modelo original designado por PTSS (*Pain Treatment Satisfaction Scale*). É importante referir que apesar de ser desenvolvida e validada para a população dos Estados Unidos, esta foi adaptada em 2009, após rigorosa metodologia científica, por um grupo de investigadores para a população portuguesa, com vista a analisar várias vertentes, factores provenientes, atenuantes ou que exacerbam a dor. Tem como objectivo principal avaliar o grau de satisfação com o tratamento da dor. A escala é constituída por 60 itens, sendo que o primeiro diz respeito à percepção que o idoso tem sobre a sua saúde, os itens 2 a 6 avaliam a intensidade da dor em diferentes momentos, os itens 27 a 35 avaliam qual o modo de administração da medicação para a dor, os itens de 56 a 60 avaliam outras características da medicação, encontrando-se os restantes distribuídos em 5 dimensões como se pode observar:

Quadro 1 – Dimensões da escala final – ESTD

ESCALAS	ITENS
Informação sobre dor e seu tratamento	7 a 11
Cuidados médicos	12 a 18
Actual medicação para a dor	19 a 26
Efeitos Secundários da Medicação	36 a 47
Satisfação com a actual medicação para a dor e tratamento:	
Sub-escala -características da medicação	48 a 50
Sub-escala da eficácia	51 a 53

Fonte: Isabel Dias (2010)

Para operacionalizar estas variáveis, foram utilizadas escalas tipo likert de 5 pontos. No primeiro item (estado de saúde excelente corresponde a 1 e um estado mau corresponde a 5); na escala de informação sobre dor e tratamento o item 3 é o de maior satisfação, nas escalas de cuidados médicos, actual medicação para a dor, medicação para a dor e modo de administração, satisfação com actual medicação e outras características da medicação, corresponde, a níveis de satisfação o 1 e 2. Só a escala dos efeitos secundários é do tipo likert a 6 pontos (0 a 5) sendo que 0 e 1 correspondem ausência de efeitos secundários associados à medicação.

ANEXO 2



CONSENTIMENTO INFORMADO

Sou enfermeira e aluna da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e Mestrado em Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, e realizo actualmente um trabalho de investigação, relacionado com “**A Dor no Idoso**”.

Pretendo a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue. É apresentado de forma simples e não despenderá muito tempo no seu preenchimento.

Se aceitar colaborar, peço que responda com sinceridade a todas as questões para que as conclusões do estudo possam retratar a realidade da dor nos idosos. Quanto maior for a taxa de resposta ao questionário, maior e mais representativo será o seu contributo para o tratamento de dados.

É muito importante que leia atentamente as perguntas e **responda a todas as questões.**

Os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e o seu tratamento nunca será individualizado, servirão apenas para fins de análise estatística.

Para efeitos legais é exigido, para o uso dos dados contidos neste questionário, que autorize por escrito a sua utilização. Peço portanto que o faça através de uma assinatura e/ou rubrica no espaço a seguir, destinado para o efeito.

Assinatura: _____

No final do preenchimento deve:

- ✓ Destacar o consentimento informado, devidamente assinado, do questionário.
- ✓ Colocar o questionário dentro do envelope disponibilizado e selá-lo

Desde já agradeço a sua preciosa colaboração!

Isabel Maria Gouveia Pereira Dias

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU****Escola Superior de Saúde de Viseu****UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO****ÁREA CIENTÍFICA:** Enfermagem de Reabilitação**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Professora Rosa Maria Lopes Martins**INVESTIGADORES COLABORADORES:** Isabel Maria Gouveia Pereira Dias**CURSO:** III Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação /
I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS****DOMÍNIO DE INVESTIGAÇÃO
A DOR NO IDOSO****INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

Caro(a) Participante, antes de responder às questões que integram este questionário, gostaria de informá-lo(a) que:

- ✓ O presente estudo insere-se numa investigação acerca da Dor no Idoso.
- ✓ Gostaria de pedir a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue, agradecendo os comentários e as sugestões que, por ventura, lhe pareçam adequadas para melhorar a compreensão da problemática em estudo.
- ✓ Este questionário é apresentado de forma simples e não despendará muito tempo no seu preenchimento.
- ✓ Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que, tentando ser o mais honesto/ sincero possível, responda de acordo com a sua opinião a todas as questões.
- ✓ Os resultados destinam-se, apenas e só, à elaboração desta investigação elaborada no âmbito III Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pelo que as suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, para fins estatísticos.
- ✓ Será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário, apenas e só no consentimento informado por questões legais e maior fiabilidade.

