

Vera Lúcia Barbosa de Almeida

A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas



Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Relatório Final, sob orientação da Professora Doutora Conceição Martins e do Professor Doutor João Duarte.

Novembro de 2015

Resumo

Enquadramento: A dor é considerada o 5º sinal vital e a sua avaliação e registos são obrigatórios, devendo ser sistemáticos. O ineficaz controlo da dor implica complicações no estado clínico dos doentes, tempos de internamento mais prolongados e maiores custos com a saúde. No doente cirúrgico com alterações cognitivas deve ser feita uma heteroavaliação, com base em indicadores comportamentais e/ou fisiológicos.

Objetivos: Determinar a eficiência e eficácia das escalas do Observador, *Abbey Pain Scale* e *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD).

Métodos: Trata-se de uma investigação aplicada, não experimental, quantitativa e descritivo-analítica. Do instrumento de colheita de dados constam dados sociodemográficos e clínicos do doente, a Escala do Observador, a *Abbey Pain Scale* (Rodrigues, 2013) e a PAINAD (Batalha *et al.*, 2012), avaliando a dor num momento inicial e 45 minutos após uma intervenção para alívio da mesma.

Resultados: A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 76 doentes do foro cirúrgico, com alterações cognitivas, internados em serviços de Cirurgia de um hospital central, com idades compreendidas entre 38 e 96 anos. Verificámos correlação positiva entre os resultados das 3 escalas, sendo mais evidente na avaliação inicial. A intensidade da dor, no mesmo sujeito, é superior quando avaliada com a PAINAD (OM = 2,16) e inferior quando avaliada com a Escala do Observador (OM = 1,78).

Conclusão: A escala mais eficaz e eficiente é a PAINAD. Dado o tamanho reduzido da amostra sugerem-se estudos confirmatórios para que possam generalizar-se os resultados.

Palavras-chave

Dor aguda, dor pós-operatória, cognição, cirurgia geral, medição da dor.

Abstract

Background: Pain is considered the 5th vital sign and its measurement/assessment and records are required and must be systematic. Ineffective pain management involves complications in clinical status of patients, longer hospitalization times and higher costs with health. In the surgical patient with cognitive impairments, hetero measurement should be made, based on behavioral and physiological indicators.

Objectives: To determine the efficacy and efficiency of Observer Scale, Abbey Pain Scale and Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).

Methods: It's an applied research, not experimental, quantitative, descriptive and analytical. Data collection instrument consisted on sociodemographic and clinical data of the patient, the Observer Scale, the Abbey Pain Scale (Rodrigues, 2013) and PAINAD (Batalha et al., 2012). We assessed the pain at an early phase and 45 minutes after an intervention for its relief.

Results: The sample is not probabilistic for convenience, consisting of 76 surgical patients, with cognitive impairments, admitted to Surgery services of a central hospital, aged between 38 and 96 years. There was a positive correlation between the results of the three scales, most evident in the initial evaluation. Pain intensity, on the same patient, is higher when assessed with PAINAD (OM = 2.16) and lower when assessed with the Observer Scale (OM = 1.78).

Conclusion: The most effective and efficient scale is the PAINAD. Due to the small sample size, we suggest confirmatory studies so that they can generalize the results.

Keywords

Acute pain, cognition, general surgery, pain postoperative, pain measurement.

Índice	Pág.
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	I
Lista de símbolos	II
Lista de Quadros	III
Lista de Tabelas	IV
Introdução	17
I Parte – Enquadramento Teórico	21
1- A dor – 5º sinal vital	23
1.1- A avaliação da dor.....	24
2- O doente cirúrgico	27
2.1- A avaliação da dor no doente cirúrgico.....	27
3- O doente com alterações cognitivas	29
3.1- A avaliação da dor no doente com alterações cognitivas.....	29
II Parte – Investigação empírica	33
4- Metodologia	35
4.1-Métodos.....	35
4.2-Participantes.....	37
4.3-Instrumentos.....	37
4.3.1- Critérios de operacionalização de variáveis	45
4.4-Procedimentos.....	45
4.5-Análise de dados.....	46
5- Resultados	49
5.1- Análise descritiva.....	49
5.1.1- Caracterização sociodemográfica	49
5.1.2- Caracterização clínica	51
5.1.3- Características da dor	55
5.1.4- Eficiência dos instrumentos em estudo	57
5.1.4.1- Escala do Observador.....	57
5.1.4.2- <i>Abbey Pain Scale</i>	58
5.1.4.3- <i>Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)</i>	61
5.1.5- Eficácia dos instrumentos	64
5.2- Análise inferencial.....	66

6- Discussão	73
6.1- Discussão metodológica.....	73
6.2- Discussão dos resultados.....	74
7- Conclusões	77
Referências Bibliográficas	79
Anexos	81

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Av. – avaliação

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Dp – desvio padrão

Fem. – Feminino

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

K – kurtosis

O.M. – Ordenações médias

Masc. – Masculino

Min. – mínimo

Máx. – máximo

M – média

N – número

Nº - número

P. – página

Pág. – Página

PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia*

Sk – skweeness

UCINCO – Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

UMDC – Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

UMW – U Mann Whitney

vs – *versus*

Lista de símbolos

r – índice de correlação

r^2 – coeficiente de determinação

α - alfa

\pm - mais ou menos

p – probabilidade

% - percentagem

% VE – percentagem de variância explicada

χ^2 – qui quadrado

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Operacionalização das variáveis.....	45

Lista de Tabelas

	Pág
Tabela 1 - Consistência Interna da <i>Abbey Pain Scale</i> , na avaliação inicial e posterior..	40
Tabela 2 - Matriz de Correlação de Pearson entre os itens e entre estes e o score total da <i>Abbey Pain Scale</i>	41
Tabela 3 - Consistência Interna da PAINAD (<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>), na avaliação inicial e posterior.....	43
Tabela 4- Matriz de Correlação de Pearson entre os itens e entre estes e o score total da PAINAD (<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>).....	44
Tabela 5- Estatísticas relativas à idade em função do género.....	49
Tabela 6- Grupos etários em função do género.....	50
Tabela 7- Relação entre o género e o serviço de internamento.....	50
Tabela 8- Relação entre o género e o diagnóstico médico.....	51
Tabela 9- Relação entre o género e o tipo de intervenção cirúrgica.....	52
Tabela 10- Relação entre o género e os antecedentes pessoais de doença.....	52
Tabela 11- Relação entre o género e antecedentes de alterações cognitivas.....	52
Tabela 12- Relação entre o género e a presença dos diagnósticos de enfermagem que justificam a alteração cognitiva atual.....	53
Tabela 13- Relação entre o género e a intervenção farmacológica e não farmacológica para alívio da dor.....	54
Tabela 14- Estatísticas relativas ao analgésico administrado.....	55
Tabela 15- Relação entre o género e a localização anatómica da dor.....	56
Tabela 16- Relação entre o género e a duração da dor.....	56
Tabela 17- Relação entre o género e a tipologia da dor.....	57
Tabela 18- Relação entre o género e o tipo de dor.....	57
Tabela 19- Análise de concordância entre os dois momentos de avaliação, com a Escala do Observador.....	58
Tabela 20- Teste de Wilcoxon nos dois momentos de avaliação da Escala do Observador.....	58
Tabela 21- Estatísticas relativas à intensidade da dor avaliada pela <i>Abbey Pain Scale</i>	59
Tabela 22- Teste de Wilcoxon entre os itens da <i>Abbey Pain Scale</i> , na avaliação inicial e na avaliação posterior.....	59
Tabela 23- Classificação da dor, segundo a <i>Abbey Pain Scale</i> , nos dois momentos de avaliação.....	60

Tabela 24-	Relação entre os dois momentos de aplicação da <i>Abbey Pain Scale</i>	61
Tabela 25-	Teste de t de student com amostras emparelhadas para os dois momentos de avaliação da <i>Abbey Pain Scale</i>	61
Tabela 26-	Estatísticas relativas à intensidade da dor avaliada pela PAINAD.....	62
Tabela 27-	Teste de Wilcoxon entre os itens da PAINAD (<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>), na avaliação inicial e na avaliação posterior.....	62
Tabela 28-	Teste de t de student com amostras emparelhadas para os dois momentos de avaliação da PAINAD (<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>).....	63
Tabela 29-	Prevalência da dor, segundo a classificação da PAINAD, nos dois momentos de avaliação.....	63
Tabela 30-	Relação entre os dois momentos de aplicação da PAINAD.....	64
Tabela 31-	Estatísticas relativas à intensidade da dor (em percentagem) na avaliação inicial, utilizando a Escala do Observador, a <i>Abbey Pain Scale</i> e a PAINAD.....	65
Tabela 32-	Estatísticas relativas à intensidade da dor (em percentagem) na avaliação posterior, utilizando a Escala do Observador, a <i>Abbey Pain Scale</i> e a PAINAD.....	65
Tabela 33-	Matriz de Correlação de Pearson entre os scores totais da Escala do Observador, <i>Abbey Pain Scale</i> e da PAINAD, na avaliação inicial e posterior.....	66
Tabela 34-	Teste de Friedman entre os resultados da avaliação da dor, na avaliação inicial, com a Escala do Observador, a <i>Abbey Pain Scale</i> e a PAINAD.....	67
Tabela 35-	Teste de Wilcoxon entre as avaliações iniciais das 3 escalas.....	67
Tabela 36-	Teste de Friedman entre os resultados da avaliação da dor, na avaliação posterior, com a Escala do Observador, a <i>Abbey Pain Scale</i> e a PAINAD.....	68
Tabela 37-	Teste de Wilcoxon entre as avaliações posteriores das 3 escalas.....	68
Tabela 38-	Relação entre o diagnóstico médico e a intensidade da dor, avaliada pelas 3 escalas.....	69
Tabela 39-	Relação entre a localização anatómica da dor e a sua intensidade avaliada pelas 3 escalas.....	70
Tabela 40-	Relação entre a tipologia da dor e a sua intensidade avaliada pelas 3 escalas.....	71
Tabela 41-	Relação entre o tipo de dor e a sua intensidade avaliada pelas 3 escalas.....	72

Introdução

A problemática de estudo empírico que identificámos prende-se com o facto de não ser feita uma correta avaliação, gestão e registo da dor dos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas. Existem escalas devidamente validadas para a população portuguesa e cuja utilização é de carácter obrigatório. Trata-se da Escala Numérica, que é aconselhada pela Ordem dos Enfermeiros e pela Direção Geral de Saúde. Por sua vez, é de conhecimento de todos os enfermeiros que a dor é considerado o 5º sinal vital e, como tal, deve ser avaliado frequente e sistematicamente e o seu resultado deve ser registado de igual forma como para os outros sinais vitais.

No contexto de trabalho onde nos inserimos, a avaliação da dor no grupo específico de doentes cirúrgicos com alterações cognitivas é feita apenas com recurso à Escala do Observador, que é uma escala de heteroavaliação, unidimensional, baseada apenas na opinião do avaliador. Parece-nos insuficiente e demasiado redutor.

Foi feito o reconhecimento do estado de desenvolvimento da arte relativamente a este tema. Alguns autores têm documentos publicados acerca desta temática e algumas escalas de avaliação da dor são sugeridas. Contudo, a dúvida surge: das escalas existentes para avaliação da dor, qual a mais adequada para usar nos doentes com alterações cognitivas?

Portanto, perante os instrumentos de medida selecionados para este estudo e validados para a população portuguesa, questionamo-nos:

- Qual a eficácia das escalas de avaliação da dor (Escala de Observador, *Abbey Pain Scale* e PAINAD), utilizadas nos doentes com alterações cognitivas, internados em unidades de Cuidados Gerais de Cirurgia e de Cuidados Intermédios?
- Será que a intensidade da dor subjetivamente avaliada nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas difere consoante a escala utilizada?
- Qual a escala que melhor avalia a prevalência da dor da dor em doentes cirúrgicos com alterações cognitivas?

Nesta perspetiva e por forma a procurar dar resposta às questões formuladas, enunciaram-se os seguintes objetivos:

- Determinar a eficácia das escalas de avaliação da dor (Escala de Observador, *Abbey Pain Scale* e PAINAD), utilizadas nos doentes com alterações cognitivas, internados em unidades de Cuidados Gerais de Cirurgia e de Cuidados Intermédios;
- Comparar a intensidade da dor subjetivamente avaliada nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas obtida pelas diferentes escalas;
- Comparar a prevalência da dor em doentes cirúrgicos com alterações cognitivas avaliada pelas três escalas.

Foi então construído o instrumento de recolha de dados, incorporando três dessas escalas: a Escala do Observador (já disponível no programa informático na instituição), a *Abbey Pain Scale* (Rodrigues, 2013) e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) (Batalha et. al, 2012). Cumpridos os requisitos éticos que a circunstância exige, foram colhidos, tratados e analisados os dados.

Por fim, elaborámos o relatório final, incorporando os resultados da investigação na prática de cuidados e delineamos propostas que se traduzam em ganhos em saúde.

Este relatório divide-se em duas partes: o enquadramento teórico e a investigação empírica.

Na primeira parte, é apresentado o estado da arte relativamente a esta temática, nomeadamente a questão da dor como 5º sinal vital, o doente cirúrgico, o doente com alterações cognitivas e as particularidades relacionadas com a avaliação da dor em cada um destes grupos. Os autores consultados confirmam também a nossa opinião, também alegando como imperativo que seja realizada uma correta avaliação e gestão da dor em todos os doentes, de forma sistemática e que o seu resultado seja registado em local próprio, tal como os restantes sinais vitais. É recomendada, sempre que possível, que essa avaliação seja realizada pelo próprio, isto é, que seja uma autoavaliação. O doente cirúrgico requer cuidados específicos, também em relação à dor peri-operatória, que, quando negligenciada, pode levar a complicações no seu estado clínico, bem como ao aumento exponencial dos tempos de internamento e dos custos em saúde. O doente com alterações cognitivas, na sua esmagadora maioria, não é capaz de fazer uma autoavaliação da dor que sente. Por vezes, não tem capacidade sequer de referir que sente dor. Portanto, emerge a necessidade de se utilizarem escalas de heteroavaliação, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais.

Na segunda parte, é apresentada a metodologia utilizada na investigação, os resultados obtidos com a mesma e a sua discussão, terminando com as conclusões, referindo-nos também às limitações do estudo e sugestões.

No subcapítulo referente aos métodos é apresentado o tema, justificada a sua escolha, feita uma introdução à problemática, são também apresentadas as questões de investigação e objetivos, a finalidade e o tipo de investigação realizada. Em relação aos participantes, é identificado o tipo de amostra do estudo e quais os critérios de inclusão na mesma. O subcapítulo seguinte refere-se ao instrumento de recolha de dados, que é dividido em duas partes: a primeira, que se prende com os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, e a segunda, onde constam as três escalas utilizadas, a Escala do Observador, a *Abbey Pain Scale* e a *Pain Assessment in Advanced Dementia*, terminando com a apresentação de todos os itens, as instruções dos respetivos autores para o seu preenchimento e o estudo psicométrico das duas últimas escalas. Quanto aos

procedimentos, é feita referência ao local e datas de recolha de dados e às questões éticas e legais relacionadas com a mesma. No subcapítulo da análise dos dados, são referidos os testes estatísticos utilizados neste estudo.

