

Susana Patrícia Martins Caldeira

Satisfação dos utentes com o tratamento da dor

IPV - ESSV | 2016



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Julho de 2016

Susana Patrícia Martins Caldeira

Satisfação dos utentes com o tratamento da dor

Susana Patrícia Martins Caldeira

Satisfação dos utentes com o tratamento da dor

Relatório Final

4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Rosa Martins



Julho de 2016

*Minha dor é velha
Como um frasco de essência cheio de pó.*

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

Álvaro de Campos in “Acordar”

Resumo

A dor constitui atualmente um enorme obstáculo no quotidiano de milhares de pessoas em todo o mundo. Por essa razão, é considerada um problema de saúde pública, não só pelas repercussões individuais que provoca, mas também pelas consequências graves aos níveis social e económico.

Desta forma, este estudo pretende examinar a satisfação dos utentes com o tratamento da dor, determinando os fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais (personalidade e espiritualidade) que influenciam essa mesma satisfação.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-correlacional e quantitativo. A amostra utilizada é constituída por 78 participantes, com idades compreendidas entre os 30 anos e os 82 anos, correspondendo a uma média de idades de 64,88 anos. A maioria é casada/vive em união de fato e possui graus de escolaridade baixos (1º ciclo). Para se proceder à recolha de dados foi aplicado um questionário, cuja finalidade era a caracterização clínica e sociodemográfica dos participantes. Foram também usadas as seguintes escalas: Escala de satisfação para o tratamento da dor (PTSS), Escala de espiritualidade e o Inventário da personalidade (NEO-FFI-20).

Os resultados demonstram que a maioria da amostra apresenta dor crónica, de origem músculo-esquelética e o tratamento farmacológico constitui o tratamento de eleição. A maioria (91%) dos participantes refere estar satisfeita ou muito satisfeita com o atual tratamento para a sua dor. Contudo, a análise dos dados revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a variável satisfação em diferentes dimensões com as seguintes variáveis sociodemográficas: género ($p= 0.003$, idade ($p=0.010$) e estado civil ($p=0.045$); clínicas: período temporal da dor ($p= 0.013$ e $p=0.014$), tipo de tratamento ($p=0.011$), programa de reabilitação ($p= 0.003$ e $p= 0.005$), seguimento em consulta da dor ($p\leq 0.05$ em cinco sub-dimensões da escala de satisfação), psicossociais: a personalidade em todas as dimensões com exceção da dimensão neuroticismo, e por fim a espiritualidade global ($p= 0.008$) e também na sua dimensão crenças ($p=0.010$).

Palavras- chave: dor, satisfação com o tratamento, personalidade, espiritualidade.

Abstract

Nowadays, pain represents an obstacle to daily routines of thousands of people around the world. Pain has to be considered as a public health issue, not only because of the individual repercussions to those who have to deal with it, but also because of the severe social and economic consequences.

Thus, this study aims to examine the users satisfaction on pain treatment, establishing the sociodemographic, clinic and psychosocial (personality and spirituality) factors that interfere with that satisfaction.

This is a cross-sectional, descriptive, correlational and quantitative study. The sample used consists of 78 participants, with ages between 30 years and 82 years, corresponding to an average age of 64.88 years. Most of the participants are married/living in partnerships and have low educational levels (4th grade). The data collection was made by presenting the sample with a questionnaire whose purpose was to characterize clinically and sociodemographically the participants. The following scales were also used: Pain Treatment Scale for Satisfaction (PTSS), Spirituality Scale and Inventory for personality (NEO-FFI-20).

The results show that most of the participants have chronic pain, of musculoskeletal origin, and pharmacological measures are the treatment of choice. Most of them (91%) referred to be satisfied with the treatment used to control their pain. However, data analysis revealed statistically significant differences on the variable "satisfaction" in different dimensions with the following variables: sociodemographic: gender ($p=0.003$), age ($p=0.010$), marital status ($p=0.045$); clinical: time period of pain ($p=0.013$ e $p=0.014$), type of treatment ($p=0.011$), rehabilitation program ($p=0.003$ e $p=0.005$), follow up in pain consultation ($p\leq 0.05$ in five of the many dimensions of satisfaction scale); psychosocial – the personality in all dimensions except neuroticism dimension and, finally, the global spirituality ($p=0.008$) and also the beliefs dimension ($p=0.010$).

Keywords: pain, treatment satisfaction, personality, spirituality.

Agradecimentos

Nenhuma caminhada está completa se a fizermos sozinhos e portanto, olhando para trás, para todo este percurso, e refletindo um pouco considero que existem alguns agradecimentos sinceros a fazer. Assim, Agradeço...

À Professora Dra. Rosa Martins por toda a disponibilidade, atenção e paciência, e por todas as palavras de incentivo que demonstrou em todo este percurso percorrido.

À minha família, que considero a base do que sou hoje, em especial...

Aos meus pais, por serem (sem querer ser clichê mas convicta do mesmo) os melhores pais do mundo, o meu porto seguro e o meu pilar, desde sempre e para sempre.

Ao meu irmão Pedro, homem do mundo, um exemplo de vida, pela coragem e determinação que sempre me transmitiu.

Ao meu amor e companheiro Alexandre, a minha fonte de inspiração e à minha filhota Laurinha, a minha luz.

Aos meus anjinhos da guarda (carinhosamente apelidadas pelo meu pai), Daniela Fernandes e Iolanda Sousa, esses seres maravilhosos que cruzaram o meu caminho, por estarem sempre lá, dando forças e motivação para nunca desistir!

Aos meus colegas de curso, pelo companheirismo, pelos bons momentos passados, pela aventura que foi este mestrado, em especial à Ana, Daniela, Ana Teresa, Elisabete e Sandra.

E por fim, à minha querida Natália, por me ter ajudado em todo este processo e por me ter escutado e incentivado em todos os segundos.

A todos vocês, o meu bem-haja!