Muito Obrigado

VISEU, 2010



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu

ÁREA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Espaço destinado à Equipa de Investigação:

N.º Questionário: _____

Consentimento Informado? Sim **Não**

Data da Colheita de Dados ____ / ____ / ____

SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor se adequa à sua situação pessoal

1. Sexo: M F

2. Idade: ____ anos.

3. Local de Residência:

Rural

Urbano

4. Estado Civil:

Casado/a

Solteiro/a

Viúvo/a

Divorciado/a

5. Habilitações Literárias

Analfabeto

Sabe ler e escrever

Ensino Básico (1º- 4º Ano/Antiga 4ªClasse)

Antigo Ciclo Preparatório

Ensino Secundário

Curso Médio

Curso Superior

Outro (S) _____

6. Com quem Vive:

Sozinho(a)

Com conjugue / companheiro (a)

Com filho(a)s

Com outros familiares/ amigos

Outros _____

7. Situação Laboral:

- Empregado **Profissão:** _____
- Desempregado
- Reformado **Profissão que exercia:** _____

8. Tipo de reforma:

- Limite de idade
- Pensão social
- Pensão conjugue
- Invalidez
- Regime especial rural

9. Rendimento Mensal Actual

- Inferior a 200 €uros líquidos mensais
- Entre 200 e 500 €uros líquidos mensais
- Entre 500 a 1000 €uros líquidos mensais
- Superior a 1000 €uros líquidos mensais

10. Professa alguma religião? Sim Não

Se sim: 10.1 Qual? _____

11. Para si, ser idoso é: (escolha no máximo duas respostas)

- Ser dependente
- Ter experiência, sabedoria
- Ser inútil, não produtivo
- Ter idade avançada
- Necessitar de atenção e afectos
- Solidão/ tristeza

12. No seu dia-a-dia sente se só? Sim Não

- Se sim** 12.1 Quantas horas passa sozinho por dia: * menos de 8h
- * entre 8 – 16h
- * entre 16 a 24h

SECÇÃO B – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1. Qual a doença (situação clínica) que está na origem da sua dor? _____
2. Em que região(ões) anatómica(s) (local) sente dor? _____
3. Há quanto tempo sente dor? ____ Anos / ____ Meses
4. Tipo de Dor: Aguda Crónica
5. Que estratégia de tratamento utiliza para aliviar a dor: (assinale a opção principal com uma X e as outras opções com uma ✓)

Terapêutica Medicamentosa	<input type="checkbox"/>	Acupunctura	<input type="checkbox"/>
Intervenção Cognitivo-Comportamental	<input type="checkbox"/>	Acompanhamento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>
Programa de Reabilitação	<input type="checkbox"/>	Outras _____	<input type="checkbox"/>
6. Tem acesso fácil aos serviços de saúde? Sim Não
7. Está a realizar ou já realizou um Programa de Reabilitação para o tratamento da dor?
 Sim Não

Se sim: 7.1. Quem realizou o programa de reabilitação? Enfermeiro de Reabilitação
 Fisioterapeuta
 Outro

7.2. De que forma contribuiu e/ou contribui para o tratamento da dor: - Muito
 - Pouco
 - Nada
 - Não sei
8. A dor surge mais frequentemente, num determinado horário? Sim Não

Se sim, surge mais durante: Dia Noite
9. A dor compromete as suas actividades de vida diária (AVD'S)? Sim Não

Se sim, quais as mais afectadas: - Higiene / utilização WC
 - Alimentação
 - Vestir/despír
 - Controle de esfíncteres
 - Mobilização /deambulação
 - Sono/ repouso
10. A dor que sente limita – lhe a sua actividade social com família, vizinhos, amigos ou grupos? Sim Não

SECÇÃO C – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO DA DOR
(*Pain Treatment Satisfaction Scale – Evans et al., 2004*)

Geral

1. Em geral sente que a sua saúde é: (assinalar uma resposta)

1	2	3	4	5
Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Má

As perguntas seguintes referem-se ao nível de dor que sofre. Numa escala de 0 a 10, com 0 a representar “Sem Dor” e 10 a representar “Pior Dor Possível”, por favor assinale o número que representa:

2. Quanta dor sentiu na **última semana**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor					Pior Dor Possível					

3. Quanta dor sentiu nas **últimas 24 horas**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor					Pior Dor Possível					

4. Quanta dor sente **neste momento**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor					Pior Dor Possível					

5. O nível de dor que sente antes de **pedir** medicação ao seu médico.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor					Pior Dor Possível					

6. O nível de dor que sente antes de **tomar** a sua medicação.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor					Pior Dor Possível					

Informação sobre Dor e o seu Tratamento

As perguntas seguintes referem-se **à sua dor e ao seu tratamento**. Por favor responda a cada pergunta assinalando com um X, de acordo com a sua opinião (assinale apenas um quadrado por pergunta):

Quanta informação gostaria de ter recebido sobre o seguinte:	Gostaria de ter tido muito mais informação.	Gostaria de ter tido um pouco mais de informação	A informação dada foi suficiente para mim	Gostaria de ter tido menos informação	Gostaria de não ter tido informação
7. A minha doença ou lesão.	1	2	3	4	5
8. A(s) causa(s) da minha dor.	1	2	3	4	5
9. Opções de tratamento para a minha dor.	1	2	3	4	5
10. Medicação para a dor, em geral.	1	2	3	4	5
11. Possíveis efeitos secundários da medicação para a dor.	1	2	3	4	5

Cuidados Médicos

As perguntas seguintes referem-se aos **cuidados médicos** que lhe são prestados. Por favor responda a cada questão abaixo, assinalando com um X o que melhor representa a sua opinião (assinale apenas uma opção por cada pergunta):

Quanto concorda ou discorda com os seguintes afirmações:	Concordo inteiramente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo plenamente
12. É fácil colocar questões à equipa de pessoal médico.	1	2	3	4	5
13. A equipa de pessoal médico faz sempre o seu melhor para que eu não me preocupe.	1	2	3	4	5
14. A equipa de pessoal médico está disposta a dar-me a medicação para a dor.	1	2	3	4	5
15. A equipa de pessoal médico fornece o cuidado continuado adequado.	1	2	3	4	5
17. A informação que recebi sobre a dor e o seu tratamento.	1	2	3	4	5
18. O tempo que os médicos me dedicam durante as visitas/consultas.	1	2	3	4	5
19. O cuidado prestado pelos enfermeiros em relação à minha dor e ao seu tratamento.	1	2	3	4	5

Actual Medicação Para a Dor

As perguntas seguintes referem-se à sua **actual Medicação para a Dor**. Por favor responda a cada questão abaixo, assinalando com um X o que melhor representa a sua opinião (assinale apenas uma opção por cada pergunta):

Quanto concorda ou discorda com os seguintes afirmações:	Concordo inteiramente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo plenamente
20. A minha medicação para a dor tem um efeito positivo na minha saúde física .	1	2	3	4	5
21. A minha medicação para a dor ajuda-me a ter uma melhor perspectiva da vida .	1	2	3	4	5
22. A minha medicação para a dor permite que eu execute as minhas tarefas diárias mais facilmente.	1	2	3	4	5
23. A minha medicação para a dor permite-me participar em actividades de lazer com mais frequência.	1	2	3	4	5
24. A minha medicação para a dor ajuda-me a desenvolver tarefas com mais independência .	1	2	3	4	5
25. A minha medicação para a dor permite-me relacionar melhor com os outros .	1	2	3	4	5
26. A minha medicação para a dor melhora a minha disposição .	1	2	3	4	5
27. A minha medicação para a dor ajuda-me a concentrar melhor.	1	2	3	4	5

Medicação Para a Dor – Modo de Administração

Como é administrada a sua actual medicação para a dor?

(Por favor assinale todos os que se apliquem e complete as respectivas secções)

- **Oralmente** (comprimidos, cápsulas, líquido, etc.) ----- >>>> Ir para Secção A
- Através de **injecções intravenosas** ----- >>>> Ir para Secção B
- Através de **pensos** ----- >>>> Ir para Secção C

Secção A

PARA SER RESPONDIDO POR PACIENTES QUE TOMEM MEDICAÇÃO ORAL
PARA A DOR

Quanto concorda ou discorda com os seguintes afirmações:	Concordo inteiramente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo plenamente
28. A minha medicação ORAL para a dor é fácil de engolir.	1	2	3	4	5
29. A minha medicação ORAL para a dor deixa um travo no final.	1	2	3	4	5