PARTE I

Enquadramento teórico

1- A dor – 5º sinal vital

A dor constitui uma percepção subjetiva de um fenómeno universalmente conhecido (Kazanowski & Laccetti, 2005, p. 3) e é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (2002, como citado em Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002, p. 5) como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”*.

De acordo com Kazanowski e Laccetti (2005, p. 3), a dor caracteriza-se por vários sinais e sintomas objetivos. Contudo, estes variam de pessoa para pessoa. Portanto, deve ser cuidadosamente avaliada, para um planeamento adequado das intervenções.

Filligim (2000, como citado em Cardoso, 2013, p. 8) aponta diferenças neurofisiológicas, clínicas e psicossociais em relação à percepção do estímulo doloroso em função do género. As diferenças neurofisiológicas apontadas são: mais baixo limiar de dor, tolerância e sensibilidade na mulher; maior sensibilidade aos opióides e medicamentos adjuvantes na mulher. As diferenças clínicas referem-se ao facto da mulher descrever a dor como mais intensa, mais frequente e mais prolongada. As diferenças psicossociais referidas são: diferenças na expressão da dor; diferenças na forma de lidar com a dor; diferenças devidas à interação do doente homem/mulher com os profissionais de saúde; submedicação da dor, mais frequente na mulher do que no homem.

Em 1993, Bendelow publicou um estudo no qual concluiu que os homens demoram mais tempo a admitir que sentem dor e, quando o fazem, recebem mais atenção e mais cuidados pelos profissionais de saúde. Ainda de acordo com o mesmo estudo, as mulheres tendem a ter mais dores de origem psicogénica. (Cardoso, 2013, p. 9)

A dor pode classificar-se de aguda ou crónica, conforme a sua duração. Estes autores referem-se à duração de 6 meses para as diferenciar, ou seja, se inferior a 6 meses trata-se de dor aguda; se durar mais de 6 meses, pode denominar-se dor crónica.

O doente com dor aguda geralmente apresenta “faces contraídas, restrições na mobilidade, atitude de proteção, gemidos ou choro”, exhibe “mudanças na rotina de suas atividades”, “pode ficar ansioso ou agitado”, “evidencia alteração nos valores normais dos sinais vitais, especificamente pulso e respirações”, a tensão arterial “pode aumentar ou diminuir” e “frequentemente apresenta-se pálido e sudorético”. (Kazanowski & Laccetti, 2005, p. 4) Segundo Cardoso (2013, p. 21), a dor aguda decorre da ativação imediata do sistema nociceptivo, geralmente por lesão somática ou visceral, como a dor pós-operatória ou a dor do parto. Tem uma função protetora, pois cria um alerta para uma lesão facilmente localizada e tende a desaparecer, quando tratada a lesão que a origina.

Kazanowski e Laccetti (2005, p. 5) referem ainda que, por outro lado, o doente com dor crónica apresenta “fadiga e isolamento social”, “depressão” e pode apresentar “feições

faciais relaxadas, níveis de ansiedade reduzidos e estado emocional diminuído”. Cardoso (2013, p. 21) diz que a dor crónica é, por si só, uma doença, pois detém uma expectativa de alívio temporário, mas raramente definitivo, pois está frequentemente associada a lesões crónicas e incuráveis, de forma contínua ou intermitente.

1.1- A avaliação da dor

Cardoso (2013, p. 26) considera a dor difícil de quantificar, dada a sua natureza multidimensional, ou seja, a dor física do doente é afetada por variados fatores, como psicológicos, sociais e espirituais.

No entanto, a importância da avaliação e gestão da dor é reconhecida pelas entidades governamentais, pelo que, em 1999, a Direção Geral de Saúde constituiu o Grupo de Trabalho para a Dor, que trabalhando em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, criaram o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que foi aprovado em março de 2001. Foi um trabalho pioneiro, uma vez que, na data em que foi criado, de entre os países europeus, apenas a França tinha um Plano semelhante. Aqui foram redigidas algumas orientações para o controlo da dor e, ainda, os modelos organizacionais para a abordagem da dor em meio hospitalar. Este Plano Nacional de Luta Contra a Dor é orientado por 5 princípios:

1. A subjetividade da dor (a dor é aquela que o doente refere e é feita o alerta para a importância desta avaliação nos doentes com dificuldade ou incapacidade em comunicar);
2. A dor como 5º sinal vital (a dor é um sinal de alarme para diversas alterações da integridade física dos indivíduos e a sua avaliação e registo tornam-se fundamentais e de carácter obrigatório);
3. Direito ao controlo da dor (todas as pessoas têm direito ao alívio da dor e sofrimento, que levará à diminuição das morbilidades que lhe estão associadas);
4. Dever do controlo da dor (todos os profissionais de saúde têm o dever de contribuir sempre para o bem-estar dos doentes, redução da sua morbilidade e humanização dos cuidados de saúde);
5. Tratamento diferenciado da dor (este deve ser feito também nos Cuidados de Saúde Primários e noutros níveis de diferenciação de cuidados, sempre que necessário).

Sendo um sinal vital de carácter subjetivo, a avaliação da dor deve ser feita pelo próprio indivíduo, ou seja, deve ser uma auto-avaliação, sempre que possível. Kazanowski e Laccetti (2005, p. 3) referem que habitualmente a dor caracteriza-se por alguns sinais e sintomas objetivos, mas nem todos os indivíduos os exibirão.

A Direção Geral de Saúde emitiu, a 14/06/2003, uma Circular Normativa (Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003) com indicações precisas acerca do registo sistemático da intensidade da dor em todos os doentes, de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, no mesmo local de registo dos outros sinais vitais, sugerindo para o efeito as seguintes escalas: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” e “Escala de Faces”. Contudo, estas escalas são apenas para utilização em doentes conscientes e colaboradores, com idade superior a três anos.

Segundo Kazanowski e Laccetti (2005, p. 5), a dor não é um fenómeno estático, pelo que fundamentam também a necessidade de avaliações frequentes, com intervalos regulares e registadas de forma clara e completa.

Também em 2008, a Ordem dos Enfermeiros pronunciou-se em relação à temática da Dor, emitindo um Guia Orientador de Boa Prática no dia 14 de junho, que era precisamente o Dia Nacional de Luta Contra a Dor. Neste Guia, existem princípios da avaliação e controlo da dor e recomendações para a prática profissional, baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos. São também sugeridas algumas escalas para alguns grupos de doentes específicos. As escalas para utilização em adultos são as seguintes:

- Escala Visual Analógica (EVA)
- Escala de Avaliação Numérica (EAN)
- Escala Qualitativa (para autoavaliação)
- Escala de Faces *Wong Baker*
- Escala de Faces Revista
- DOLOPLUS 2 (para dor crónica, em pessoas com idade superior ou igual a 65 anos com alterações cognitivas)
- PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia* (todos os tipos de dor, em idosos com demência)
- Questionário MPQ – *MacGill Pain Questionnaire* (para dor crónica, também aplicável à dor aguda, em idades superiores ou iguais a 10 anos)
- Inventário BPI – *Brief Pain Inventory* (para dor crónica, em idades superiores ou iguais a 10 anos)

No Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, é mencionado, na Competência “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, a Unidade de Competência “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em

situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas”. Isto mais uma vez enfatiza a obrigatoriedade da avaliação e registo sistemáticos da dor e a sua importância.

Kazanowski e Laccetti (2005, p. 26-29) referenciam alguns obstáculos à avaliação da dor e que são os seguintes:

- A própria presença de dor, pois diminui o grau de atenção da pessoa e dificulta a comunicação;
- O estado mental do indivíduo, nomeadamente o grau de ansiedade, que pode reduzir a compreensão, a memória e a capacidade de comunicação;
- A confusão, que pode dever-se ao próprio estado fisiológico do doente (hipóxia, hipovolémia, hipotensão arterial, hipoglicémia, desequilíbrios eletrolíticos, efeitos adversos de alguns medicamentos, distúrbios psicológicos ou doença do sistema nervoso central), mudanças na alimentação e estado de nutrição, mudanças no ambiente e rotina, traumatismo e idade (pessoas muito jovens ou idosas);
- O estado físico do doente, como por exemplo, um doente com audição comprometida;
- A escassez de tempo;
- Linguagem, além da diferença de idiomas, o uso de linguagem técnica ou expressões locais que não sejam comuns;
- Cultura, que influencia a valorização e expressão da dor;
- O ambiente, nomeadamente a presença de ruído, interrupções frequentes, falta de privacidade;
- A imperícia na obtenção da história clínica.

Todavia, por tudo o que já foi aqui referido e apesar dos obstáculos, é imperiosa a avaliação da dor dos doentes, realizada pelos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros.

2- O doente cirúrgico

“Cirurgia é uma intervenção invasiva que tem por intenção tratar, controlar, curar ou estabilizar um problema de saúde”. (Kazanowski & Laccetti, 2005, p. 85)

Estes autores são da opinião de que, apesar dos medos relacionados com os riscos inerentes à própria cirurgia, um dos principais medos de uma pessoa que vai ser sujeita a uma cirurgia é o medo de sentir dor.

Nas cirurgias emergentes, o tratamento da dor é essencialmente no pós-operatório. Nas cirurgias eletivas, deve existir uma preparação prévia do indivíduo, no período pré-operatório, educando-o para algumas técnicas de controlo da dor.

“Os objetivos referentes à dor cirúrgica envolvem o tratamento da dor no pré-operatório, a prevenção da sensibilidade ou dor trans-operatória e a prevenção ou alívio da dor pós-operatória durante a recuperação e a reabilitação.” (Kazanowski & Laccetti, 2005, p. 87)

2.1- A avaliação da dor no doente cirúrgico

A avaliação e gestão da dor são de extrema importância no doente cirúrgico, uma vez que é um sintoma determinante da sua condição clínica. Tal como é referido no estudo levado a cabo por Pimenta, Santos, Chaves, Martins e Gutierrez (2001, pp. 181-182), as repercussões do ineficaz controlo da dor no pós-operatório são imensas e danosas para o doente e evolução do seu estado clínico, tais como:

- Dificuldade na ventilação profunda e consequente redução da eliminação de secreções do trato respiratório, o que pode levar a atelectasias e infeções respiratórias;
- Alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, que predispõem o doente à instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e proteico e redução do volume ventilatório;
- Pode estar associada a arritmias cardíacas, atelectasias, pneumonias e depleção proteicocalórica, entre outros;
- Reduz a movimentação e a deambulação precoces, favorecendo o aparecimento de trombose profunda, principalmente em pacientes idosos e naqueles submetidos a cirurgias extensas;
- Interrompe o sono, o que pode resultar em maior desgaste físico, fadiga e menor motivação para cooperar com o tratamento;

- Também contribui para maior tempo de internamento e, conseqüentemente, maiores gastos em saúde.

Já Teixeira (2007, p. 208-209) refere que a dor é um instrumento de alerta e a dor aguda pós-operatória não tratada está associada a diversas complicações:

- Complicações respiratórias (hipoxémia, hipercapnia, atelectasias e pneumonia, por acumulação de secreções);
- Complicações hemodinâmicas (por hiperatividade simpática, pode ocorrer taquicardia, hipertensão arterial, aumento do metabolismo e do consumo de oxigénio cardíaco, que por sua vez aumenta o risco de isquémia e enfarte do miocárdio);
- Complicações gastrointestinais (redução da motilidade intestinal, náuseas e vômitos);
- Complicações urinárias (os estímulos nocetivos podem inibir a motilidade ureteral e vesical e comprometer a micção);
- Complicações musculoesqueléticas (ocorrência de espasmos musculares, dificultando a mobilidade);
- Anormalidades da coagulação (por imobilidade, há estase venosa, agregação plaquetária e tromboembolismo);
- Complicações psíquicas (stress, insónia, ansiedade);
- Agravamento das lesões traumáticas (a agitação psicomotora devido à dor pode provocar ou agravar lesões);
- Anormalidades metabólicas (anormalidades neuroendócrinas catabólicas, reações imunes não específicas e outras reações hormonais, hiperglicémia).

Rothrock (2008, p. 260 e 263) acrescenta ainda o atraso na normalização das funções intestinais e gástricas e atraso também na cicatrização. Diz ainda que “a dor não aliviada pode ser perigosa e é inaceitável”. (Modificado de Cannobio, 2006, como citado em Rothrock, 2008, p. 263)

Todavia, a avaliação da dor continua a acarretar grandes dificuldades. Batalha (2005, p.166) refere que “a avaliação da dor é uma atividade ignorada, esquecida ou realizada de forma pouco fidedigna (precisa)”, o que “compromete seriamente a qualidade dos cuidados”.

3- O doente com alterações cognitivas

Kazanowski e Laccetti (2005, p. 185) referem-se a algumas alterações no processo de pensamento, sendo uma delas a confusão do idoso. Pode ter várias causas, como por exemplo, causa orgânica, doença de Alzheimer, síndrome cerebral orgânica, episódios crónicos ou agudos de hipóxia ou privação de sono, efeitos colaterais de medicamentos, afastamento do seu ambiente ou rotina familiar.

Habitualmente, o doente cirúrgico com alterações cognitivas tem como causas possíveis, antecedentes de acidente vascular cerebral ou traumatismo crânio-encefálico, demência, síndrome de privação (alcoólica ou de medicamentos/drogas habituais), hipóxia, idosos por alteração do seu ambiente e rotina, patologia psiquiátrica, défice cognitivo, doente terminal (alteração do estado de consciência), choque, entre outras.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão β 2, os diagnósticos de enfermagem usados para caracterizar estes doentes são: Consciência alterada, Cognição comprometida, Confusão e Agitação.

3.1- A avaliação da dor nos doentes com alterações cognitivas

Se esta avaliação é difícil na generalidade dos doentes, nos doentes com alterações cognitivas, a sua avaliação torna-se ainda mais dificultada e por vezes mesmo impossível, o que vai conseqüentemente dificultar o seu diagnóstico e controlo. Rothrock (2008, p. 260) aconselha “atenção especial” para “pacientes que têm dificuldade de informar a sua dor” (com défice cognitivo, psicóticos, com desequilíbrio emocional severo, crianças, idosos, que não falam o mesmo idioma, nível educacional e cultura diferentes da equipa de saúde). Portanto, é aconselhado que se usem “escalas apropriadas para a condição física, emocional, cognitiva e de desenvolvimento do paciente”.

Kazanowski e Laccetti (2005, p. 186) dizem que “pode não haver evidência de expressão verbal da dor ou pedidos de alívio”. Devemos, portanto, estar atentos a indicadores físicos de aumento de dor, como taquicardia, taquipneia, alteração dos valores de tensão arterial, mudanças de posição frequentes, atitude de proteção, rigidez da área de dor, palidez e diaforese e mudanças de comportamento.

Nestes casos, as escalas a utilizar não poderão ser as mesmas, porque a comunicação verbal com estes doentes está comprometida. Deverão ser escalas de heteroavaliação, que incluam aspetos comportamentais e/ou fisiológicos.