Sumário

	Pág.
Introdução	17
1ª Parte - Enquadramento Teórico	
1 – A Dor	21
1.1 – Definição.....	21
1.2 – Tipos de dor.....	24
1.3 – Tratamento da dor.....	25
1.4 – Satisfação com o tratamento.....	26
1.5 – Reabilitação na dor.....	28
2 – Espiritualidade	31
2.1 – Conceito.....	31
2.2 – Influência da espiritualidade na dor.....	32
3 – Personalidade	37
3.1 – Conceito.....	37
3.2 – Traços da personalidade.....	38
3.3 – Influência da personalidade na dor.....	40
2ª Parte - Estudo Empírico	
4 – Metodologia de investigação	43
4.1 – Questão de Investigação.....	43
4.2 –Tipo de Estudo.....	43
4.3 –Objetivos do Estudo.....	44
4.4 –Definição e operacionalização das variáveis.....	44
4.4.1 – Variável dependente	44
4.4.2 –Variáveis independentes	45
4.5 – Modelo Conceptual do Estudo.....	45
4.6 –População e Amostra.....	46
4.7 – Hipóteses.....	47
4.8 – Instrumento de Colheita de Dados.....	47

4.9 – Tratamento estatístico	49
5 – Apresentação e Análise dos resultados.....	53
5.1 – Análise Descritiva	53
5.1.1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	53
5.1.2 – Caracterização clínica dos participantes.....	56
5.1.3 –Dados sobre a dor dos participantes segundo a Escala PTSS.....	60
5.1.4 – Dados dos participantes sobre a espiritualidade.....	73
5.1.5 –Dados dos participantes relativos á personalidade.....	75
5.2 – Análise Inferencial	76
6 – Discussão dos Resultados	89
7 – Conclusão	97
Referências bibliográficas	101
Anexos.....	109
Anexo I- Instrumento de colheita de dados	111

Lista de figuras

Figura 1 - Modelo Concetual do Estudo	45
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes.....	54
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos elementos da Amostra	55
Tabela 3 - Caracterização clínica dos Inquiridos.....	57
Tabela 4 - Caracterização Situacional da dor	58
Tabela 5 - Informações relativas ao processo de reabilitação dos Participantes.....	60
Tabela 6 - Perceção dos Participantes sobre a sua saúde	61
Tabela 7 - Níveis de dor sentidos pelos Participantes.....	62
Tabela 8 - Informações que os participantes gostariam de ter recebido sobre a dor e seu tratamento	62
Tabela 9 - Opinião dos Participantes sobre os cuidados médicos	63
Tabela 10 - Opinião dos Participantes sobre a atual medicação para a dor.....	64
Tabela 11 - Opinião dos Participantes sobre as vias de administração	66
Tabela 12 - Sentimentos dos Participantes sobre os efeitos secundários da medicação	67
Tabela 13 - Satisfação dos Participantes com a atual Medicação para a dor.....	68
Tabela 14 - Expetativas dos Participantes sobre o alívio da dor	69
Tabela 15 - Opinião dos Participantes sobre a eficácia e continuidade da medicação.....	70
Tabela 16 - Nervosismo dos Participantes com a toma da medicação para a dor	70
Tabela 17 - Opiniões sobre outra medicação para o alívio da dor.....	71
Tabela 18 - Avaliação dos Participantes sobre a medicação anterior para a dor	71
Tabela 19 - Estatísticas descritivas das dimensões da escala PTSS.....	73
Tabela 20 - Avaliação dos Participantes sobre a medicação anterior para a dor	74
Tabela 21 - Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes	75
Tabela 22 - Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes	76
Tabela 23 -Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do género	77
Tabela 24 - Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função da idade	78

Tabela 25 - Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do estado civil.....	79
Tabela 26 - Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do tempo	80
Tabela 27 - Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do tipo de tratamento	80
Tabela 28 - Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do seguimento na consulta da dor	81
Tabela 29 - Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função da realização de programas de reabilitação	82
Tabela 30 - Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com a informação sobre a dor	83
Tabela 31 - Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com os cuidados médicos	84
Tabela 32 - Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com a atual medicação para a dor.....	85
Tabela 33 - Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com os efeitos secundários da medicação	86
Tabela 34 - Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com a eficácia da Medicação	87

Introdução

Apesar dos grandes progressos científicos na área da saúde, a dor, pelo seu cara complexo, subjetivo e multidimensional, constitui atualmente, um desafio quer para os utentes, quer para os profissionais de saúde.

Representando a segunda causa de procura de assistência médica, a dor possui um impacto social incalculável, sendo responsável por baixas e faltas de grande número de profissionais das suas atividades laborais. Encontra-se presente numa variedade de patologias, sendo considerada atualmente um dos grandes problemas na saúde pública mundial (Teixeira, 2007).

A nível europeu, contabilizam-se anualmente 500 milhões de dias de trabalho perdidos, representando cerca de 34 milhões de euros perdidos para a economia (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallancher, 2006 cit in. Ritto et al., 2012).

Em Portugal estima-se que a dor crónica afeta cerca de 30 % da população, o que acarreta cerca de 3 milhões de euros anuais em despesas com as suas consequências diretas e indiretas, pelo impacto que tem no absentismo, na incapacidade temporária ou permanente e ainda nas reformas antecipadas. Sabe-se também que o recurso a cuidados de saúde motivados pela dor representa em média mais tempo por consulta do que qualquer outro tipo de patologia (Gouveia & Augusto, 2011; Resina, 2011; Raposo cit in. Ritto et al., 2012).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em Novembro de 2015, num inquérito nacional de saúde cerca de 8. 884.581 milhões de portugueses referem ter sentido dor física nas quatro semanas anteriores à entrevista.

No nosso país, admitindo o efeito negativo que a presença da dor tem para a qualidade de vida do indivíduo, a Direção Geral de Saúde (DGS) concebeu em 1999 um grupo de trabalho para a dor. Em 2003, emitiu uma circular que assume a dor como 5.º sinal vital, sendo que a avaliação e o registo regular da intensidade da dor passa a ser considerada como boa prática clínica nos serviços prestadores de cuidados de saúde. Mais tarde, em 2007, surgiu o Plano Nacional de Luta contra a Dor (PNLCD), que constitui um guia orientador para a abordagem da dor em meio hospitalar. Em 2008 é emitido pela DGS o Programa Nacional de Controlo da Dor, que envolveu distintas entidades na área da saúde e procurou o desenvolvimento de novas estratégias no âmbito do tratamento da dor (DGS, 2008). Mais recentemente esse plano foi substituído pelo Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da dor (PENPCDor), aprovado em despacho em Outubro de 2013, com os seguintes objetivos: diminuir a prevalência da dor não controlada, melhorar a

qualidade de vida dos doentes com dor e ainda racionalizar os recursos para o controlo da dor.