Secção B

PARA SER RESPONDIDO POR PACIENTES QUE TOMEM MEDICAÇÃO
INTRAVENOSA (IV) PARA A DOR

Quanto concorda ou discorda com os seguintes afirmações:	Concordo inteiramente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo plenamente
30. A minha medicação IV para a dor actua rapidamente.	1	2	3	4	5
31. A minha medicação IV para a dor dói quando é injectada.	1	2	3	4	5
32. As minhas injecções IV deixam muitas nódoas negras.	1	2	3	4	5

Secção C

PARA SER RESPONDIDO POR PACIENTES QUE TOMEM MEDICAÇÃO PARA A
DOR ATRAVÉS DE PENSOS

Quanto concorda ou discorda com os seguintes afirmações:	Concordo inteiramente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo plenamente
33. A minha medicação para a dor através de pensos provoca irritações na minha pele.	1	2	3	4	5
34. A minha medicação para a dor através de pensos é fácil de aplicar.	1	2	3	4	5
35. A minha medicação para a dor através de pensos é fácil de retirar.	1	2	3	4	5
36. A minha medicação para a dor através de pensos cai facilmente.	1	2	3	4	5

Efeitos Secundários da Medicação

As seguintes afirmações inquiram sobre os **efeitos secundários** da sua actual medicação para a dor. Por favor responda a cada questão abaixo, assinalando com um X o que melhor representa a sua opinião (assinale apenas uma opção por cada pergunta):

Devido à sua medicação para a dor, em que medida se sentiu incomodado/a pelo seguinte:	Não sentiu este efeito	Não sentiu qualquer incómodo	Sentiu-se um pouco incomoda- do/a	Moderadament e incomoda - do/a	Bastante incomoda - do/a	Extremamente incomoda - do/a
37. Ganho de peso involuntário	0	1	2	3	4	5
38. Fadiga excessiva	0	1	2	3	4	5
39. Sonolência	0	1	2	3	4	5
40. Incapacidade de concentração	0	1	2	3	4	5
41. Náusea	0	1	2	3	4	5
42. Diarreia	0	1	2	3	4	5
43. Tonturas	0	1	2	3	4	5
44. Obstipação	0	1	2	3	4	5
45. Alergias na pele	0	1	2	3	4	5
46. Dores de estômago	0	1	2	3	4	5
47. Azia	0	1	2	3	4	5
48. Vômitos	0	1	2	3	4	5

Satisfação com a actual Medicação para a Dor e Tratamento

As seguintes afirmações inquiram sobre a sua satisfação em relação à sua **actual medicação para a dor e tratamento que recebe**. Por favor responda a cada questão abaixo, assinalando com um X o que melhor representa o seu nível de satisfação (assinale apenas uma opção por cada pergunta).

Quão satisfeito está com cada um dos seguintes aspectos:	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
49. A forma da sua medicação (por exemplo, comprimido, cápsula, penso ou injeção).	1	2	3	4	5
50. Quantas vezes toma a sua medicação.	1	2	3	4	5
51. A quantidade de medicação para a dor que toma.	1	2	3	4	5
52. O tempo que a sua medicação para a dor demora a actuar.	1	2	3	4	5
53. O nível ou quantidade de alívio da dor fornecido pela sua medicação.	1	2	3	4	5
54. A duração do alívio da dor fornecido pela sua medicação.	1	2	3	4	5

55. **Em geral**, quão satisfeito/a está com a sua actual medicação para a dor?

1.	2.	3.	4.	5.
Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito

56. **Em geral**, como é que o seu **nível de alívio da dor** vai de encontro às suas expectativas de alívio da dor?

1.	Excede largamente as minhas expectativas
2.	Excede um pouco as minhas expectativas
3.	Vai ao encontro das minhas expectativas
4.	Não vai muito ao encontro das minhas expectativas
5.	Não vai nada ao encontro das minhas expectativas

57. Pensa que a sua actual medicação para a dor **poderia ser** mais eficaz no alívio da sua dor?

1.	2.	3.	4.	5.
Sim, definitivamente	Provavelmente sim	Não sei	Provavelmente não	Definitivamente não

58. Gostaria de **continuar** a tomar a sua actual medicação para a dor?

1.	2.	3.	4.	5.
Sim, definitivamente	Provavelmente sim	Não sei	Provavelmente não	Definitivamente não

59. Algumas pessoas dizem que ficam nervosas ao pensar que têm de tomar medicação por um **curto período de tempo**. Por favor escolha a descrição mais exacta do estado de nervosismo que sente ao tomar a sua actual medicação para a dor durante um curto período de tempo.