Herr, Coyne, MacCaffery, Manworren e Merkel (2011, p. 232) referem-se a cinco populações de doentes que são incapazes de comunicar a sua dor: idosos com demência avançada, bebés e crianças pré-verbais, doente crítico/doente inconsciente, pessoas com incapacidades intelectuais e doentes em fim de vida.

Estes autores são da opinião de que, devido a questões cognitivas, de desenvolvimento ou fisiológicas, incluindo condições medicamente induzidas, cria-se uma maior barreira para uma correta avaliação e gestão da dor. Isto deixa os doentes vulneráveis a uma má avaliação da sua dor e a um tratamento da mesma por defeito ou por excesso. Os enfermeiros são essenciais para garantir uma correta avaliação e tratamento. Pasero e MacCaffery (2011), como citado em Herr et al. (2011, pp. 232-233), sugerem ainda uma Hierarquia de Técnicas de Avaliação da Dor a usar nestas cinco populações específicas, que se baseiam essencialmente em:

1. Obter auto-avaliação e comunicação
2. Procurar potenciais causas da dor
3. Observar o comportamento do doente
4. Obter a avaliação de familiar, amigo ou cuidador
5. Administrar analgesia e ajustar, segundo a escada analgésica recomendada

Herr et al. (2011, p. 234) recomendam ainda estabelecer um procedimento para avaliação da dor, usar ferramentas de avaliação comportamental da dor, minimizar a ênfase em indicadores fisiológicos, reavaliar e registar regularmente.

Para que se possa fazer uma analogia entre as escalas sugeridas para avaliação da dor aguda (por se tratar de doentes cirúrgicos) em doentes com alterações cognitivas validadas para a população portuguesa e que foram usadas neste estudo, segue-se um breve resumo acerca da Escala do Observador, *Abbey Pain Scale* e PAINAD. (Ordem dos Enfermeiros, 2008, pp. 37-39 e Rodrigues, 2013, p. 106)

A Escala do Observador é também uma escala qualitativa, de heteroavaliação unidimensional, que pode ser usada em doentes com alterações do estado de consciência ou com défices cognitivos. É adaptada da Escala de Dor de Hitchcock. É uma escala gradativa, que qualifica a dor do doente por categorias: Sem Dor, Dor Ligeira, Dor Moderada, Dor Intensa e Dor Máxima.

Rodrigues (2013, p. 81) desenvolveu um estudo acerca da “Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar”, validando a escala *Abbey Pain Scale* (para avaliar a dor da pessoa incapaz de comunicar) e criando a sua versão portuguesa. Esta escala é constituída por 6 itens de avaliação, que correspondem a indicadores não-verbais de presença de dor: vocalização, expressão facial, alteração da

linguagem corporal, alteração comportamental, alteração fisiológica e alterações físicas. Em cada item é atribuída uma pontuação de acordo com as opções “ausente=0”, “ligeiro=1”, “moderado=2” e “severo=3”. O somatório dos seis itens, “valor total de dor”, vai equivaler a uma pontuação final entre 0 e 18, sendo que a sua correspondência em termos de dor é a seguinte:

- De 0 a 2 pontos – sem dor;
- De 3 a 7 pontos – dor ligeira;
- De 8 a 13 pontos – dor moderada;
- De 14 a 18 pontos – dor severa.

A *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) é indicada para idosos com demência. A sua versão portuguesa inclui 5 categorias ou indicadores a avaliar, que são as seguintes: respiração independente da vocalização, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade. A pontuação final varia entre 0 e 10, sendo que os valores mais altos indicam maior intensidade de dor. (Batalha et al., 2012, p. 10)

PARTE II
Investigação empírica

4- Metodologia

A parte metodológica deste estudo compreende a descrição dos métodos (questões, objetivos e tipo de estudo), os participantes, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos utilizados.

4.1- Métodos

A avaliação e gestão da dor constitui uma Norma da Direção Geral de Saúde, que recomenda que essa avaliação seja feita de forma regular e sistemática, bem como o seu registo. No doente cirúrgico, está provado que a ineficaz gestão da dor está relacionada com o desenvolvimento de diversas complicações. No doente cirúrgico com alterações cognitivas, essa avaliação reveste-se de maior dificuldade, uma vez que nem sempre é possível a sua autoavaliação. Há, portanto, necessidade de recorrer a escalas de heteroavaliação, baseadas em indicadores fisiológicos e comportamentais.

A escolha deste tema emergiu precisamente da necessidade de avaliar corretamente a dor nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas. Verifica-se que esta é frequentemente subavaliada e subvalorizada, o que se traduz em doentes mais confusos e agitados e com mais complicações. No contexto de trabalho onde nos inserimos, pensamos ser de extrema importância a utilização de uma escala para a avaliação da dor nestes doentes, por forma a podermos adequar o seu tratamento e conseqüentemente facilitar a sua recuperação.

Atualmente, está disponível no programa informático em uso na instituição, uma escala qualitativa, a Escala do Observador, mas que não é utilizada de forma regular e sistemática. Além disso, esta apenas retrata a opinião do observador, em relação à intensidade da dor sentida pelo doente, descurando outros aspetos frequentemente observados, como as alterações manifestadas nos outros sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigénio), bem como alterações comportamentais (doentes que reagem à sensação dolorosa, apresentando-se confusos e/ou agitados).

Surgiu, portanto, a necessidade de perceber se existem outras escalas que se adequem a esta população e que comportem outros indicadores e experimentá-las, em contexto clínico.

Após pesquisa bibliográfica, surgiram duas outras escalas, que têm por base indicadores fisiológicos e comportamentais da dor: a *Abbey Pain Scale* (versão portuguesa) e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD).

Perante estes novos instrumentos de medida, questionamo-nos:

- Qual a eficácia das escalas de avaliação da dor (Escala de Observador, *Abbey Pain Scale* e PAINAD), utilizadas nos doentes com alterações cognitivas, internados em unidades de Cuidados Gerais de Cirurgia e de Cuidados Intermédios?
- Será que a intensidade da dor subjetivamente avaliada nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas difere consoante a escala utilizada?
- Qual a escala que melhor avalia a prevalência da dor da dor em doentes cirúrgicos com alterações cognitivas?

Nesta perspetiva e por forma a procurar dar resposta às questões formuladas, enunciaram-se os seguintes objetivos:

- Determinar a eficácia das escalas de avaliação da dor (Escala de Observador, *Abbey Pain Scale* e PAINAD), utilizadas nos doentes com alterações cognitivas, internados em unidades de Cuidados Gerais de Cirurgia e de Cuidados Intermédios;
- Comparar a intensidade da dor subjetivamente avaliada nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas obtida pelas diferentes escalas;
- Comparar a prevalência da dor em doentes cirúrgicos com alterações cognitivas avaliada pelas três escalas.

Como finalidade deste estudo, pretendemos identificar a escala mais adequada para aplicar nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas.

Para dar consecução às questões e objetivos formulados, desenvolvemos uma pesquisa aplicada, não experimental, quantitativa e descritivo-analítica:

- Aplicada, porque dá ênfase à descoberta de solução para problemas existentes na prática (Polit & Beck, 2011, p. 39) e pretende provocar mudanças em situações determinadas (Fortin, 2006, p.18);

- Não experimental, uma vez que é observacional, ou seja, não há manipulação de variáveis, nem grupos experimental e de controlo (Polit & Beck, 2011, p. 263);

- Quantitativa, dado que tem por base a medição dos fenómenos e a análise dos dados numéricos e enfatiza a explicação e predição (Fortin, 2006, p.27);

- Descritivo-analítica, já que pretende observar, descrever, documentar, analisar e estudar o efeito de uma variável independente que não pode ser manipulada sobre a

variável dependente (Polit & Beck, 2011, pp. 264 e 265), isto é, tenta-se explicar a natureza das relações existentes entre as variáveis (Fortin, 2006, p. 35);

4.2- Participantes

A amostra deste estudo é do tipo não probabilística por conveniência, constituída por doentes do foro cirúrgico, com alterações cognitivas, internados em serviços de Cirurgia de um hospital central da zona centro do país.

Na seleção da amostra, utilizámos como critérios de inclusão:

- Ser doente do foro cirúrgico;
- Internamento numa das seguintes unidades de internamento do referido hospital: Cirurgia 1A, Cirurgia 1B, UMD, Cirurgia 2A, Cirurgia 2B e UCINCO;
- Incluir no seu plano de cuidados (informatizado) pelo menos um dos seguintes diagnósticos de enfermagem: consciência alterada, cognição comprometida, confusão e/ou agitação.

Segundo a CIPE versão $\beta 2$, passam a definir-se os diagnósticos de enfermagem referidos.

Consciência alterada – Alteração ou modificação da capacidade do pensamento responder a impressões e que resulta de uma combinação dos sentidos em ordem a manter o pensamento alerta, acordado e sensível ao ambiente exterior. (p.40)

Cognição comprometida – Exposição ao mal ou perigo das disposições de reter e abandonar ações tendo em conta o conhecimento da pessoa, processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória. (p. 44)

Confusão – Compromisso da memória com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa, desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direção. (p. 46)

Agitação – Excitação psicomotora sem objetivo, atividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada a ansiedade, medo ou stress mental. (p.35)

4.3- Instrumentos

O instrumento de colheita de dados é um questionário que incorpora variáveis de caracterização sociodemográfica e as escalas da dor, Escala do Observador, a *Abbey Pain*

Scale – versão portuguesa e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* – versão portuguesa.

Numa primeira parte do instrumento, são identificados os dados referentes ao doente, incluindo: idade, género, serviço de internamento, diagnóstico médico, intervenção cirúrgica, antecedentes pessoais e diagnósticos de enfermagem que justifiquem a alteração cognitiva.

Da segunda parte, constam as referidas escalas, ou seja, aquelas que são recomendadas para a população que não sabe/consegue comunicar eficazmente a sua dor (dor aguda).

O questionário termina com questões relativas a outras características da dor, nomeadamente, a sua localização anatómica, duração, tipologia e tipo.

Ainda relativamente à *Abbey Pain Scale* e à PAINAD, foi efetuado o seu estudo psicométrico, que compreende a avaliação da sua consistência interna.

A consistência interna é a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. “Isto é, as respostas diferem não porque o inquirido seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões”. (Pestano & Gageiro, 2014, p.531)

O Alfa de Cronbach é uma das medidas mais utilizadas para avaliar a consistência interna e define-se como a correlação que se espera obter entre a escala avaliada e outras escalas semelhantes. Varia entre zero e um e a consistência interna classifica-se da seguinte forma:

Muito Boa, se alfa superior a 0,9

Boa, se alfa entre 0,8 e 0,9

Razoável, se alfa entre 0,7 e 0,8

Fraca, se alfa entre 0,6 e 0,7

Inadmissível, se alfa inferior a 0,6

Abbey Pain Scale

Esta escala é usada para avaliar a dor da pessoa incapaz de comunicar e foi validada por Rodrigues (2013, p. 81) num estudo acerca da “Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar”, criando a sua versão portuguesa.

Esta escala é constituída por 6 itens de avaliação, que correspondem a indicadores não-verbais de presença de dor: vocalização, expressão facial, alteração da linguagem corporal, alteração comportamental, alteração fisiológica e alterações físicas.

Em cada item é atribuída uma pontuação de acordo com as opções “ausente=0”, “ligeiro=1”, “moderado=2” e “severo=3”. O somatório dos seis itens, “valor total de dor”, vai equivaler a uma pontuação final entre 0 e 18, sendo que a sua correspondência em termos de dor é a seguinte:

- De 0 a 2 pontos – sem dor;
- De 3 a 7 pontos – dor ligeira;
- De 8 a 13 pontos – dor moderada;
- De 14 a 18 pontos – dor severa.

➤ Estudo psicométrico

Avaliámos a consistência interna da *Abbey Pain Scale* e os resultados são apresentados na tabela 1.

Estudaram-se as médias, desvios padrão e o alfa de Cronbach. Podemos afirmar que, na avaliação inicial, o item que se apresentou com uma média mais baixa foi o da “alteração fisiológica” ($0,711 \pm 1,093$) e o de média mais elevada foi a “expressão facial” ($1,368 \pm 0,936$). Já na segunda avaliação (posterior), as médias variaram entre ($0,040 \pm 0,196$) na “vocalização” e ($0,540 \pm 0,916$) na “alteração comportamental”.

A correlação máxima na primeira avaliação situa-se no item 3 ($r = 0,715$) e a mínima no item 5 ($r = 0,201$), sendo este o que detém menos estabilidade. Já na segunda avaliação, o item mais estável é o 3 ($r = 0,585$) e o menos estável é o item 6 ($r = 0,348$).

Quanto aos valores de alfa de Cronbach, verifica-se que oscila na avaliação inicial entre 0,662 e 0,797, o que denuncia uma consistência interna fraca a razoável; na avaliação posterior oscila entre 0,547 e 0,638, revelando uma consistência interna a oscilar entre o inadmissível e o fraco. Os valores de alfa global obtidos na primeira avaliação são razoáveis ($\alpha = 0,755$), mas na segunda avaliação tende para o fraco ($\alpha = 0,638$).

Tabela 1 - Consistência Interna da *Abbey Pain Scale*, na avaliação inicial e posterior

Momento de avaliação	N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/total	r ²	α sem item
Inicial	1	Vocalização	0,985	1,040	0,545	0,620	0,706
	2	Expressão facial	1,368	0,936	0,664	0,542	0,678
	3	Alteração da linguagem corporal	1,224	0,974	0,715	0,646	0,662
	4	Alteração comportamental	1,303	1,083	0,655	0,607	0,673
	5	Alteração fisiológica	0,711	1,093	0,201	0,205	0,797
	6	Alterações físicas	1,276	1,138	0,297	0,255	0,776
	Coeficiente alfa de Cronbach global			0,755			
Posterior	1	Vocalização	0,040	0,196	0,396	0,315	0,634
	2	Expressão facial	0,250	0,520	0,469	0,349	0,578
	3	Alteração da linguagem corporal	0,118	0,364	0,585	0,461	0,579
	4	Alteração comportamental	0,540	0,916	0,478	0,326	0,547
	5	Alteração fisiológica	0,513	0,945	0,397	0,183	0,588
	6	Alterações físicas	1,132	1,135	0,348	0,140	0,638
	Coeficiente alfa de Cronbach global			0,638			

Efetuámos uma matriz de Correlação de Pearson entre os itens e entre estes e o score total da *Abbey Pain Scale*, que nos permitiu determinar a validade discriminante/divergente. Pelos resultados apresentados na tabela 2, observamos que as correlações apresentadas são todas positivas, exceto a “alteração fisiológica” vs “vocalização” ($r = -0,015$), que é negativa baixa.

Na avaliação inicial, os restantes valores das correlações entre os itens variam entre 0,070 (“alterações físicas” vs “vocalização”) com uma percentagem de variância explicada de 0,49% e 0,705 (“alteração comportamental” vs “alteração da linguagem corporal”) cuja variabilidade é de 49,7%.