Neste âmbito, surgem as Unidades de Tratamento da Dor, que em 2013 já existiam em 53 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, distribuindo-se da seguinte forma: Região Norte: 15, Região Centro: 15, Região de Lisboa e Vale do Tejo: 17, Alentejo: 4, Algarve: 2 (DGS, 2008; Cardoso, 2013).

Porém e apesar da existência de leis, decretos e circulares existentes para o controlo da dor nos estabelecimentos de saúde, e dos avanços tecnológicos na área da dor, não se tem verificado controlo adequado da dor, especialmente da dor crónica. Assim, a aposta deve ser feita na formação dos profissionais de saúde e na informação da população em geral para combater a problemática da dor e para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados (Raposo cit in. Ritto et al., 2012).

Neste campo, os enfermeiros, inseridos numa equipa interdisciplinar, assumem uma posição privilegiada na avaliação cuidada do doente com dor, garantindo em todas as etapas do processo de enfermagem a qualidade dos cuidados prestados, com vista à reabilitação, reintegração e melhoria da qualidade de vida dos doentes (Paula, 2007 cit in. Teixeira, 2007).

Nos últimos anos, tem-se vindo a verificar uma preocupação crescente com a qualidade em saúde, contudo esta só será efetiva se se reconhecer a sua íntima ligação com a satisfação dos utentes. Reconhecer os utentes não só como utilizadores mas também como consumidores de um produto, com voz ativa e com direito a opinião, é fundamental não só para a monitorização da qualidade dos serviços, como também para a reorganização dos mesmos (Pinto & Silva, 2013).

Assim e tendo em conta os pressupostos descritos anteriormente, consideramos de grande pertinência a elaboração deste trabalho subordinado ao tema “Satisfação dos utentes com o tratamento da dor”. Como questões de investigação formulámos as seguintes: “Qual a satisfação dos utentes com o tratamento da dor?” e “Em que medida fatores de cariz sociodemográfico, clínico e psicossocial interferem nessa satisfação?”.

No sentido de obter respostas a estas questões de investigação, foram definidos os seguintes objetivos:

- Caraterizar socio demograficamente os utentes submetidos ao tratamento da dor participantes deste estudo;
- Proceder à caraterização clínica dos utentes participantes do estudo;
- Identificar o grau de satisfação dos utentes face ao tratamento da dor;

- Analisar as correlações existentes entre as variáveis socio demográficas e as clínicas e a satisfação dos utentes com o tratamento da dor;
- Identificar a influência das variáveis psicossociais (espiritualidade e personalidade) no grau de satisfação do tratamento da dor;

O presente estudo encontra-se estruturado em duas grandes partes. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico, efetuada a partir de uma consulta bibliográfica inerente a este tema, sendo dividida em três capítulos: dor, espiritualidade e personalidade. A segunda parte constitui o estudo empírico, sendo que esta parte é dividida em quatro capítulos principais, a referir: o primeiro reporta-se à metodologia, o segundo remete à análise (descritiva e inferencial) dos resultados, o terceiro diz respeito à discussão dos resultados, onde serão expostos outros estudos acerca do tema e por fim, o quarto capítulo destina-se às principais conclusões.

1.ª PARTE - Enquadramento Teórico

1- Dor

A dor constitui atualmente um problema para milhares de pessoas em todo o mundo, sendo um fenómeno universalmente conhecido, acompanhando a existência da própria Humanidade (Portela, 1999; Kazanowsli & Laccetti, 2005).

A investigação científica que tem sido produzida no âmbito da dor comprovou que a dor pode ter graves consequências não só a nível físico, mas também psicológico e social. Os dados apontam ainda para o impacto significativo da dor, principalmente da dor crónica na qualidade de vida e na produtividade dos que dela padecem, constituindo a razão primária para procura de cuidados de saúde (DGS, 2010; Gouveia e Augusto, 2011).

A procura pelo tratamento da dor constitui um desafio permanente vivido nos últimos tempos. Desde o tratamento farmacológico ao tratamento não farmacológico, tem-se assistido a uma procura contínua no alívio da dor e do sofrimento e angústia que esta causa (Cardoso, 2013).

1.1- Definição

Para a Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain - IASP) (2003), a dor é definida como uma "experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão".

A Direcção Geral de Saúde (DGS) (2008) descreve a dor como um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo, referindo-se ainda ao carácter multidimensional à dor, que afeta o indivíduo no seu todo, tendo em conta os aspetos psicológicos, físicos, culturais e sociais relacionadas com a dor .

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008) vai de encontro ao conceito da DGS, referindo que a dor possui um carácter multidimensional, e acrescentando ainda um carácter individual e subjetivo.

Paralelamente a esta concepção surgem outras definições de vários autores. Muller e Schwetta (2002) cit in. Metzger, Muller, Schwetta, Walter (2002) defendem que “a universalidade da experiência dolorosa abrange as múltiplas facetas das subjetividades individuais”. Para Cassel (2003) cit in. Cardoso (2013) a dor é uma experiência com significado, que afeta não só o corpo, mas toda a vida do doente, sendo fortemente influenciada pelas crenças de cada um. Assim sendo, o significado atribuído á experiência

da dor é determinado pelo indivíduo que a vivencia, pelas suas crenças individuais e pelas experiências prévias de cada um (Kazanowski & Laccetti, 2005; Teixeira, 2007).

O Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) (2006) descreve a dor como aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

A dor pode ser entendida como "uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolvendo vários componentes, embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida" (Santos, Amendoeira, Barroso, Godinho, Sarroeira, Rosa & Marques, 2013).

A dor constitui uma experiência complexa e multidimensional, associando-se a vários aspectos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais, manifestando-se sob diferentes formas. Desta forma, a dor torna-se, não só do interesse do indivíduo que a experimenta, como também de toda a comunidade que o envolve, uma vez que provoca danos biopsicossociais. Neste sentido, a abordagem à dor resulta de um modelo biopsicosocial, no qual existe constante interação entre fatores biológicos, psicossociais e socioculturais (Teixeira, 2007; Cardoso, 2012).