1.	2.	3.	4.	5.
Nada nervoso	Um pouco nervoso	Moderadamente nervoso	Muito nervoso	Extremamente nervoso

60. Algumas pessoas dizem que ficam nervosas ao pensar que têm de tomar medicação por um **longo período de tempo**. Por favor escolha a descrição mais exacta do estado de nervosismo que sente ao tomar a sua actual medicação para a dor durante um longo período de tempo.

1.	2.	3.	4.	5.
Nada nervoso	Um pouco nervoso	Moderadamente nervoso	Muito nervoso	Extremamente nervoso

61. Alguma vez tomou outra medicação para a dor?

1.	2.
Sim	Não


Se sim, e no geral, como compararia a sua actual medicação para a dor com a outra?

1.	Esta medicação é muito melhor que a outra.
2.	Esta medicação é um pouco melhor que a outra.
3.	Esta medicação é mais ou menos igual à outra.
4.	Esta medicação é pior que a outra.
5.	Esta medicação é muito pior que a outra.

O preenchimento do questionário terminou.

Obrigado pela sua colaboração...

ANEXO 3



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

*Autorização a
realização da
colheita de
dados em 2/7/10*

ACES da Cova da Beira
Coordenador Da UCSI
Tortosendo
(Dr. Carlos Duarte)

R. L. João Gasparino Gomes de Almeida, nº 02
3000-843 VISEU
Tel. 232 419 100
Telex 681 01 000
Fax 232 428 243

Exmo. Senhor,
Director do Centro de Saúde do Tortosendo
Largo da Feira
6200-725 Tortosendo

VUSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: 755	Data: 30/08/2010
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXECUTAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Trabalho de Pesquisa Científica em Enfermagem de Reabilitação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna (Isabel Maria Gouveia Pereira Dias) do 3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A DOR NO IDOSO", cujo objectivo principal é identificar os factores determinantes e mais significativos, do dor no idoso e a sua influência na vida diária e convivência social, bem como as dificuldades em minimizá-la e estratégias de alívio adoptadas.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digno autorizar a realização da colheita de dados/informação, programada para o período de Setembro/Octubro de 2010.

O exemplar do Instrumento de Colheita de Dados, será entregue em mão própria pela investigadora.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se enquadrem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419700 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Gratos pela atenção e disponibilidade que possam prestar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

Com os nossos cumprimentos.

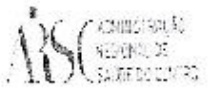
O Presidente da ESSV
[Assinatura]
Prof. João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

Site: www.essv.ipv.pt • E-mail Geral: essv@ipp.ipv.pt • E-mail Secreçaria: trabalho.academico@essv.ipv.pt

Na pesquisa indicada a sua referência, em caso off-line tratar-se de um assando

✓

Prof. Rosa



Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Tortosendo

Ex.º Sr. Presidente
Escola Superior de Saúde de Viseu
Prof. João Carvalho Duarte
R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

✓

Sua referência	Sua comunicação	Data	Nossa referência	Data
			133/2010	07/09/2010

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Conforme solicitação no vosso Ofício nº 755 de 30/08/2010, foi autorizada a investigação e colheita de dados, desejando votos de maiores êxitos.

Com os melhores cumprimentos.

l-d
Atos conhecimentos
de coordenador de investigação
[Signature]

O Coordenador
ACES da Cova da Beira
O Coordenador Da DCSP
Tortosendo
[Signature]
[Signature]
(Dr. Carlos Abreu)



05/10/10



ENVIADO A
 D.ª Rosa Saraiva
 [Handwritten signature]

Parecer:	Despacho: [Handwritten signature] 23.07.2010
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº58/2010 - "A dor no idoso"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração DE: Núcleo de Investigação	N.º 67/2010 Data 27/10/2010
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Isabel Maria Gouveia Pereira Dias, aluna da Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, para a realização do projecto de investigação "A dor no idoso", a realizar no Departamento de Cirurgia deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº.23/2010, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, [Handwritten signature]</p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p>[Handwritten signature]</p> <p>(Dr.ª Rosa Saraiva)</p>	