Na avaliação posterior, as correlações entre os itens oscilam entre 0,105 (“alteração fisiológica” vs “vocalização”) e 0,546 (“alteração da linguagem corporal” vs “expressão facial”), constituindo portanto correlações positivas baixas a substanciais com variabilidades de 1,10% e 29,81%, respetivamente.

No que concerne às correlações entre os itens e o score total da escala, estas são positivas moderadas ($r = 0,448$ em “alteração fisiológica”) a muito forte ($r = 0,812$ em “alteração da linguagem corporal”), na avaliação inicial. Da mesma forma, na avaliação posterior, as correlações existentes são também positivas moderadas ($r = 0,456$ em “vocalização”) a muito fortes ($r = 0,712$ em “alteração comportamental”). (Cf. Tabela 2)

Tabela 2 – Matriz de Correlação de Pearson entre os itens e entre estes e o score total da *Abbey Pain Scale*

Av.	Nº item	Itens	1	2	3	4	5	6	Total
Inicial	1	Vocalização							0,701***
	2	Expressão facial	0,588***						0,774***
	3	Alteração da linguagem corporal	0,668***	0,596***					0,812***
	4	Alteração comportamental	0,620***	0,428***	0,705***				0,787***
	5	Alteração fisiológica	-0,015	0,197*	0,112	0,289**			0,448***
	6	Alterações físicas	0,070	0,416***	0,292**	0,169	0,162		0,540***
Posterior	1	Vocalização							0,456***
	2	Expressão facial	0,425						0,608***
	3	Alteração da linguagem corporal	0,494	0,546					0,669***
	4	Alteração comportamental	0,400	0,357	0,486				0,712***
	5	Alteração fisiológica	0,105	0,251	0,286	0,354			0,665***
	6	Alterações físicas	0,156	0,260	0,317	0,226	0,259		0,677***

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

A *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)* é indicada para idosos com demência.

A sua versão portuguesa inclui 5 categorias ou indicadores a avaliar, que são as seguintes: respiração independente da vocalização, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade. A cada indicador corresponde uma pontuação de 0 a 2, sendo que a pontuação final varia entre 0 e 10. Deste modo, os valores mais altos indicam maior intensidade de dor. (Batalha et al., 2012, p. 10)

➤ Estudo psicométrico

Quisemos igualmente avaliar a consistência interna da PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*) e os resultados obtidos encontram-se na tabela 3.

Verifica-se que, em relação às médias e desvios padrão, na avaliação inicial, as médias variam entre $0,329 \pm 0,575$ (da “respiração independente da vocalização”) e $1,040 \pm 0,599$ (da “linguagem corporal”). Quanto à avaliação posterior, o item “respiração independente da vocalização” também é o que tem uma média menor ($0,066 \pm 0,340$) e o item “expressão facial” é aquele que tem maior média ($0,263 \pm 0,443$).

As correlações encontradas na avaliação inicial indicam-nos que o item menos estável é “respiração independente da vocalização” ($r = 0,432$) e o mais estável é “consolabilidade” ($r = 0,743$). Na avaliação posterior, “respiração independente da vocalização” é o item menos estável ($r = 0,124$) e o mais estável é novamente a “consolabilidade” ($r = 0,627$).

A consistência interna da escala é boa, na avaliação inicial ($\alpha = 0,836$), e fraca, na avaliação posterior ($\alpha = 0,679$). (Cf. Tabela 3)

Tabela 3 - Consistência Interna da PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), na avaliação inicial e posterior

Momento de avaliação	N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/total	r ²	α sem item
Inicial	1	Respiração independente da vocalização	0,329	0,575	0,432	0,229	0,853
	2	Vocalização negativa	0,803	0,731	0,695	0,583	0,788
	3	Expressão facial	0,974	0,588	0,664	0,444	0,796
	4	Linguagem corporal	1,040	0,599	0,670	0,454	0,794
	5	Consolabilidade	0,829	0,641	0,743	0,600	0,772
	Coeficiente alfa de Cronbach global			0,836			
Posterior	1	Respiração independente da vocalização	0,066	0,340	0,124	0,160	0,740
	2	Vocalização negativa	0,092	0,291	0,524	0,461	0,606
	3	Expressão facial	0,263	0,443	0,341	0,177	0,677
	4	Linguagem corporal	0,171	0,444	0,626	0,542	0,526
	5	Consolabilidade	0,118	0,399	0,627	0,547	0,535
	Coeficiente alfa de Cronbach global			0,679			

Quanto à matriz de Correlação de Pearson realizada entre os itens da escala PAINAD e estes o score total da escala (apresentada na tabela 4), na avaliação inicial, o menor valor de correlação corresponde a “vocalização negativa” vs “respiração independente da vocalização” ($r = 0,284$) e o maior corresponde a “consolabilidade” vs “linguagem corporal” ($r = 0,609$). Na avaliação posterior, os valores de correlação variam entre $-0,062$ (de “vocalização negativa” vs “respiração independente da vocalização”) e $0,637$ (de “consolabilidade” vs “linguagem corporal”).

Quanto às correlações entre os itens e os scores totais da escala, na avaliação inicial, verificam-se correlações positivas substanciais a muito fortes (r entre $0,614$ e $0,849$) e, na avaliação posterior, correlações positivas moderadas a muito fortes (r entre $0,380$ e $0,813$).

Tabela 4 – Matriz de Correlação de Pearson entre os itens e entre estes e o score total da PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*)

Av.	Nº item	Itens	1	2	3	4	5	Total
Inicial	1	Respiração independente da vocalização						0,614***
	2	Vocalização negativa	0,284					0,833***
	3	Expressão facial	0,420	0,577				0,788***
	4	Linguagem corporal	0,388	0,567	0,533			0,794***
	5	Consolabilidade	0,372	0,725	0,554	0,609		0,849***
Posterior	1	Respiração independente da vocalização						0,380**
	2	Vocalização negativa	-0,062					0,679***
	3	Expressão facial	0,149	0,223				0,628***
	4	Linguagem corporal	0,013	0,599	0,378			0,813***
	5	Consolabilidade	0,237	0,594	0,198	0,637		0,797***

4.3.1- Critérios de operacionalização das variáveis

Para minimizar divergências interpretativas, procedemos à operacionalização das variáveis, conforme se discrimina:

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis

<u>Variáveis</u>	<u>Operacionalização</u>	
Variáveis sociodemográficas	Idade	
	Género	Feminino Masculino
	Serviço de internamento	Cirurgia 1A Cirurgia 1B UMDC Cirurgia 2A Cirurgia 2B UCINCO
Variáveis clínicas	Diagnóstico médico	
	Intervenção cirúrgica	
	Antecedentes pessoais	
	Diagnósticos de enfermagem que justifiquem a alteração cognitiva	Consciência alterada Cognição comprometida Confusão Agitação

4.4- Procedimentos

O estudo decorre nos serviços de Cirurgia e respetivas Unidades de Cuidados Intermédios de um hospital central da zona centro, de janeiro a abril de 2015.

Fizemos uma reunião com a equipa de enfermagem dos serviços implicados, que colaboraram na colheita de informação, de forma a dar a conhecer os objetivos da pesquisa e o modo como deve ser preenchido o instrumento de colheita de dados, bem como o número de registos a efetuar.

A equipa de enfermagem dos serviços de Cirurgia procedeu ao preenchimento do questionário sempre que foi levantado um dos diagnósticos de enfermagem considerados

critérios de inclusão e 45 minutos após a implementação de uma intervenção para controlo da dor.

Como se trata de um estudo em seres humanos, é imperioso que se cumpram determinados requisitos, que obriguem à garantia de aplicação e não violabilidade dos Direitos Humanos e dos Princípios Éticos. (Polit & Beck, 2011, p.99)

Fortin (2006, p. 180) diz que “o investigador deve interrogar-se sobre os motivos que o conduziram a empreender a sua investigação e sobre as eventuais repercussões desta na vida dos participantes”.

Foram efetuados os pedidos de autorização à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e respetiva Comissão de Ética e aos diretores dos serviços de Cirurgia 1 e 2. Todos os pedidos foram aceites.

4.5- Análise de dados

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Com a primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, nomeadamente médias e medidas de variabilidade ou dispersão, como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação linear de Pearson.

Quanto ao coeficiente de variação, possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados, do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas sendo que os valores oscilam entre -1 e +1; se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento dos índices de uma variável está associado, em média, à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Como indicadores de referência são apontados os seguintes valores absolutos:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

A comparação dos coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (r^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica e à estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos requer que estejam reunidas duas condições: que as variáveis de natureza quantitativa tenham uma distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras.

Recorreu-se a testes não paramétricos quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,5. Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos.

Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis usou-se o teste de Shapiro-Wilk, em alternativa ao teste de Kolmogorov-Smirnov (KS), uma vez que a amostra é pequena (Marôco, 2011, p. 187).

Para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene, na medida em que este se assume como um dos mais potentes (Marôco, 2011, p. 188).

Neste estudo, usámos os seguintes testes paramétricos e não paramétricos:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- **Testes t de Student para amostras emparelhadas ou teste de Wilcoxon** – para avaliar a significância da diferença entre duas medições emparelhadas, quando a variável dependente é medida numa escala ordinal (Marôco, 2011, p.412);
- **Análise de variância para amostras emparelhadas ou teste de Friedman** – para detetar diferenças entre os resultados de 3 ou mais medidas (Pestana & Gageiro, 2008, p.482);
- **Teste de qui quadrado (χ^2)** – é um teste de proporções, para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as

variáveis. Quando há relação entre as variáveis, devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. Também estes surgem em alternativa à interpretação das situações em que há restrição ao uso do χ^2 (quando as frequências esperadas são superiores a 20%). Para Pestana e Gajairo (2008, p. 133), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de χ^2 , porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou, por outras palavras, os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis. Contudo, os resíduos ajustados só são aplicáveis quando o total da linha é superior ou igual a 8 casos.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.

5- Resultados

Após a descrição dos aspetos metodológicos e dos procedimentos adotados na recolha de dados, o presente capítulo destina-se a apresentar e analisar os resultados obtidos. Inicialmente, fazemos a caracterização sociodemográfica, seguindo-se a caracterização clínica, abordando de seguida as características da dor. Seguidamente, abordamos os resultados obtidos com a aplicação das escalas em estudo, para finalmente procedermos a uma análise conjunta da mesma, no intuito de determinar qual a mais eficaz e eficiente na avaliação da dor.

5.1- Análise Descritiva

5.1.1 – Caracterização sociodemográfica

Idade

As estatísticas relativas à idade, que se apresentam na tabela 5, demonstram, para a totalidade da amostra, uma idade mínima de 38 anos e máxima de 96 anos, a que corresponde uma média de 74 anos ($\pm 17,77$ anos) com um intervalo de confiança a 5% situada entre os 70,46 e os 77,67 e um erro amostral de 1,81 anos.

Para o género masculino, com uma representatividade de 61.8%, a idade mínima e máxima oscilam entre os 43 e 93 anos, enquanto para o feminino, que representa 31.2% da totalidade da amostra, se situa entre 38 e 96 anos, com médias de ($M = 73,89$ anos $\pm 12,98$ dp e $M = 74,34$ anos $\pm 19,74$ dp) respetivamente, mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($t= 0.109$; $p= 0.913$)

Os coeficientes de variação apresentam uma dispersão moderada em torno da média e o valor de assimetria kurtosis indica-nos que esta variável tem uma distribuição normal, o que não é comprovado pelo teste de Shapiro-Wilk, dado que a probabilidade encontrada é significativa.

Tabela 5 – Estatísticas relativas à idade em função do género

Idade									
Género	N	Min	Max	M	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	p
Feminino	29	38	96	74,34	19,74	26,55	-1,537	-1,676	0,000
Masculino	47	43	93	73,89	12,98	15,57	-2,522	-0,175	0,001
Total	76	38	96	74,07	17,77	23,99	-2,692	-1,413	0,000

Dado que a idade apresenta para a globalidade uma amplitude situada nos 58 anos, o que limita uma análise mais aprofundada, procedemos à sua categorização, construindo três classes etárias, com base nas frequências absolutas. Nos resultados insertos na tabela 6, ressalta que no género feminino o grupo etário com maior valor percentual corresponde aos de idade superior ou igual a 85 anos (55.2%), enquanto no género masculino a maior representatividade (48.9%) recai nos de idade entre 70 a 84 anos.

Tabela 6 – Grupos etários em função do género

Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
<= 69 anos	10	34.5	15	31.9	25	32.9	0.2	-0.2
70 – 84 anos	3	10.3	23	48.9	26	34.2	-3.4	3.4
>= 85 anos	16	55.2	9	19.1	25	32.9	3.2	-.32
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0		

Serviço de internamento

Quanto ao serviço de internamento, os resultados expostos na tabela 7 indicam que 65,5% das mulheres, estavam internadas na Cirurgia 1 e 34,5% na Cirurgia 2. De igual forma, 85,1% dos homens estavam internados na Cirurgia 1 e 14,9% na Cirurgia 2. Pensamos que estes resultados são devidos ao facto do investigador exercer a sua atividade nesta unidade de internamento e conseqüentemente tenha motivado os seus colegas para a recolha de informação.

O teste de qui quadrado ($\chi^2 = 3,963$; $p = 0,047$) apresenta-se estatisticamente significativo, com os resíduos ajustados a localizar as diferenças entre os doentes internados na Cirurgia 1 e do género masculino e os internados na Cirurgia 2 e género feminino.

Tabela 7 – Relação entre o género e o serviço de internamento

Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Cirurgia 1	19	65,5	40	85,1	59	77,6	-2,0	2,0
Cirurgia 2	10	34,5	7	14,9	17	22,4	2,0	-2,0
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0		

5.1.2 – Caracterização clínica

Diagnóstico médico

Como pode verificar-se na tabela 8, da totalidade dos participantes do género feminino, 20,7% tinham como diagnóstico doença neoplásica, 44,8% patologia gástrica e/ou intestinal, 13,8% patologia hepatobiliopancreática e 20,7% outros diagnósticos que não se enquadram nos anteriores.

Quanto aos homens, 25,5% sofriam de doença neoplásica, igual percentagem de patologia gástrica e/ou intestinal, 29,8% de patologia hepatobiliopancreática e 19,1% de outro diagnóstico. Entre os grupos, as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 4,166$; $p = 0,244$).

Tabela 8 – Relação entre o género e o diagnóstico médico

Diagnóstico	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Neoplasias	6	20,7	12	25,5	18	23,7	-0,5	0,5		
Patologia gástrica e/ou intestinal	13	44,8	12	25,5	25	32,9	1,7	-1,7		
Patologia hepatobiliopancreática	4	13,8	14	29,8	18	23,7	-1,6	1,6		
Outros	6	20,7	9	19,1	15	19,7	0,2	-0,2		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				

Tipo de intervenção cirúrgica

A tabela 9 mostra a relação entre o género e o tipo de intervenção cirúrgica realizada. A cirurgia abdominal realizou-se em 31,6% da totalidade da amostra e destes 31,0% são participantes do género feminino e percentagem similar (31,9%) do masculino. Contudo, a maioria (61,8%) dos elementos da amostra não foi intervencionada, sendo que 58,6% são mulheres e 63,8% homens.