Assim, o tratamento da dor implica uma abordagem multidisciplinar, que abarca várias especialidades, desde o enfermeiro, ao médico de medicina geral, ao psicólogo, ao psiquiatra e ao especialista da dor (Metzer, Muller, Schwetta, Walter, 2002).

Como enfermeira, e defendendo uma visão holística do doente, identifico-me com este caráter multidimensional e subjetivo da experiência dolorosa. Cada doente é único, logo o significado que a dor possui varia de indivíduo para indivíduo, assumindo características ímpares em cada um, de acordo com múltiplos fatores, tais como personalidade, crenças religiosas, cultura, sociedade na qual está inserido, entre outros.

Desta forma, consideramos importante abordar sumariamente os fatores influenciadores da experiência dolorosa e assim reportar-nos-emos a esses fatores de forma muito sucinta. Relativamente à cultura, atualmente sabe-se que as concepções culturais afetam muito a forma como o ser humano lida com a dor e o sofrimento, podendo influenciar a maneira como este sente, manifesta e descreve a sua dor. Existem culturas em que se encoraja a expressão da dor, outras em que se sofre em silêncio, interiorizando as queixas para si mesmo. Sendo os fatores culturais um ponto chave na percepção dolorosa, é

essencial que o profissional de saúde não permita que as diferenças culturais interfiram na avaliação da dor e na consequente intervenção perante a mesma (Tengan, Okada & Teixeira cit in. Teixeira,2007; Kazanowsli & Laccetti, 2005).

O significado que cada um atribui á sua dor varia consideravelmente em função da bagagem cultural de cada um. Aliás, esta influência tem sido alvo de várias investigações, principalmente no continente americano (Grandsard 2002 cit in. Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

A par da cultura, também as condições sociais influenciam relação do homem com a dor, sendo que a dor tende a ter o significado que o grupo social lhe transmite (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002; Cardoso, 2013).

Mais ainda, a abordagem psicológica à dor não pode também ser menosprezada. Atualmente sabe-se que a dor pode causar sentimentos negativos sobre si próprio, tais como baixa de auto estima, depressão e ansiedade, o que conduz a um aumento de dependência de cuidados (Teixeira, 2007).

Segundo Kazanowsli & Laccetti (2005), utentes com dor frequentemente sofrem de depressão, esta que pode ser curta ou prolongada, justificando intervenção médica. Para além da depressão, existem outras variáveis muitas vezes presentes na vida de quem lida com a dor, sendo elas o medo, a ansiedade e o stress, que podem conduzir a obstáculos no alívio da dor. Assim, uma avaliação psicológica é premente nos utentes quer com dor aguda, quer com dor crónica, a fim de detetar e tratar problemas associados à dor, numa visão global e não fracionada do indivíduo.

Neste sentido, Catana (2015) refere que a história da dor abrange não só a sua história natural da doença mas muito mais que isso, "a singularidade, interpretação, valores, atitudes, expetativas, comportamentos, medos fantasmas, defesas, a sua realidade interna e externa, a par do seu padrão relacional e bagagem cultural".

A dor constitui uma ameaça para a integridade do indivíduo, acarretando sofrimento e angústia. Desta forma, o controlo da dor constitui não só um dever de todos os profissionais de saúde, que devem adotar, sempre que necessário, estratégias para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, como também um direito de todos os utentes (DGS, 2008; OE, 2008).

Para Cardoso (2013), o impacto da dor é de tal forma violento para o ser humano, que tem sido debatida uma luta constante contra a mesma, num combate, até hoje não vencido. Tal deve-se segundo a IASP (2010) à existência de barreiras no que concerne ao bom tratamento da dor, entre elas as lacunas na formação, a falta de prioridades

governamentais no controle da dor e ainda a falta de recursos económicos nos países subdesenvolvidos.

Atualmente sabe-se que o primeiro passo para o tratamento dos utentes com dor é assegurar profissionais bem formados para conseguirem dar uma resposta eficiente. No entanto, de acordo com uma pesquisa realizada pela IASP em 2007 poucos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, afirmaram ter recebido uma formação ajustada no âmbito da dor, enquanto universitários. Isto é inconcebível no mundo de hoje, uma vez que todos os profissionais de saúde cuidam de utentes com dor, devendo por isso possuir conhecimentos básicos de forma a estarem aptos a atuar quando necessário (IASP, 2010).

Para Moscoso (2015), as dimensões social e política da dor constituem o real problema, pelo que deverão ser analisados os problemas sociais que a dor acarreta e formular políticas de saúde para a combater.

1.2- Tipos de dor

Podemos dividir a dor consoante a sua duração temporal, a sua patogénese e ainda o local de origem.

Para a IASP (2001) a dor pode ser de dois tipos principais, tendo em conta período cronológico no qual a dor é vivenciada- aguda e crónica. A dor aguda refere-se a um sintoma de uma doença subjacente ou lesão, enquanto que a dor crónica deve ser compreendida como uma doença (Siddal e Cousins, 2004 cit in. Ritto et al., 2012). Nesta linha, também Kazanowski e Laccetti (2005) dividem a dor em aguda e crónica, sendo que a primeira se refere a uma dor que é resolvida em menos de seis meses, enquanto o termo crónico é atribuído a episódios de dor que demoram mais de seis meses a serem resolvidos. Embora este período de seis meses seja utilizado na maioria das pesquisas para classificar a dor crónica, a IASP classifica a dor crónica em três períodos de acordo com a sua duração: menor que três meses, de três a seis meses e mais que seis meses. Ainda de acordo com a DGS (2010), considera-se dor crónica aquela que persiste há 3 meses ou mais. Esta afeta cerca de 50 % dos idosos que vivem em comunidade e 83% dos idosos institucionalizados em lares.

Para Muller e Schwetta (2002) cit in. Metzger, Muller, Schwetta e Walter, (2002), a dor aguda constitui um sinal de alarme cuja tradução biológica é a preservação da integridade do organismo. Já a dor crónica refere-se não a um sintoma mas sim a uma doença em si mesma, condicionando todos os aspetos da vida do doente, devendo ser abordada tendo

em conta o modelo bio-psico-social. No entanto, a referir que qualquer dor aguda, quando não tratada ou mal tratada, poderá conduzir a uma dor crónica.