Tabela 9 – Relação entre o género e o tipo de intervenção cirúrgica

Intervenção cirúrgica	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Cirurgia abdominal	9	31,0	15	31,9	24	31,6	-0,1		0,1	
Outro tipo de cirurgia	3	10,3	2	4,3	5	6,6	Não aplicável			
Não intervencionados	17	58,6	30	63,8	47	61,8	-0,5		0,5	
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				

Antecedentes pessoais da doença

Na tabela 10 exaram-se os resultados relativos a antecedentes pessoais de doença.

A quase totalidade da amostra (97.4%) refere antecedentes pessoais de doença com percentuais de 93,1% para as mulheres e de 100% para os homens.

Tabela 10 – Relação entre o género e os antecedentes pessoais de doença

Antecedentes	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Com antecedentes	27	93,1	47	100,0	74	97,4	-1,8		1,8	
Sem antecedentes	2	6,9	-	0,0	2	2,6	Não aplicável			
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				

No seguimento da questão anterior, procurámos investigar se os participantes já tinham antecedentes de alterações cognitivas, porquanto esse conhecimento se revestia de enorme importância para o desenvolvimento consequente do estudo. A tabela 11 expressa os resultados obtidos, tendo-se observado que 77,8% das mulheres e 68,1% dos homens tinham história de alterações cognitivas anteriores a este episódio. Ressalva-se o facto dos dados apresentados se reportarem apenas a 74 casos. O teste de qui quadrado ($\chi^2 = 0,793$; $p = 0,373$) e os resíduos ajustados não apresentam significância estatística.

Tabela 11 – Relação entre o género e os antecedentes de alterações cognitivas

Alterações cognitivas	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Com alterações cognitivas	21	77,8	32	68,1	53	71,6	0,9		-0,9	
Sem alterações cognitivas	6	22,2	15	31,9	21	28,4	-0,9		0,9	
Total	27	100,0	47	100,0	74	100,0				

Diagnósticos de enfermagem

Como referimos, o conhecimento sobre diagnósticos de enfermagem revestiram-se neste estudo de primordial importância, porquanto funcionaram como critérios de inclusão. Aferimos pelos resultados apresentados na tabela 12, que para o género feminino, 6.9% teve consciência alterada, 51.7% cognição comprometida, 58.6% confusão e 10.3% agitação. No género masculino, encontramos 8.5% com consciência alterada, 36.2% com cognição comprometida, 66.0% com confusão e 29.8% com agitação.

Efetuosos testes de χ^2 para cada um dos diagnósticos de enfermagem separadamente, pode dizer-se que não existem diferenças estatísticas significativas para consciência alterada ($\chi^2 = 0,064$; $p = 0,584$), cognição comprometida ($\chi^2 = 1,780$; $p = 0,182$), nem para confusão ($\chi^2 = 0,415$; $p = 0,520$), tal como se comprova pelos resíduos ajustados. Contudo, o teste de χ^2 e os resíduos ajustados para o diagnóstico de agitação ($\chi^2 = 3,904$; $p = 0,048$) apresentam significância estatística, localizadas entre os do género masculino com agitação e feminino sem agitação.

Tabela 12 – Relação entre o género e a presença dos diagnósticos de enfermagem que justificam a alteração cognitiva atual

Diag. enfermagem	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Consciência alterada										
Sim	2	6,9	4	8,5	6	7,9	Não aplicável			
Não	27	93,1	43	91,5	70	92,1	0,3	-0,3		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				
Cognição comprometida										
Sim	15	51,7	17	36,2	32	42,1	1,3	-1,3		
Não	14	48,3	30	63,8	44	57,9	-1,3	1,3		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				
Confusão										
Sim	17	58,6	31	66,0	48	63,2	-0,6	0,6		
Não	12	41,4	16	34,0	28	36,8	0,6	-0,6		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				
Agitação										
Sim	3	10,3	14	29,8	17	22,4	-2,0	2,0		
Não	26	89,7	33	70,2	59	77,6	2,0	-2,0		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				

Intervenções farmacológicas e não farmacológicas

Procurámos saber se, após a avaliação da dor inicial, se processou alguma intervenção farmacológica ou não farmacológica para alívio da mesma. Afere-se que a administração de analgésicos é a intervenção mais frequentemente utilizada para controlo da dor (81,6%) e a menos utilizada é a massagem (5,3%). Das intervenções não farmacológicas apontadas, o posicionamento dos doentes é o mais utilizado (78,9%) com percentuais de 86,2% e 74,5%, para o género feminino e masculino, respetivamente. Acresce referir que a massagem não foi utilizada para alívio da dor no género masculino e apenas 13,8% das mulheres receberam esta medida não farmacológica. Entre os grupos não foram encontradas significâncias estatísticas (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Relação entre o género e a intervenção farmacológica e não farmacológica para alívio da dor

Intervenção	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Analgésico										
Sim	22	75,9	40	85,1	62	81,6	-1,0	1,0		
Não	7	24,1	7	14,9	14	18,4	1,0	-1,0		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				
Posicionamento										
Sim	25	86,2	35	74,5	60	78,9	1,2	-1,2		
Não	4	13,8	12	25,5	16	21,1	-1,2	1,2		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				
Massagem										
Sim	4	13,8	0	0,0	4	5,3	Não aplicável			
Não	25	86,2	47	100,0	72	94,7	-2,6	2,6		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				

Ainda relacionada com a questão anterior, quisemos saber qual o analgésico mais utilizado. Reporta a tabela 14 que o Paracetamol é o mais frequentemente administrado (51), seguido do Metamizol (18) e a Petidina (13).

Tabela 14 – Estatísticas relativas ao analgésico administrado

Analgésico	N
Butilescolamina	2
Cetorolac	1
Metamizol	18
Morfina	3
Paracetamol	51
Petidina	13
Tramadol	3

5.1.3 - Características da dor

Por considerarmos importante para os resultados finais do nosso estudo, achámos fundamental proceder à caracterização da dor dos doentes internados.

Localização da dor

A primeira questão analisada prende-se com a localização anatómica da dor. Pela tabela 15, observa-se que a maioria das mulheres (51,7%) apresentava dor localizada na região toracoabdominal, 3,4% nos membros inferiores e 20,7% em outras áreas anatómicas, sendo que em 10,3% foi impossível avaliar a sua localização e em 13,8% havia a inexistência de dor. De igual modo, no género masculino, em 48,9% a dor estava localizada na região toracoabdominal, 10,6% nos membros inferiores e a mesma percentagem noutra área não especificada. Em 19,1% dos homens, foi impossível avaliar a dor e em 10,6% não se registavam sintomas dolorosos .

Os resíduos ajustados não localizaram diferenças relativas à localização da dor em função do género.

Tabela 15 - Relação entre o género e a localização anatómica da dor

Localização anatómica	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Toracoabdominal	15	51,7	23	48,9	38	50,0	0,2	-0,2		
Membros inferiores	1	3,4	5	10,6	6	7,9	Não aplicável			
Outra localização	6	20,7	5	10,6	11	14,5	1,2	-1,2		
Impossível avaliar	3	10,3	9	19,1	12	15,8	-1,0	1,0		
Sem dor	4	13,8	5	10,6	9	11,8	0,4	-0,4		
Total	29	100,0	47	100,0	76	100,0				

Duração da dor

Quanto à duração da dor, ao procedermos à análise da tabela 16, observamos que 94,5% dos casos apresentavam dor aguda com ligeiro predomínio no género feminino, (95,5% vs 93,9%). Ao invés, a dor crónica é mais prevalente no sexo masculino (6,1% vs 4,5%).

O resultado do teste de Fisher não revela diferenças estatisticamente significativas ($p = 1.00$), o que também é confirmado pelos resíduos ajustados.

Tabela 16 – Relação entre o género e a duração da dor

Duração da dor	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Aguda	21	95,5	31	93,9	52	94,5	0,2	-0,2		
Crónica	1	4,5	2	6,1	3	5,5	-0,2	0,2		
Total	22	100,0	33	100,0	55	100,0				

Tipologia da dor

No estudo da relação entre o género e a tipologia da dor (cf. Tabela 17), apurámos que 68,2% do género feminino apresentava dor contínua, enquanto 31,8% apresentava dor intermitente. No género masculino, a dor contínua observou-se em 42,4% do total dos inquiridos e a dor intermitente em 57,6%. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 3,513$; $p = 0,061$).

Tabela 17 – Relação entre o género e a tipologia da dor

Tipologia da dor	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Contínua	15	68,2%	14	42,4	29	52,7	1,9		1,9	-1,9
Intermitente	7	31,8	19	57,6	26	47,3	-1,9		-1,9	1,9
Total	22	100,0	33	100,0	55	100,0				

Tipo de dor

A tabela 18 dá-nos a prevalência do tipo de dor. Apuramos que 27,3% do género feminino apresentava dor tipo pontada, 22,7% tipo moedeira, 36,4% dor por ferida, 4,5% isquémica e 9,1% muscular. No género masculino, 18,2% referiu dor tipo pontada, 6,1% dor lancinante, 21,2% dor tipo moedeira, 39,4% por ferida, 9,1% dor isquémica e 6,1% muscular. Em suma, a dor mais prevalente em ambos os géneros é a dor por ferida, seguida da dor tipo moedeira, no entanto os resíduos ajustados não localizam quaisquer diferenças significativas.

Tabela 18 – Relação entre o género e o tipo de dor

Tipo de dor	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Pontada	6	27,3	6	18,2	12	21,8	0,8		0,8	-0,8
Lancinante	-	0,0	2	6,1	2	3,6				Não aplicável
Moedeira	5	22,7	7	21,2	12	21,8	0,1		0,1	-0,1
Por ferida	8	36,4	13	39,4	21	38,2	-0,2		-0,2	0,2
Isquémica	1	4,5	3	9,1	4	7,3				Não aplicável
Muscular	2	9,1	2	6,1	4	7,3				Não aplicável
Total	22	100,0	33	100,0	55	100,0				

5.1.4- Eficiência dos instrumentos em estudo

5.1.4.1- Escala do Observador

Conforme referimos na metodologia, a Escala do Observador procura medir a intensidade da dor, oscilando entre dois polos opostos, sem dor e dor máxima. Decorrente dos resultados obtidos e apresentados na tabela 19, registamos ausência de dor na avaliação inicial em cerca de 30% dos doentes, percentual que ascendeu a mais de 80% no

segundo momento de avaliação. A dor intensa e dor máxima que, na avaliação inicial, foi registada em 10.5% e 2.6%, na segunda avaliação obteve scores percentuais de 0.0%.

A concordância entre os dois momentos de avaliação, observado através do valor de Kappa de Cohen, registou uma concordância baixa, mas com diferenças altamente significativas ($K = 0,255$; $p = 0,000$).

Os resíduos ajustados localizam as diferenças nos doentes sem dor após a intervenção e nos que registaram dor moderada e dor intensa na avaliação inicial.

Tabela 19 – Análise de concordância entre os dois momentos de avaliação, com a Escala do Observador

Momento de avaliação Escala do Observador	Inicial		Posterior		Residuais	
	N	%	N	%	Antes	após
Sem dor	23	30.3	63	82.9	-6.5	6.5
Dor ligeira	19	25.0	11	14.5	1.6	-1.6
Dor moderada	24	31.6	2	2.6	4.7	-4.7
Dor intensa	8	10.5	-	0.0	2.9	-2.9
Dor máxima	2	2.6	-	0.0	1.4	-1.4

Em complemento à informação anterior, o teste de Wilcoxon veio comprovar os resultados obtidos, ao revelar que a intensidade da dor dos doentes é superior na avaliação inicial, com diferença altamente significativa entre os dois momentos de avaliação ($p = 0,000$). (cf. Tabela 20)

Tabela 20 - Teste de Wilcoxon nos dois momentos de avaliação da Escala do Observador

Escala do Observador	OM	Z	P
Avaliação inicial vs posterior	25.50		
Avaliação posterior vs antes	0.00	-6.287	0,000

5.1.4.1- *Abbey Pain Scale*

O score da *Abbey Pain Scale*, na avaliação inicial variou entre 0 e 18, tendo como média o valor de 6,74 ($\pm 4,22$ dp). Na avaliação posterior, o score situou-se entre 0 e 14, com média de 2,63 ($\pm 2,70$ dp).

Os coeficientes de variação indicam a existência de uma dispersão alta em torno de média, em ambos os momentos.

Em relação às medidas de assimetria, na avaliação inicial, observa-se uma distribuição normal ($Sk/erro = 1,15$; $K/erro = 0,25$) e na avaliação posterior, a distribuição revela uma curva leptocúrtica ($K/erro = 12,53$), com enviesamento à esquerda ($SK/erro = 5,64$). O teste de aderência à normalidade de Shapiro Wilk apresenta uma probabilidade significativa, o que não confirma a distribuição normal. (cf. Tabela 21)

Tabela 21 – Estatísticas relativas à intensidade da dor avaliada pela *Abbey Pain Scale*

Intensidade da dor	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	p
Avaliação inicial	0,00	18,00	6,74	4,22	62,61	1,15	0,25	0,017
Avaliação posterior	0,00	14,00	2,63	2,70	102,66	5,64	12,53	0,000

A tabela 22 mostra que, em todos os itens da *Abbey Pain Scale*, a avaliação inicial é superior à avaliação posterior, o que se verifica comparando os valores das ordenações negativas e ordenações positivas.

Para os itens “vocalização”, “expressão facial”, “alteração da linguagem corporal” e “alteração comportamental” e score global, o teste de Wilcoxon revela diferenças altamente significativas ($p = 0,000$). Para o item “alteração fisiológica”, o valor da probabilidade é bastante significativo ($Z = -2,877$; $p = 0,004$) e para o item “alterações físicas” é significativo ($Z = -2,232$; $p = 0,026$).

Tabela 22 - Teste de Wilcoxon entre os itens da *Abbey Pain Scale*, na avaliação inicial e na avaliação posterior

Av. posterior – av. inicial	Ordenações negativas	Ordenações positivas	Z	p
Vocalização	19,50	0,00	-5,476	0,000
Expressão facial	29,00	0,00	-6,780	0,000
Alteração linguagem corporal	28,00	0,00	-6,647	0,000
Alteração comportamental	18,00	0,00	-5,269	0,000
Alteração fisiológica	5,50	0,00	-2,877	0,004
Alterações físicas	3,50	0,00	-2,232	0,026
Score global	32,0	0,00	-6,921	0,000

Na tabela 23, é apresentada a classificação da dor, de acordo com os critérios adotados pelo autor da escala. No primeiro momento de avaliação, foram classificados como não tendo dor 13,2% dos participantes no estudo, 48,7% com dor ligeira, 30,3% com

dor moderada e 7.9% com dor severa. Estes valores diferiram substancialmente na avaliação posterior, porquanto o percentual dos que não foi registada dor foi de 59.2%, dor ligeira e, 34.2%, moderada em 5.3% e severa em apenas 1.3%.

Tabela 23 – Classificação da dor, segundo a *Abbey Pain Scale*, nos dois momentos de avaliação

<i>Abbey Pain Scale</i>	Total	
	N	%
Avaliação inicial		
Sem dor	10	13,2
Dor ligeira	37	48,7
Dor moderada	23	30,3
Dor severa	6	7,9
Total	76	100,0
Avaliação posterior		
Sem dor	45	59,2
Dor ligeira	26	34,2
Dor moderada	4	5,3
Dor severa	1	1,3
Total	76	100,0

A fim de comparar as proporções dos grupos de cada intensidade de dor, realizou-se o teste de qui quadrado, com recurso ao teste de McNemar-Bowker.

Através da análise da tabela 24, verifica-se que os 10 casos que inicialmente não tinham dor, mantiveram-se sem dor posteriormente; dos 37 casos que inicialmente apresentavam dor ligeira, 25 ficaram sem dor e 12 mantiveram a dor ligeira; dos 23 que na avaliação inicial manifestaram dor moderada, 10 ficaram sem dor na avaliação posterior, 11 com dor ligeira e 2 mantiveram dor moderada; e dos 6 que apresentavam dor severa, no segundo momento de avaliação, 3 ficaram com dor ligeira, 2 com dor moderada e 1 manteve dor severa.

O teste de McNemar-Bowker (51,000; $p = 0,000$), revela a existência de diferenças altamente significativas. localizadas no grupo dos que se mantinham sem dor na avaliação inicial e posterior, no grupo dos que tinham dor severa inicialmente e dor moderada na avaliação posterior e, ainda, no grupo dos que manifestaram dor severa em ambos os momentos.

Tabela 24 - Relação entre os dois momentos de aplicação da *Abbey Pain Scale*

Avaliação posterior	Sem dor		Dor ligeira		Dor moderada		Dor severa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem dor	10*	22,2	-	0,0	-	0,0	-	0,0	10	13,2
Dor ligeira	25	55,6	12	46,2	-	0,0	-	0,0	37	48,7
Dor moderada	10	22,2	11	42,3	2	50,0	-	0,0	23	30,3
Dor severa	0	0,0	3	11,5	2*	50,0	1*	100,0	6	7,9
Total	45	100,0	26	100,0	4	100,0	1	100,0	76	100,0

* - Resíduos ajustados superiores ao valor de referência.

Realizou-se ainda o teste t de student com amostras emparelhadas, a fim de estudar se existe diferença estatística entre as médias nos dois momentos de avaliação da *Abbey Pain Scale*.

Pela análise da tabela 25, pode verificar-se que a média de intensidade de dor na avaliação inicial ($6,74 \pm 4,22$) é superior à média da avaliação posterior ($2,63 \pm 2,70$) com diferenças altamente significativas ($t = 11,104$; $p = 0,000$) entre os dois momentos de avaliação da escala de dor. A correlação existente é positiva substancial ($r = 0,646$), ou seja, quando mais elevada é a intensidade da dor inicialmente, mais elevada é posteriormente, o que é explicado em 41,73%.

Tabela 25 - Teste de t de student com amostras emparelhadas para os dois momentos de avaliação da *Abbey Pain Scale*

<i>Abbey Pain Scale</i>	Média	Dp	t	p	r	% VE
Avaliação inicial	6,74	4,22	11,104	0,000	0,646	41,73
Avaliação posterior	2,63	2,70				

5.1.4.3 - Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

Nas estatísticas relativas à intensidade da dor avaliada pela PAINAD, é visível que a intensidade da dor revelada na avaliação inicial varia entre 0 e 10, com média de $3,97 \pm 2,44$. Na avaliação posterior, a intensidade da dor é inferior, tendo como média $0,71 \pm 1,28$ e uma variação entre 0 e 6 pontos.

Em ambos os momentos, a dispersão em torno da média é alta, o que nos é indicado pelos coeficientes de variação, principalmente na avaliação posterior que regista valores superiores a 100.0%, originada pelo facto do desvio padrão ser superior à média.

Na avaliação inicial, a distribuição é normal (gaussiana) mas na avaliação posterior, os dados da distribuição é leptocúrtica, e enviesada à esquerda. (cf. Tabela 26)

Tabela 26 – Estatísticas relativas à intensidade da dor avaliada pela PAINAD

Intensidade da dor	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	p
Avaliação inicial	0,00	10,00	3,97	2,44	61,46	1,66	0,58	0,003
Avaliação posterior	0,00	6,00	0,71	1,28	180,28	14,37	30,41	0,000

Através da análise da tabela 27, constatamos que a avaliação posterior apresenta no geral um score inferior ao da avaliação inicial em todos os itens da escala PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*): “respiração independente da vocalização”, “vocalização negativa”, “expressão facial” “consolabilidade”, “linguagem corporal” e fator global.

Os valores de probabilidade para a totalidade dos itens desta escala são altamente significativos ($p = 0,000$).

Tabela 27 - Teste de Wilcoxon entre os itens da PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), na avaliação inicial e na avaliação posterior

Av. posterior – av. inicial	Ordenações negativas	Ordenações positivas	Z	p
Respiração independente da vocalização	10,00	0,00	-4,264	0,000
Vocalização negativa	22,00	0,00	-6,032	0,000
Expressão facial	23,50	0,00	-6,359	0,000
Linguagem corporal	28,50	0,00	-7,004	0,000
Consolabilidade	24,59	20,50	-6,281	0,000
Score global	30.50	0.00	-6.760	0.000

Com a realização do teste t de student com amostras emparelhadas para os dois momentos de avaliação da PAINAD, pode observar-se que a média da intensidade da dor é superior na avaliação inicial ($3,97 \pm 2,44$) do que na avaliação posterior ($0,71 \pm 1,28$).

O resultado do teste revela-nos que as diferenças entre os dois momentos são altamente significativas ($t = 11,453$; $p = 0,000$), havendo uma correlação positiva baixa ($r = 0,231$), com uma percentagem de variância explicada de apenas 5,34%. (cf. Tabela 28)

Tabela 28 - Teste de t de student com amostras emparelhadas para os dois momentos de avaliação da PAINAD

PAINAD	Média	Dp	t	p	r	% VE
Avaliação inicial	3,97	2,44	11,453	0,000	0,231	5,34
Avaliação posterior	0,71	1,28				

Utilizando uma classificação empírica dos valores da escala PAINAD, com base nos percentis 25 e 75 como grupos de corte, uma vez que os autores da escala apenas apresentam um score global, a tabela 29 permite-nos observar a prevalência da dor nos participantes do estudo. Quer na avaliação inicial (44.7%), quer na avaliação posterior (96.1%), a maioria dos utentes foi classificado sem dor. A dor moderada prevalece em 18.4% na avaliação inicial, mas decresce para 1.3% na avaliação posterior. Mais acentuada é a descida da dor intensa do primeiro para o segundo momento de avaliação, com 36.8% e 2.6%, respetivamente.

Tabela 29 – Prevalência da dor segundo a classificação da PAINAD nos dois momentos de avaliação

PAINAD	N	%
Avaliação inicial		
Sem dor	34	44,7
Dor moderada	14	18,4
Dor intensa	28	36,8
Total	76	100,0
Avaliação posterior		
Sem dor	73	96,1
Dor moderada	1	1,3
Dor intensa	2	2,6
Total	76	100,0

Na tabela 30, apresentamos os resultados do teste de qui quadrado realizado para estudar a relação entre os dois momentos de aplicação da escala PAINAD.

Verifica-se que os 34 casos que inicialmente não tinham dor se mantiveram sem dor no final. Os 14 casos que inicialmente foram classificados com dor moderada, posteriormente não registaram dor. Por fim, dos 28 casos com dor severa na avaliação

inicial, na avaliação posterior 25 apresentavam-se sem dor, 1 com dor moderada e 2 mantinham dor severa.

Os resíduos ajustados não localizaram diferenças e o valor de Kappa não apresenta significância estatística ($K = 0,057$; $p = 0,095$).

Tabela 30 - Relação entre os dois momentos de aplicação da PAINAD

Avaliação posterior Avaliação inicial	Sem dor		Dor moderada		Dor severa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem dor	34	46,6	-	0,0	-	0,0	34	44,7
Dor moderada	14	19,2	-	0,0	-	0,0	14	18,4
Dor severa	25	34,2	1	100,0	2	100,0	28	36,8
Total	73	100,0	1	100,0	2	100,0	76	100,0

* - Resíduos ajustados superiores ao valor de referência.

5.1.5- Eficácia dos instrumentos

Estatísticas das escalas

Na tabela 31, são apresentadas as estatísticas das três escalas em avaliação. Para podermos efetuar a comparação dos resultados, sentimos necessidade de transformar os scores brutos de cada escala na mesma unidade padrão. Para o efeito, utilizou-se a seguinte fórmula: $((\text{score bruto} - \text{índice mínimo esperado})/\text{amplitude}) * 100$.

Desta forma, os scores obtidos são modificados para valores percentuais que apresentam uma amplitude de 0% a 100%. A tabela 31 expressa os resultados obtidos na avaliação inicial e os índices mínimos nas três escalas são de 0% e os máximos de 100%. Os índices médios indicam que a escala PAINAD ($M = 39,74 \pm 24,44$) é a que configura intensidade da dor mais elevada e a Escala do Observador a de menor intensidade ($M = 32,57 \pm 27,39$). Em todas as escalas, os valores da intensidade da dor apresentam uma dispersão alta em torno da média.

Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas gaussianas.

Tabela 31 – Estatísticas relativas à intensidade da dor (em percentagem) na avaliação inicial, utilizando a Escala do Observador, a *Abbey Pain Scale* e a PAINAD

Escalas	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	p
Escala do Observador	0,00	100,00	32,57	27,39	84,10	1,33	-1,24	0,000
<i>Abbey Pain Scale</i>	0,00	100,00	37,43	23,45	62,65	2,01	0,23	0,017
PAINAD	0,00	100,00	39,74	24,44	61,50	1,68	0,30	0,003

Quanto à avaliação posterior, pelos resultados apresentados na tabela 32, apuramos que as médias das 3 escalas se encontram entre 4,93 (\pm 11,56), na Escala do Observador, e 14,62 (\pm 15,01), da *Abbey Pain Scale*. A dispersão dos dados em torno da média é muito alta.

Os coeficientes de assimetria e curtose nesta avaliação revelam distribuições leptocúrticas e enviesadas à esquerda

Tabela 32 – Estatísticas relativas à intensidade da dor (em percentagem) na avaliação posterior, utilizando a Escala do Observador, a *Abbey Pain Scale* e a PAINAD

Escalas	Min	Max	M	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	p
Escala do Observador	0,00	50,00	4,93	11,56	234,48	8,49	9,21	0,000
<i>Abbey Pain Scale</i>	0,00	77,78	14,62	15,01	102,67	6,33	7,12	0,000
PAINAD	0,00	60,00	7,10	12,84	180,84	7,67	8,22	0,000

Em suma, pelos resultados apresentados, retiramos como primeira ilação, o facto da Escala do Observador ser a menos eficaz. Isto deve-se provavelmente ao facto de, não contendo indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, é mais subjetiva e baseada na opinião do observador/avaliador.

Relação entre os índices das escalas em estudo

Na continuação dos resultados acima apresentados, a tabela 33 reproduz a matriz de correlação de Pearson com os índices das três escalas nos dois momentos de avaliação. Como se observa, os coeficientes de correlação nos dois momentos de avaliação são positivos e significativos, o que nos permite afirmar que melhores índices obtidos numa escala correspondem índices mais elevadas na escala com a qual se relaciona.

Analisando os resultados da avaliação inicial, notamos que a menor correlação se obtém na associação ($r= 0.678$) entre *Abbey Pain Scale* vs Escala do Observador e a maior

($r=0.842$) entre *Abbey Pain Scale* vs PAINAD, com uma percentagem de variância explicada de 70.89%

Na avaliação posterior, denota-se a mesma tendência, embora com coeficientes de correlação ligeiramente mais baixos e com uma variabilidade para as duas escalas de 46.78%.

Estes resultados vêm de algum modo reforçar o explanado anteriormente, configurando a Escala do Observador como a menos eficaz na avaliação da dor.

Tabela 33 – Matriz de Correlação de Pearson entre os scores totais da Escala do Observador, *Abbey Pain Scale* e da PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*) na avaliação inicial e posterior

Avaliação inicial	Escala do Observador	<i>Abbey Pain Scale</i>
<i>Abbey Pain Scale</i> – av. inicial	0,678***	
PAINAD – av. inicial	0,680***	0,842***
Avaliação posterior		
<i>Abbey Pain Scale</i> – av. posterior	0,582***	
PAINAD – av. posterior	0,569***	0,684***

5.2- Análise Inferencial

Comparamos as avaliações da intensidade da dor dos três instrumentos aplicados ao mesmo sujeito, no intuito de comprovar a eficácia dos mesmos. O teste de Friedman revelou que a intensidade da dor, no mesmo sujeito, é superior quando avaliada com a PAINAD (O.M. = 2,16) e inferior quando avaliada com a Escala do Observador (O.M. = 1,78) com diferenças estatísticas observadas entre as avaliações iniciais das 3 escalas ($\chi^2 = 6,821$; $p = 0,033$). (cf. Tabela 34)

Tabela 34 – Teste de Friedman entre os resultados da avaliação da dor, na avaliação inicial, com a Escala do Observador, a *Abbey Pain Scale* e a PAINAD

Avaliação inicial	O.M.	χ^2	p
Escala do Observador	1,78	6,821	0,033
<i>Abbey Pain Scale</i>	2,06		
PAINAD	2,16		

A fim de localizar as diferenças, efetuou-se o teste de Wilcoxon, cujos resultados se apresentam na tabela 35.

Do primeiro teste, que compara os índices obtidos com o *Abbey Pain Scale* com os da Escala do Observador, aferimos que a intensidade da dor avaliada pela *Abbey Pain Scale* foi superior à avaliada pela Escala do Observador, mas não se registaram diferenças estatísticas. Entre os índices da Escala do Observador e os da escala de PAINAD, registamos melhor eficácia com esta última com significância estatística e, por fim, entre a PAINAD e a *Abbey Pain Scale* é de salientar uma vez mais a eficácia da PAINAD, mas sem significância estatística. Aferimos assim que estas duas escalas medem os mesmos construtos, embora se verifique a tendência da PAINAD para obtenção de índices mais elevados.

Tabela 35 - Teste de Wilcoxon entre as avaliações iniciais das 3 escalas

Avaliações iniciais	Ordenações negativas	Ordenações positivas	Z	p
<i>Abbey Pain Scale</i> – Escala do Observador	33,96	35,67	-1,739	0,082
PAINAD – Escala do Observador	27,82	34,24	-2,719	0,007
PAINAD – <i>Abbey Pain Scale</i>	32,06	38,39	-1,268	0,205

De igual modo, fomos verificar a eficácia das escalas, na avaliação posterior da intensidade da dor. A tabela 36 reporta os resultados do teste de Friedman, verificando-se que a intensidade da dor avaliada pela *Abbey Pain Scale* é superior às outras e a mais reduzida é a que é avaliada pela PAINAD, com significâncias estatísticas entre elas ($\chi^2 = 58,988$; $p = 0,000$).