Tendo em conta a sua patogénese, poderá dividir-se a dor em neuropática, psicossomática e nociceptiva. A dor neuropática traduz uma lesão das estruturas do sistema nervoso periférico ou central, como por exemplo a nevralgia do trigémeo ou a neuropatia diabética. Relativamente à dor psicogénica tem na sua origem problemas psicológicos. Já a dor nociceptiva resulta de uma lesão tecidual e poderá dividir-se em somática (superficial ou profunda, é bem localizada e está associada ao processo inflamatório local) ou visceral (resulta de infiltração, compressão ou distensão dos órgãos que muitas vezes é referida como dor profunda e mal localizada).

De acordo com a sua localização ainda podemos referir também vários tipos de dor, sendo elas: músculo-esquelética, cutânea, nervosa e visceral.

A dor músculo-esquelética está presente em afeções articulares inflamatórias (artrite) ou degenerativas (artrose), provocando dor á mobilidade e limitações da mesma. No que concerne á dor cutânea, esta é o resultado da estimulação dos nociceptores mais superficiais da pele ou mucosas. Já a dor visceral tem origem na estimulação de nociceptores mais profundos, traduzindo-se numa dor mal localizada e profunda (Cardoso 2013; Muller & Schwetta, 2002 cit in. Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

1.3- Tratamento da dor

O controlo da dor constitui não só um direito das pessoas, qualquer que seja a sua causa, como também um dever de todos os profissionais de saúde. O seu alívio pode ser alcançado quer por via farmacológica, quer por via não farmacológica (OE, 2008).

Os principais objetivos do tratamento farmacológico da dor são o controlo da dor e a melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida do utente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o alívio da dor é obtido pelo meio de: fármacos não opióides, utilizados na dor ligeira (como por exemplo o paracetamol ou os Anti-inflamatórios não esteróides), fármacos opióides, usados na dor moderada a grave, podendo ser associados com os fármacos não opióides e ainda fármacos adjuvantes, aos quais recorrem os utentes com síndromes dolorosas difíceis de controlar (DGS, 2010).

No que concerne á terapêutica não farmacológica, a mesma procura proporcionar a melhoria do desempenho psico comportamental, possibilitando também a diminuição do consumo de fármacos, e diminuindo desta forma os efeitos secundários muitas vezes difíceis de controlar. (DGS, 2010) A mesma deverá fazer parte de um plano de tratamento

global e personalizado para a dor. As técnicas não farmacológicas são, geralmente, de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser utilizadas quer em meio hospitalar, quer no domicílio. A OE (2008) recomenda que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e que estas devem ser escolhidas de acordo com as características individuais de cada doente e também os objetivos do tratamento. Divide as intervenções não farmacológicas em físicas, cognitivo - comportamentais e de suporte emocional.

Desde a massagem, á aplicação de ultra-sons e estimulação elétrica nervosa transcutânea, todos estes métodos têm como principal finalidade a melhoria do controlo da dor. Também a acupuntura, oriunda da medicina tradicional chinesa, tem vindo a ganhar adeptos nos últimos tempos, embora só nas últimas décadas começou a ter reconhecimento na medicina ocidental (Teixeira, 2007; Cardoso, 2013). Relativamente às estratégias cognitivas, estas podem ser eficazes na maioria dos casos, quando associadas a outras terapias. Incluem o relaxamento, a imaginação guiada, a hipnose, a musicoterapia e o humor, embora nenhuma destas terapias tem sucesso sem a colaboração do utente (Kazanowsli & Laccetti, 2005).

1.4- Satisfação com o tratamento

Atualmente, e de acordo com a literatura existente, tem vindo a assistir-se a uma preocupação crescente na qualidade dos serviços de saúde, sendo essa qualidade medida através de diversos indicadores. De acordo com Pinto e Silva (2013), um desses indicadores é a satisfação dos utentes, sendo a qualidade e a satisfação dois conceitos que caminham lado a lado. A excelência dos cuidados está diretamente relacionada com a satisfação dos utentes, e esta abrange uma dinâmica de forças entre as expetativas do doente e a perceção do desempenho (Mendes, 2006).

De fato, o grande objetivo da qualidade dos cuidados deve relacionar-se com a satisfação das necessidades manifestadas pelos doentes, sendo crucial o desenvolvimento de uma "cultura anti dor" nos estabelecimentos de saúde, proporcionar uma informação adequada ao doente sobre a dor e a garantir-lhe que tudo será feito no sentido de aliviar e controlar essa dor (Muller & Laugner, 2002 cit in. Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

Martins (2009) refere ainda que a satisfação dos utentes tem-se vindo a afirmar como um cuidado crucial em muitas organizações, não só de saúde, cuja preocupação major é melhorar qualitativamente os serviços prestados.

“A monitorização do nível de satisfação dos utentes constitui um imperativo ético, moral e social que todos os intervenientes nos processos de saúde devem assegurar não apenas para a avaliação dos resultados mas pela importância de que se reveste e, sobretudo, pela oportunidade de melhoria contínua dos serviços” (Serapioni, 2009 cit in. Pinto & Silva, 2013).

Por satisfação entende-se um conjunto diversificado de respostas face às experiências vivenciadas de cuidados de saúde. O conceito de satisfação assenta numa perspetiva subjetiva multidimensional, envolvendo vários fatores. Assim, identificar a satisfação dos utentes e reconhecer as suas necessidades e expectativas constitui uma luta diária para todos os profissionais na área da saúde, podendo traduzir uma melhoria dos cuidados de saúde (Pinto & Silva, 2013; Mendes, Mantovani, Gemito & Lopes, 2013).

A satisfação corresponde a um “sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação ou do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa” (Kolter, 1998 cit in. Santos, Ramalinho, Santos & Prieto, 2012). De acordo com Nunes e Rabais (2013), a satisfação do utente é o reflexo da sua visão em relação aos serviços de saúde, constituindo o mesmo um elemento ativo na tomada de posição em relação aos cuidados de saúde recebidos.

A avaliação da satisfação não só proporciona uma aferição do programa terapêutico e a identificação das necessidades reais dos doentes, assim como proporciona uma visão mais realista, no caso deste tema, das terapias utilizadas no controlo da dor (Teixeira & Yeng, 2007 cit in. Teixeira, 2007).