Tabela 36 – Teste de Friedman entre os resultados da avaliação da dor, na avaliação posterior, com a Escala do Observador, a *Abbey Pain Scale* e a PAINAD

Avaliação posterior	O.M.	X ²	p
Escala do Observador	2,12	58,988	0,000
<i>Abbey Pain Scale</i>	2,51		
PAINAD	1,38		

Efetuada as comparações duas a duas, constatamos que, de uma forma geral, a intensidade da dor é superior quando avaliada pela *Abbey Pain Scale* face às escalas restantes com diferenças estatísticas, exceto para a relação intensidade da dor avaliada pela PAINAD vs Escala do Observador.

Em suma, a escala *Abbey Pain Scale*, revela-se a mais eficaz na avaliação posterior contrariando o ocorrido na avaliação inicial. (cf. Tabela 37)

Tabela 37 - Teste de Wilcoxon entre as avaliações posteriores das 3 escalas

Avaliações posteriores	Ordenações negativas	Ordenações positivas	Z	p
<i>Abbey Pain Scale</i> – Escala do Observador	22,71	30,98	-5,498	0,000
PAINAD – Escala do Observador	12,55	14,85	-1,532	0,125
PAINAD – <i>Abbey Pain Scale</i>	31,14	30,06	-5,074	0,000

No decurso do estudo, algumas questões se foram colocando, como se a intensidade da dor avaliada pelas três escalas diferia face ao diagnóstico clínico, à localização anatómica, tipologia da dor e tipo de dor, nos dois momentos de avaliação.

Quanto ao diagnóstico médico, na avaliação inicial, a escala PAINAD é a mais eficaz na avaliação dos diferentes diagnósticos consignados, exceto para outros, cuja eficácia recai para a *Abbey Pain Scale*, com diferença significativa para esta situação. Na avaliação posterior, é notória a eficácia da *Abbey Pain Scale* em todos os tipos de diagnóstico, não registando significância estatística, apenas para a patologia hepatobiliopancreática. (cf. Tabela 38)

Tabela 38 – Relação entre o diagnóstico médico e a intensidade da dor avaliada pelas 3 escalas

	Neoplasias OM	Patologia gástrica e intestinal OM	Patologia hepatobiliopancreática OM	Outros OM
Avaliação inicial				
Escala do Observador	1.75	1.96	1.72	1.57
<i>Abbey Pain Scale</i>	1.97	1.94	1.92	2.53
PAINAD	2.28	2.10	2.36	1.90
Teste Friedman	X²=2.600; p= 0.273	X²=0.432; p= 0.806	X²=4.484; p= 0.106	X²=8.189; p= 0.017
Avaliação posterior				
Escala do Observador	1.53	1.60	1.81	1.73
<i>Abbey Pain Scale</i>	2.89	2.56	2.31	2.63
PAINAD	1.58	1.84	1.89	1.63
Teste Friedman	X²=26.982; p= 0.000	X²=20.129; p= 0.000	X²=4.326; p= 0.115	X²=11.870; p= 0.003

No que respeita à hipotética relação entre a localização anatômica e a intensidade da dor (cf. Tabela 39), podemos afirmar que a escala PAINAD sobressai, obtendo maior pontuação, mas somente com significância estatística para a localização da dor toracoabdominal. Porém, em situações impossíveis de localizar, a escala *Abbey Pain Scale* mostra-se mais eficaz.

Já na avaliação posterior, com a escala *Abbey Pain Scale* obtêm-se índices mais elevados, com diferenças estatísticas para a localização toracoabdominal e situações impossíveis de avaliar. A Escala do Observador é, de todas, a menos eficaz na avaliação da intensidade da dor, relativamente à localização anatômica.

Tabela 39 – Relação entre a localização anatômica da dor e a sua intensidade avaliada pelas 3 escalas

	Toraco abdominal	Membros inferiores	Outro local	Impossível avaliar
Avaliação inicial				
Escala do Observador	1.63	1.83	1.91	2.08
<i>Abbey Pain Scale</i>	2.08	1.83	1.73	2.25
PAINAD	2.29	2.33	2.36	1.67
Teste Friedman	X²=8.993; p= 0.011	X²=1.000; p= 0.607	X²=2.364; p= 0.307	X²=2.167; p= 0.338
Avaliação posterior				
Escala do Observador	1.61	1.83	1.64	1.67
<i>Abbey Pain Scale</i>	2.72	2.17	2.55	2.67
PAINAD	1.67	2.00	1.82	1.67
Teste Friedman	X²=42.130; p= 0.000	X²=0.667; p= 0.717	X²=5.895; p= 0.052	X²=10.105; p= 0.006

Em relação à tipologia da dor, apurámos uma vez mais a eficácia da escala PAINAD na avaliação da intensidade da dor, no momento inicial, para a dor contínua, sendo a *Abbey Pain Scale* a menos eficaz. Na dor intermitente, registamos eficácia semelhante nas duas escalas referidas e menor eficácia para a Escala do Observador. Todavia, as diferenças entre os índices das três escalas não são suficientemente elevados para determinar diferenças estatísticas.

Analisando os resultados relacionados com a avaliação posterior, afere-se da eficácia da *Abbey Pain Scale* nas duas tipologias de dor com uma menor eficácia da escala PAINAD, na dor contínua, e da Escala de Observador, na intermitente. As diferenças encontradas revelam-se significativas. (cf. Tabela 40)

Tabela 40 – Relação entre a tipologia da dor e a sua intensidade avaliada pelas 3 escalas

	Contínua	Intermitente
Avaliação inicial		
Escala do Observador	2.00	1.88
<i>Abbey Pain Scale</i>	1.90	2.06
PAINAD	2.10	2.06
Teste Friedman	X²=0.632; p= 0.729	X²=0.540; p= 0.763
Avaliação posterior		
Escala do Observador	1,88	1.48
<i>Abbey Pain Scale</i>	2.64	2.65
PAINAD	1.48	1.87
Teste Friedman	X²=25.473; p= 0.000	X²=26.493; p= 0.000

Finalmente, avaliamos o tipo de dor, relacionando-a com as três escalas. Para a dor tipo pontada, moedeira e outro tipo de dor, denota-se pelas ordenações médias que a escala PAINAD é a que apresenta índices mais elevados na avaliação inicial, mas na dor por ferida o maior score recai na *Abbey Pain Scale*. A Escala do Observador é a que regista os menores índices, exceto nos outros. As diferenças encontradas não são porém significativas.

Na avaliação posterior, destacam-se os maiores índices na *Abbey Pain Scale* nos diferentes tipos de dor, secundados pela PAINAD, salvo para a dor por ferida que se verifica na Escala do Observador. Ao invés do ocorrido anteriormente, registamos significâncias estatísticas, com exceção para outros tipos de dor. (cf. Tabela 41)

Tabela 41 – Relação entre o tipo de dor e a sua intensidade avaliada pelas 3 escalas

	Pontada	Moedeira	Por ferida	Outros
Avaliação inicial				
Escala do Observador	1.63	1.67	1.74	1.80
<i>Abbey Pain Scale</i>	2.04	1.88	2.14	1.70
PAINAD	2.33	2.46	2.12	2.50
Teste Friedman	X²=3.106; p= 0.212	X²=4.512; p= 0.105	X²=2.193; p= 0.334	X²=3.800; p= 0.150
Avaliação posterior				
Escala do Observador	1.54	1.50	1.76	1.65
<i>Abbey Pain Scale</i>	2.79	2.75	2.52	2.50
PAINAD	1.67	1.75	1.71	1.85
Teste Friedman	X²=13.317; p= 0.001	X²=14.824; p= 0.001	X²=15.167; p= 0.001	X²=4.514; p= 0.105

6- Discussão

Esta discussão metodológica foi feita com base nos objetivos traçados e nas questões de investigação levantadas para esta investigação.

A avaliação da dor reveste-se de enorme importância no doente cirúrgico e de grande dificuldade no doente com alterações cognitivas. A ineficaz gestão da dor nestes doentes acarreta mais complicações e os doentes manifestam-se mais confusos e agitados. Nesse sentido, esta investigação teve por base o intuito de encontrar a escala mais adequada para aplicar nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas internados na Cirurgia 1 e 2 (enfermarias de Cuidados Gerais e Unidades de Cuidados Intermédios).

6.1- Discussão metodológica

Todos os procedimentos metodológicos foram levados em consideração, tendo em vista a realização de um estudo com o rigor científico que obviamente se lhe impõe. A metodologia escolhida foi ao encontro do que se pretendia estudar.

Todavia, deparámo-nos com algumas dificuldades metodológicas, como, por exemplo, a escassez de tempo para a entrega do relatório final, tendo em conta todas as atividades laborais e académicas, o que condicionou também o tamanho da amostra.

Outra dificuldade foi a falta de tempo e cansaço apontados pelos enfermeiros, o que levou a que tivessem disponibilidade muito limitada para a colaboração na recolha de dados. A última dificuldade expressa reside nos problemas de comunicação com alguns doentes incluídos no nosso estudo, ou seja, no instrumento de colheita de dados havia questões às quais não podíamos responder com precisão, como a localização e características da dor, dadas as alterações cognitivas de que os sujeitos da amostra eram portadores.

O instrumento de colheita de dados pareceu-nos adequado, quer em termos de conteúdo, quer em termos de tamanho e facilidade de preenchimento. As três escalas de avaliação da dor utilizadas são de fácil compreensão e de pequenas dimensões. As dúvidas que existiram inicialmente no seu preenchimento foram fáceis e rapidamente esclarecidas.

A amostragem não probabilística por conveniência, de que foi exemplo o nosso estudo, não é representativa da população e acrescida ao facto da amostra ser de pequenas dimensões, faz com que não possamos generalizar os resultados obtidos para a população. Contudo, revela-se um estudo válido, necessitando de confirmação com outros estudos do mesmo âmbito e com amostras maiores.

6.2- Discussão dos resultados

A amostra do nosso estudo é constituída por 76 elementos, com idades compreendidas entre 38 e 96 anos, a que corresponde uma idade média de 74,06 anos, sendo que 29 são do género feminino e 47 do género masculino. Dos inquiridos, 65,5% das avaliações foram efetuadas a doentes cirúrgicos, internados na Cirurgia 1 (Cirurgia 1A, Cirurgia 1B e UMD) e 34,5% internados na Cirurgia 2 (Cirurgia 2A, Cirurgia 2B e UCINCO).

As escalas utilizadas no nosso estudo foram previamente analisadas quanto à sua consistência interna. A *Abbey Pain Scale* obteve uma consistência interna razoável, na avaliação inicial ($\alpha=0,755$), e fraca, na avaliação posterior ($\alpha=0,638$), enquanto que o estudo de Duarte, Pasin, Cavatá e Heldt (2013, p. 154) revelou uma consistência interna razoável a boa ($\alpha= 0,80$). Rodrigues (2013, p. 86) apresenta para esta escala uma consistência interna boa num primeiro momento de avaliação ($\alpha= 0,83$) e razoável num segundo momento ($\alpha= 0,71$).

Quanto à escala de PAINAD, obtivemos uma consistência interna boa ($\alpha= 0,836$) e fraca ($\alpha= 0,679$), respetivamente nas duas avaliações. Os referidos autores apresentaram para esta escala uma consistência interna razoável ($\alpha= 0,73$). Já Batalha et al. (2012, p.12), no seu estudo de adaptação cultural e propriedades psicométricas da PAINAD, encontraram uma consistência interna boa ($\alpha= 0,84$).

Relativamente à aplicação das escalas, Rodrigues (2013, p.75), no seu estudo de aplicação da *Abbey Pain Scale* a doentes oncológicos em Unidades de Cuidados Paliativos, refere que, obteve no primeiro momento de avaliação, um índice médio de dor a oscilar entre 3,54 ($\pm 3,258$ dp) e 3,68 ($\pm 3,344$ dp), que corresponde a dor ligeira. No nosso estudo, esse valor foi de 6,74 ($\pm 4,22$ dp), também correspondente a dor ligeira. No segundo momento de avaliação, o índice médio da dor é inferior no nosso estudo ($M = 2,63 \pm 2,70$ dp), quando comparado com o estudo de Rodrigues (2013, p. 76), cujos valores médios situaram-se entre 3,59 ($\pm 2,721$ dp) a 3,87 ($\pm 2,607$ dp), correspondendo todos eles a dor ligeira.

Em relação à intensidade da dor avaliada pela Escala do Observador, as maiores percentagens de elementos com dor intensa (12,8%) e máxima (4,3%) pertencem ao género masculino, o que contraria o que é referido por Filingim (2000, como citado em Cardoso, 2013, p. 8), quando afirma que há um mais baixo limiar de dor, tolerância e sensibilidade na mulher. A maior percentagem das mulheres (44,8%) é avaliada com dor moderada. Este autor também refere que existe maior sensibilidade aos opióides e medicamentos adjuvantes na mulher, mas na nossa amostra, na reavaliação após a intervenção para o alívio da dor, verificaram-se percentagens muito semelhantes entre homens e mulheres.

Os resultados das avaliações com a *Abbey Pain Scale*, em função do género, também vão ao encontro dos obtidos na escala anterior, contrariando igualmente o autor acima citado. Foram obtidos inicialmente 12,8% dos homens com dor severa, 31,9% com dor moderada e 44,7% com dor ligeira. Nas mulheres, 27,6% tinham dor moderada e 17,2% dor ligeira. Em relação à resposta às intervenções para o alívio da dor, as percentagens de ambos os géneros também são semelhantes.

Quanto à intensidade da dor avaliada pela PAINAD e tratando-se de uma classificação qualitativa e consequentemente de cariz subjetivo, quer no momento inicial, quer na avaliação posterior à intervenção, as percentagens em ambos os géneros não diferem muito uma da outra, o que também não corrobora com o referido autor.

Quando comparamos as médias dos resultados das avaliações iniciais das 3 escalas, convertidos em percentagens, verificamos que são idênticas (32,57% com a Escala do Observador, 37,43% com a *Abbey Pain Scale* e 39,74% com a PAINAD). Contudo, o teste de Friedman realizado demonstra haver diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 6,821$; $p = 0,033$) localizadas pelos testes de Wilcoxon que lhe seguiram, entre a PAINAD e a Escala do Observador.

Já nas avaliações posteriores, os resultados diferem, pois a média com a Escala do Observador é de 4,93%, com a *Abbey Pain Scale* de 14,62% e com a PAINAD de 7,10%. Neste caso, o teste de Friedman mostra diferenças altamente significativas ($\chi^2 = 58,988$; $p = 0,000$), localizadas pelos testes de Wilcoxon, entre a *Abbey Pain Scale* e a Escala do Observador ($Z = -5,498$; $p = 0,000$) e, ainda, entre a PAINAD e a *Abbey Pain Scale* ($Z = -5,074$; $p = 0,000$).

Também estas informações vão ao encontro dos resultados das correlações entre as 3 escalas, cuja força é maior na avaliação inicial com valores correlacionais a oscilarem entre ($r=0,678$ e $r=0,842$) do que na posterior ($r= 0,569$ e $r= 0,684$).

No nosso estudo, a avaliação da dor ocorreu em maior percentagem em doentes com patologias do foro gástrico e/ou intestinais (44,8%) sendo que 38,2% foram submetidos a intervenção cirúrgica. enquanto que no estudo de Batalha et al.(2012, p. 12), essa percentagem foi de apenas 16,2%.

Registamos ainda que a quase totalidade dos inquiridos (93,1%) era composta por doentes com outros antecedentes pessoais de doença e 22,2% não tinha alterações cognitivas conhecidas. No estudo de Rodrigues (2013, p. 75), visto tratar-se de uma amostra de doentes oncológicos, todos os diagnósticos clínicos são desse foro. Batalha et al. (2012, p.12), por sua vez, efetuou o seu estudo numa amostra onde 45,5% de pessoas apresentavam infeções e 33,3% traumatismos cranioencefálicos. Perante esta disparidade de diagnósticos clínicos, reconhecemos que os resultados por nós obtidos poderão carecer

de estudos mais profundos, porventura realizados com clusters, a fim de poder realizar-se estudos de comparabilidade.

No desenrolar do estudo, desejámos saber se a intensidade da dor diferia consoante o diagnóstico médico e a escala utilizada. Constatamos que, de modo geral, os índices mais elevados de dor foram avaliados com a aplicação da PAINAD, para todos os diagnósticos (exceto em diagnósticos não especificados), na avaliação inicial, e com a *Abbey Pain Scale*, na avaliação posterior. Não encontramos, porém, literatura que evidenciasse os resultados por nós obtidos. De igual modo, são nulas as evidências que relacionam a avaliação da dor com as intervenções de enfermagem para alívio da dor, quer sejam do tipo farmacológico ou não farmacológico.

A **localização anatómica** da dor mais frequentemente referida por metade da amostra foi a toracoabdominal. Na tentativa de relacionar a intensidade da dor avaliada pelas três escalas e a localização anatómica do fenómeno doloroso, apurámos que a PAINAD foi a escala que auferiu maiores scores de dor em todas as localizações anatómicas, na avaliação inicial (com exceção para as situações em que foi impossível avaliar a localização), e a *Abbey Pain Scale*, na avaliação posterior.

A classificação da dor, quanto à sua **duração**, foi de dor aguda em 94,5% da totalidade da amostra, o que comprova que se trata de doentes cirúrgicos, internados num hospital de agudos.

Quanto à sua **tipologia**, a classificação da dor foi equilibrada, com 52,7% a referir uma dor contínua e 47,3% a referir uma dor intermitente. Quando cruzámos os resultados da aplicação das escalas com a tipologia da dor, pudemos observar que, mais uma vez, na avaliação inicial, a PAINAD obteve maior intensidade de dor, quer para a contínua, quer para a intermitente, enquanto que, na avaliação posterior, recaí na *Abbey Pain Scale*.

Os **tipos de dor** mais prevalentes foram o “por ferida” (38,2%), “pontada” e “moedeira” (ambos com 21,8%). Nas situações de dor tipo pontada, moedeira e outros tipos, a PAINAD foi a escala que obteve maiores índices de dor, na avaliação inicial. Na dor por ferida (a mais prevalente neste estudo), a *Abbey Pain Scale* obteve uma média de intensidade de dor ligeiramente mais elevada do que a da PAINAD, mas sem significância estatística. Na avaliação posterior, os resultados vão de encontro ao que tem vindo a suceder-se: a *Abbey Pain Scale* é a que obtém maiores índices, com diferenças altamente significativas na dor tipo pontada, moedeira e por ferida.

No decurso no nosso estudo, foi nossa preocupação determinar em que medida as características da dor (nomeadamente a localização anatómica, duração, tipologia e tipo de dor) divergiam em função da escala utilizada. Deparámo-nos porém com falta de literatura nesse sentido, pois a literatura consultada não contempla estas variáveis.

7- Conclusões

A dor é um sintoma subjetivo, que carece de cuidados específicos na sua avaliação. No doente cirúrgico, essa avaliação é importantíssima, uma vez que, tal como é referido no enquadramento teórico, uma má gestão da dor peri-operatória acarreta muitas complicações no próprio doente, além de aumentar grandemente os custos em saúde.

Existem escalas de autoavaliação sugeridas pela Ordem dos Enfermeiros e pela Direção Geral de Saúde, para utilização obrigatória e de forma sistemática. Contudo, há grupos de doentes nos quais essa avaliação é dificultada, nomeadamente os doentes com alterações cognitivas. A bibliografia consultada acerca desta temática sugere algumas escalas de heteroavaliação, baseadas em indicadores fisiológicos e comportamentais.

A problemática desta investigação surgiu da necessidade sentida na prática clínica e tem, como principal objetivo, identificar a escala mais eficaz a utilizar para avaliação da dor nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas.

Através da recolha de dados efetuada nos serviços de Cirurgia de um hospital da zona centro (enfermarias de Cuidados Gerais e Unidades de Cuidados Intermédios), conseguimos apurar que a dor nos doentes cirúrgicos com alterações cognitivas é uma realidade e a sua avaliação é feita apenas com recurso à Escala do Observador (presente no programa informático usado na instituição), que é uma escala unidimensional, baseada unicamente na perceção pessoal do avaliador.

Quisemos portanto, comparar essa escala com outras duas, validadas para a população portuguesa, estas multidimensionais, baseadas em indicadores fisiológicos e comportamentais, tal como é indicado na bibliografia consultada: a *Abbey Pain Scale* e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), que avaliam a dor num momento inicial e 45 minutos após uma intervenção para alívio da dor, para determinar qual a mais eficaz.

O estudo foi realizado numa amostra de 76 elementos, com idades compreendidas entre 38 e 96 anos, com maior prevalência de homens. A maioria dos diagnósticos médicos prendeu-se com patologias gástricas e/ou intestinais (44,8%) e mais de metade da amostra não foi submetida a intervenção cirúrgica. A quase totalidade da amostra era composta por doentes com outros antecedentes pessoais de doença.

Dos resultados obtidos, concluímos que houve associação significativa entre os resultados das três escalas, mais evidente na avaliação inicial.

A escala menos eficaz foi a Escala do Observador, que curiosamente é a única que é aplicada neste momento na prática clínica a que nos referimos.

A escala que se revelou mais adequada/eficaz na avaliação inicial, foi a PAINAD e, na avaliação posterior a uma intervenção de alívio da dor, a *Abbey Pain Scale*.

Uma vez que o momento de avaliação mais importante para investirmos numa melhor gestão da dor dos nossos doentes é o momento inicial, prévio a qualquer intervenção, concluímos que a escala mais adequada para esta amostra, dados os resultados dos testes estatísticos utilizados, será a *Pain Assessment in Advanced Dementia*. Contudo e como se trata de uma escala que é recomendada para idosos com demência, este é um estudo que vem confirmar que pode também ser aplicada a outras faixas etárias, desde que se mantenha a condição de presença de alteração cognitiva.

Todavia, dado o reduzido tamanho da nossa amostra, estes resultados não podem ser generalizados para a população. Sugerimos, portanto, a realização de outros estudos do mesmo âmbito, a fim de confirmar os resultados com amostras mais alargadas.

Seria também interessante aplicar esta escala em doentes sem alterações cognitivas, por forma a determinar a sua eficácia.

É do nosso interesse e é nossa intenção divulgar os resultados desta investigação junto da instituição onde foram colhidos os dados e em revistas e eventos científicos. Desta forma, esperamos ser inspiração e motivação para melhores práticas, baseadas em evidência científica e também para novas investigações, que contribuam para os ganhos em saúde e para engrandecer a Enfermagem, enquanto disciplina e ciência.

Referências bibliográficas

- Batalha, L. (2005, julho/agosto). As dificuldades na quantificação exacta da dor. *Revista Servir*, 53(4), 166-173.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012, dezembro). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a01.pdf>.
- Batalha, L. (2013). *Avaliar e registar a dor no doente não verbal: Avaliação da dor em adultos e idosos não comunicantes*. Porto: IV Congresso Interdisciplinar de dor.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de Tratamento da Dor*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (1999). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão β2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Duarte, A., Pasin, S., Cavatá, T. & Heldt, E. (2013). Instrumentos para avaliação da dor em idosos com prejuízo cognitivo: uma revisão sistemática. *Revista HCPA*, 33(2), 150-160. Acedido em <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/35713/27233>.
- Guarda, H. (2006). *Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Controlo da Dor*.
- Direção Geral de Saúde. (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003.
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Herr, K., Coyne, P., MacCaffery, M., Manworren, R. & Merkel, S. (2011, December). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250. Acedido em <http://www.aspmn.org/documents/PainAssessmentinthePatientUnabletoSelfReport.pdf>.
- Herr, K., Coyne, P., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J. & Wild, L. (2006, June). Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52. Acedido em http://www.geriatricpain.org/Content/Resources/CPGuidelines/Documents/ASPMN_%20Position%20Statement_Pain%20Assesement_NonVerbal.pdf.
- Kazanowski, M. & Laccetti, M. (2005). *Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 6ª ed. Pero Pinheiro: Report Number.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIFE: Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pimenta, C. Santos, E. Chaves, L. Martins, L. & Gutierrez, B. (2001, junho). Controle da dor no pós-operatório. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 35, 2, 180-183. Acedido em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41229/44781>.
- Pinto, F. (2011). *Sedação e Analgesia em Unidades de Cuidados Intensivos em Portugal – resultados de um inquérito nacional*. Porto: Universidade do Porto.
- Polit, D. & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- REPE – *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).
- Regulamento 122/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República nº 35 – 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República nº 35 – 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
- Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Sweltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & Cheever, K. (2010). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 12ª edição. Volume 1. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, Ltda.
- Teixeira, M. (2007). *Dor: Manual para o Clínico*. São Paulo: Editora Atheneu.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

4.ª Edição

Vera Lúcia Barbosa de Almeida

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas

Estudo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viseu (IPV), sob orientação da Prof. Doutora Conceição Martins e do Prof. Doutor João Duarte.

janeiro de 2015



1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1- Nome do doente: _____ (iniciais)

1.2-Idade: _____ (em anos)

1.3-Género: Feminino Masculino

1.4-Internamento no serviço: Cirurgia 1A

Cirurgia 1B

UMDC

Cirurgia 2A

Cirurgia 2B

UCINCO

1.5-Diagnóstico médico: _____

1.6-Intervenção cirúrgica: _____

1.7-Antecedentes pessoais:

1.8-Diagnósticos de enfermagem¹ (assinale os que se aplicarem ao doente):

Consciência alterada

Cognição comprometida

Confusão

Agitação

1.9-Data e hora da primeira avaliação da dor ____/____/____ às ____h____min

Às ____h____' foi prestada uma intervenção (farmacológica ou não farmacológica) para alívio da dor, e foi: Analgésico Qual? (medicamento, dose, via) _____

Massagem Posicionamento Outro Qual? _____

¹ De acordo com CIPE versão β2, em utilização no programa informático GLINTT, a funcionar na instituição.

2- ESCALA DO OBSERVADOR²

(Escolha a intensidade da dor mais adequada, colocando uma cruz no quadrado correspondente.)

	0 min	45 min
Sem dor		
Dor ligeira		
Dor Moderada		
Dor Intensa		
Dor Máxima		

3- ABBEY PAIN SCALE (VERSÃO PORTUGUESA)³

(Para cada item/linha, escreva um número de 0 a 3, correspondente à sua intensidade.)

		0 min	45 min
Q1.	Vocalização p. ex. geme, chora, choraminga <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>		
Q2.	Expressão facial p. ex. apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgares, parece assustado/a <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>		
Q3.	Alteração da linguagem corporal p. ex. agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>		
Q4.	Alteração comportamental p. ex. mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>		
Q5.	Alteração fisiológica p. ex. temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>		
Q6.	Alterações físicas p. ex. lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contracturas, lesões anteriores <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>		
Some as pontuações das Questões 1 a 6 e registe aqui VALOR TOTAL DE DOR			

Agora assinale a casa correspondente à Pontuação Total relativa à Dor	0 - 2 Sem dor	3 - 7 Ligeira	8 - 13 Moderada	> 14 Severa
---	------------------	------------------	--------------------	----------------

² Adaptado da Escala de Hitchcock.

³ Adaptado de Rodrigues (2013).

4- PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) – versão portuguesa⁴

(Para cada categoria, escolha o item que mais se adequa, rodeando o número correspondente.)

Categoria	Item	Pontuação	
		0'	45'
Respiração independente da vocalização	Normal.	0	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	2	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1	1
	Esgar facial.	2	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2	2
Score total (somatório dos itens da tabela)			

5- CARACTERÍSTICAS DA DOR

5.1- Localização anatómica: _____

5.2- Duração: Aguda Crónica (superior a 3 meses)

5.3: Tipologia: Contínua Intermitente

5.4- Tipo:

- Pontada
- Lancinante
- Moedeira
- Por ferida
- Cutânea
- Isquémica
- Muscular
- Outro Qual? _____

⁴ Adaptado de Batalha *et al.* (2012).

ANEXO II
Parecer da Comissão de Ética da ESSV



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

PARECER

Nº 36/2014

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "A AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE CIRÚRGICO COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS"

Tendo a estudante Vera Lúcia Barbosa de Almeida sob a orientação da Prof.ª Doutora Conceição Martins, solicitado emissão de parecer sobre o estudo acima referenciado a realizar no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, incluindo como participantes utentes internados nos serviços de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu - EPE, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que os participantes a incluir no estudo são doentes internados nos serviços de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu - EPE;
- Considerando que os participantes a incluir no estudo são doentes com consciência alterada, cognição comprometida, confusão e ou agitação;
- Considerando que esta Instituição possui uma Comissão de Ética;

Somos de parecer que este pedido deva ser remetido à Comissão de Ética da Instituição onde vai ser realizado o estudo.

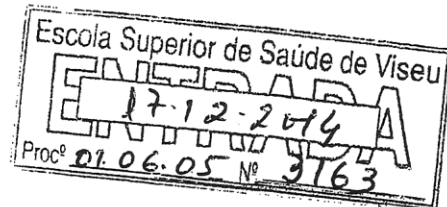
Viseu, 29 de Outubro de 2014

O RELATOR

A PRESIDENTE DA CE DA ESSV

ANEXO III

Parecer da Comissão de Ética do CHTV



000425 14 DEC 10

Exmo Senhor
Professor Doutor Carlos Pereira
Presidente da Escola Superior de
Saúde de Viseu
Rua Maximiano Aragão
3504-501 Viseu

Sua Referência

1035

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

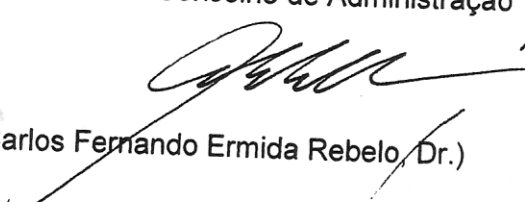
10-12-2014

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados.

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V^a Ex^a que, foi autorizada, face ao parecer da Comissão de Ética para a Saúde, a recolha de dados para realização do estudo "A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas", a realizar por Vera Lúcia Barbosa de Almeida,

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


(Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)