Desta forma, inúmeros estudos têm sido desenvolvidos na área da saúde, nos últimos anos, cuja preocupação central é a satisfação dos utentes, o que tem possibilitado a adequação de respostas de saúde face às expectativas dos utentes e conseqüentemente uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Centrando-nos na satisfação dos utentes com o tratamento da dor, sabemos que existem alguns estudos internacionais sobre a temática contudo, a nível nacional os estudos são bastante escassos sendo uma área ainda por explorar.

Um estudo realizado em Portugal, que contou com 141 utentes internados em unidades médico-cirúrgicas no Centro Hospitalar Leiria- Pombal, onde se focou a prevalência e as características da dor, mostrou que apesar da prevalência de dor ser acima dos 50 % (52,5%), a grande maioria dos utentes encontrava-se satisfeito com o tratamento da sua dor (Silva & Dixe, 2013).

Outra pesquisa acerca da satisfação do doente com o tratamento da dor, cuja amostra foi de 144 participantes com dor aguda ou crónica, pertencentes às regiões do centro e do sul do país, foram salientadas as determinantes sociodemográficas e clínicas como preditoras de satisfação do doente com o tratamento da dor (Pontinha et al., 2012).

Noutra pesquisa efetuada com 476 participantes que apresentavam dor igual ou superior a quatro (na escala numérica da dor), constatou-se que a elevada satisfação dos utentes com o tratamento da dor se deve essencialmente com a prescrição de analgesia adequada. Os investigadores deste estudo referem ainda que um dos principais objetivos do controlo e tratamento da dor é a satisfação dos utentes. (Shill, Taylor, D., Ngui, Taylor, S., Ugoni, Yeoh & Richardson, 2012)

Fernandes (2012) no seu estudo sobre "Qualidade de Vida e Satisfação com o Tratamento da Dor Neuropática nos Doentes na Beira Interior", concluiu que quanto maior a satisfação dos utentes, maior a adesão ao tratamento da dor e conseqüentemente maior a qualidade de vida. De fato, o doente cirúrgico tem sido alvo também de pesquisas neste âmbito, pois Karabulut, Aktas, Gurçayir, Yilmaz & Gokmen (2011), estudando uma cuja população constituída por utentes do foro cirúrgico cardíaco, concluíram que o controlo adequado da dor e a informação correta sobre a mesma contribuem para a satisfação dos utentes.

Também a população idosa tem sido alvo de investigações nesta área. Dado o envelhecimento crescente da população mundial, tem vindo a verificar-se um cada vez maior interesse sobre a dor no idoso. Desta forma, um estudo nacional, cuja amostra era constituída por 89 idosos, revelou altos níveis de satisfação com o tratamento para a dor (Dias, 2011).

Numa outra pesquisa (internacional), Baker, Connor, Roker e Krok (2013) demonstraram que a comunicação utente- profissional de saúde é essencial na satisfação com o tratamento da dor sobretudo em doentes oncológicos e idosos.

1.5 - Reabilitação e dor

O controlo da dor implica reabilitação global, nas suas vertentes física, psíquica e social, visando não só a melhoria da qualidade de vida, mas também a readaptação social e profissional do indivíduo.

Desta forma, a reabilitação deverá ser interdisciplinar e abrangente, considerando o indivíduo como um todo e não ser dirigida especificamente ao segmento lesado. A reabilitação deve ter como objetivos não só o alívio da dor, como também a melhoria das

funções, para que o indivíduo possa realizar as suas atividades de vida diárias da forma mais eficiente possível (Teixeira, 2007.)

Paulino (2015) refere que os utentes com dor, principalmente dor crónica beneficiam e muito de acompanhamento interdisciplinar, sendo que na reabilitação destes utentes é essencial integrar conceitos de *empowerment*, dando todas as ferramentas aos utentes para que ajudados, consigam ultrapassar e controlar melhor a sua dor. Embora na área da dor lombar, mas considerando que podemos extrapolar para toda a generalidade da dor, também Resina (2011) defende que o processo de reabilitação assenta na tomada de posse do utente de um papel ativo, permitindo um maior controlo da sua vida e sobretudo tornando-o capaz de lidar com a sua dor. Portanto, considera necessário que o utente adquira competências por meio de aquisição de conhecimentos sobre a sua saúde/doença, tornando-se uma mais valia em todo o programa de reabilitação. Este deve ser multidisciplinar e assente no modelo biopsicossocial da dor, promovendo não só a restauração funcional mas também a reintegração profissional do indivíduo.

A psicóloga clínica da unidade da Dor do Hospital Garcia da Horta, Cristina Catana (2015) ressalva ainda a importância da família/cuidador em todo o processo de reabilitação do utente, criando-se um ambiente de confiança e segurança onde a escuta empática é fundamental. Assim, o triângulo terapêutico é crucial para estes utentes, sendo formado pelo utente, cuidador e profissional de saúde.

Como futura especialista na área de reabilitação, parece-nos evidente a importância de abordar esta temática. Assim, no que concerne à enfermagem de reabilitação, consideramos que assume um papel fundamental em conjunto com outros profissionais no combate á dor, embora ainda haja um longo caminho a percorrer para que esta especialidade ganhe visibilidade, não só junto de outros profissionais de saúde como também na sociedade em geral.

A OE (2010) afirma que a reabilitação, "enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência." Para Goncaléz, Gutiérrez e Corral (2011), os cuidados de enfermagem de reabilitação têm como principais objetivos os de auxiliar o utente a alcançar a sua máxima independência de acordo com as suas capacidades, promovendo o autocuidado e a sua reinserção sociofamiliar da melhor maneira possível e com qualidade.

O enfermeiro especialista em reabilitação possui conhecimentos adequados e experiência no campo acrescida para conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados individualizados, com base nos problemas reais dos utentes e nos objetivos

traçados, maximizando o potencial de cada utente. (OE, 2010). No entanto e de acordo com a literatura consultada, ainda existe um longo caminho a percorrer, sendo a dor um campo que necessita de atenção redobrada por parte dos especialistas em enfermagem de reabilitação, principalmente na área da estudos científicos, para que se consigam cuidados de excelência baseados em evidência científica. (Gonçalves, 2014). De encontro ao que foi referido a OE (2014), identificou a dor e as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função sensorial e na dor como uma das áreas de investigação prioritárias da especialidade de enfermagem de reabilitação.

O profissional de enfermagem possui conhecimentos sobre o fenómeno doloroso inerentes ao seu percurso académico-profissional e cabe a si mesmo e também à instituição de saúde onde trabalha promover uma melhoria constante desses mesmos conhecimentos a fim de prestar os melhores cuidados possíveis ao utente com dor. Para Gonçalves (2014) "as suas intervenções passam por identificar, avaliar e registar a dor encontrando estratégias para o seu alívio, sabendo que é possível atingir o alívio da dor com estratégias prescritas por enfermeiros valorizando desta forma as intervenções autónomas". A mesma refere ainda que muitas vezes é através dos cuidados de enfermagem de reabilitação, inseridos num cuidado global e interdisciplinar, que o utente consegue o alívio da sua dor, conduzindo por si só, a uma melhoria da qualidade de vida.

Corroboramos também com Pereira (2012) quando defende que o enfermeiro de reabilitação tem o dever de fazer a ponte entre o doente e a sua família/cuidador, de forma a intervir no fenómeno doloroso, mobilizando todos os seus conhecimentos, para a prestação de melhores cuidados de enfermagem.

A Associação Americana de Enfermeiros de Reabilitação (2015) refere que o papel do enfermeiro em programas de controlo a dor está a ganhar cada vez mais terreno, constituindo como seus principais objetivos os de aumentar a funcionalidade e a qualidade de vida dos utentes. Assim, são competências do enfermeiro de reabilitação: determinar a origem da dor, administrar analgesia e monitorizar os seus efeitos secundários, implementar medidas não farmacológicas tais como massagem, calor/frio e posicionamentos, implementar estratégias holísticas de controlo da dor. A referir que no seio de uma equipa multidisciplinar, cabe ao enfermeiro de reabilitação a educação/ ensino ao utente/família de técnicas e mecanismos para que consigam lidar melhor com a dor e os seus efeitos negativos, estabelecendo objetivos e metas reais com o utente, tornando-o membro ativo na luta e controlo da dor.

2- Espiritualidade

O ser humano é pessoa integral, constituído por diversas dimensões, todas elas interligadas entre si: bio-psico-social, afetiva, espiritual, política, cultural, económica (Ribeiro, 2008).

Embora a literatura atribua cada vez maior importância às variáveis espirituais e haja um reconhecimento mais crescente da influência da espiritualidade na saúde das pessoas, esta dimensão do ser humano continua a ser negligenciada em prol de outras (Azevedo, Cunha, Naia, Figueiredo & Amaral, 2005).

Também na área da enfermagem e apesar do crescente interesse na espiritualidade, ainda há muito a fazer, devendo os profissionais investir mais nesta área, alargando horizontes, de forma a atender às necessidades espirituais dos doentes, que nem sempre são valorizadas, tendo em conta uma visão global dos mesmos (Cardoso, 2008).

2.1- Conceito

Sabemos que desde os primórdios da humanidade, a dimensão espiritual assume especial importância na vida do ser humano.

Pode ser considerada como “a dimensão do ser humano que integra, motiva, dá energia e influencia todos os aspetos da vida do homem” (Taylor, 2002, cit in. Mendes, 2006).

É ainda apontada como núcleo central do ser humano, envolvendo não só sentimentos, como significados na existência de cada indivíduo ao longo da sua trajetória de vida. Poderá afirmar-se também que é um fenómeno natural e individual e uma realidade abstrata, variável e não constante ao longo da vida (Mendes, 2006; Serrão, 2006; Silva, Araújo, Cardoso, B. & Cardoso, M., 2015)

Para Cardoso (2008) a espiritualidade não só engloba as necessidades humanas como se assume como uma necessidade humana em si mesma, muitas vezes procurada quando a pessoa vivencia uma situação de crise ou de sofrimento, procurando dar algum sentido positivo e de esperança a toda a experiência dolorosa.

Poderá ainda ser entendida como a essência do ser humano, inseparável do físico e do intelectual, possibilitando a pessoa a encontrar sentido para a vida. (Queiroga, 2012; Gomes, 2008). Fonseca (2012) refere ainda que vivenciar a espiritualidade é a capacidade do indivíduo entrar no mais íntimo de si próprio e encontrar forças interiores para vencer os obstáculos da vida.

No entanto, torna-se importante estabelecer a diferença entre espiritualidade e religião, uma vez que são muitas vezes confundidas. São conceitos que caminham lado a lado, e que apesar de sobrepostos são diferentes. Para Pinto e Pais Ribeiro (2007), o conceito de espiritualidade é mais amplo e abrangente que o de religiosidade, sendo um processo dinâmico e pessoal. A espiritualidade refere-se a "tudo aquilo e todo aquele que atribui um significado e um propósito final á vida de uma pessoa e que apresenta formas particulares de estar no mundo, em relação aos outros, consigo mesmo e com o universo". Já a religião requer a "adoção ou participação numa comunidade de fé específica, que partilha o mesmo conjunto de crenças, rituais morais, e por vezes, um código de saúde centrado num poder definido como transcendente e grandioso, referido como um Deus". Os rituais religiosos servem para as pessoas satisfazerem as suas necessidades espirituais e expressarem a sua própria espiritualidade, ainda que tais necessidades possam ser satisfeitas sem o recurso à religião. (Wright,2005)

2.2- Influência da espiritualidade na dor

O modelo fisiológico de explicar a dor já está de longe ultrapassado, incluindo-se atualmente os aspetos cognitivo, emocional e espiritual como fatores que influenciam a experiência dolorosa (Rizzardi, Teixeira & Siqueira, 2010).

A espiritualidade assume-se como um dado importante no dia-a-dia das pessoas, onde se inclui o campo da saúde, podendo fornecer á pessoa doente ferramentas que a auxiliam na luta contra a sua doença (Fernandes, Monteiro & Alves, 2006). Para Ribeiro (2008), "a espiritualidade ilumina, motiva e dinamiza a luta pela saúde e pela vida".

A espiritualidade é uma característica inerente á humanidade, integrando muitos aspetos relacionados com a saúde das pessoas. A preocupação crescente em compreender o homem na sua globalidade, levou a que esta dimensão assumisse uma posição cada vez mais sólida e relevante na área da saúde (Pinto & Pais Ribeiro, 2007; Cardoso, 2008)

No entanto, a grande maioria das pessoas só valorizam a dimensão da espiritualidade quando confrontadas com as fragilidades inerentes á própria humanidade. O recurso á espiritualidade surge maioritariamente como aliado para as pessoas que se encontram doentes (Fornazari & Ferreira, 2010; Fonseca,2012).

De encontro a estes autores, encontra-se também outros, tais como, Gomes (2008) que defende que é através da espiritualidade que o ser humano encontra significado para todas as experiencias da sua vida, a qual se incluem a doença e o sofrimento. Já Queiroga (2012) relata a dimensão espiritual como um dos "fatores mais importantes na estruturação

de toda a experiência do indivíduo, na constituição do seu sistema de crenças, valores e comportamentos e conseqüentemente os seus padrões de doença”.

Deal (2011) refere que os enfermeiros são profissionais de primeira linha em contato com o utente, e como tal, deverão estar despertos para a espiritualidade. Ao compreenderem melhor a relação entre as influências espirituais e a dor/sofrimento dos utentes, os profissionais de saúde seguramente irão atender melhor às suas necessidades.

"A forma como o enfermeiro vê a pessoa tem de contemplar a dimensão espiritual, pois a consciencialização e transformação espiritual podem ocorrer em diferentes circunstâncias da vida, o que exige que o enfermeiro a mobilize na sua prática clínica" (Cunha & Sarroeira, 2014). Para Nussbaum (2003), o centro do cuidado holístico, tão defendido na área de enfermagem, encontra-se na identificação e atendimento das necessidades emocionais e espirituais dos utentes. Defende ainda que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada no cuidar global do utente, pelo que não devem negligenciar a espiritualidade, mas sim estarem cada vez mais atentos à mesma.

Posto isto, consideramos importante inserir esta variável no presente estudo, a fim de percebermos se influencia ou não a satisfação dos utentes com o tratamento da dor.

Nos últimos anos, têm vindo a realizar-se cada vez mais estudos neste campo, tendo a espiritualidade ganho cada vez mais atenção, em especial, na última década. No entanto, "embora a relação entre espiritualidade e cuidados de saúde esteja já evidenciada na investigação, há ainda um longo caminho a percorrer" (Pinto & Pais Ribeiro, 2007)

No âmbito da dor, algumas investigações efetuadas constataram que a espiritualidade poderá ser um fator preditivo de bem-estar, melhorando até a tolerância à própria dor. Ao integrar a espiritualidade no cuidado ao utente com dor, verifica-se que sua a qualidade de vida melhora significativamente. Outros estudos apontam também para um grande poder que a espiritualidade exerce sobre a saúde física e psíquica dos indivíduos, relatando uma diminuição do impacto da doença na vida das pessoas e até uma redução de óbitos na ordem dos 30% (Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007; Fornazari & Ferreira, 2010; Silva, Araújo, Cardoso, B. & Cardoso, M., 2015).

Diversas pesquisas têm comprovado o poder terapêutico de uma espiritualidade saudável, auxiliando a pessoa a "restaurar a esperança, a encontrar significado e sentido para a vida e a lidar com a doença e incertezas do futuro de uma forma mais eficaz" (Pinto, 2011).

No que concerne à dor crónica, vários são os estudos encontrados na literatura e todos parecem ser unânimes, ao referir que a espiritualidade assume um papel essencial

nos utentes que padecem de dor crónica, auxiliando numa melhor tolerância á dor e consequentemente melhor qualidade de vida (Gerbershagen, Trojan, Kuhn, Limmrot & Bewermeyer, 2008; Büssing, Ostermann & Koenig, 2007).

Como exemplo, temos um estudo longitudinal realizado por Sundblom (1994), que investigou a cura espiritual em utentes com síndromes dolorosas crónicas na Finlândia durante um período de ano e meio. Os resultados evidenciaram que os utentes que se dedicavam à sua espiritualidade apresentavam melhoria do sono, alívio da dor e ainda diminuição no consumo de medicamentos para o controlo da dor, nomeadamente analgésicos.

Por outro lado, outro estudo, cuja amostra foi de 122 indivíduos com dor musculoesquelética demonstrou que os utentes com maior dor eram aqueles que mais se dedicavam á espiritualidade e religiosidade na sua vida, com objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Em 2005, com o intuito de avaliar a relação entre a realização de meditação com envolvimento espiritual e os níveis de dor, Wachholtz e Pargament, verificaram que o grupo que realizava meditação regularmente apresentava menores níveis de ansiedade, melhor humor e duas vezes mais tolerância à dor (Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007).

Dentro desta linha de pensamento, surge outro estudo realizado em 2008 que procurou estudar a relação entre espiritualidade e a ocorrência de enxaquecas, tendo concluído que os utentes que praticam meditação espiritual apresentam uma diminuição significativa de ocorrência de enxaquecas e ainda diminuição dos seus efeitos negativos, tais como ansiedade e uma maior tolerância à dor (Wachholtz & Pargament, 2008).

A nível fisiológico, diferentes estudos apontam que a espiritualidade auxilia na diminuição da tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória e conduz a uma elevação dos mediadores envolvidos na diminuição da percepção da dor: GABA, serotonina e dopamina. Como resultado destas alterações fisiológicas, os utentes conseguem enfrentar melhor a dor, principalmente a dor crónica (Rizzardi, Teixeira & Siqueira, 2010).

Também na área dos cuidados paliativos, muito tem sido desenvolvido no que concerne á espiritualidade. Por exemplo, um estudo realizado em 2013, procurou investigar as necessidades espirituais como parte central do cuidar do doente em fase terminal. Concluiu que a dor deverá ser vista, tendo em conta inúmeras prespetivas, não só social e cultural, mas também espiritual (Hanssen & Pedersen, 2013).

Silva, Araújo, Cardoso, B. e Cardoso, M. (2015), num estudo de caso realizado com um utente com doença terminal em estado avançado constataram a importância da dimensão espiritual na avaliação adequada da dor, na sua percepção e no seu controlo.

Outra investigação, cuja amostra era composta por indivíduos do sexo masculino com cancro da próstata metastizado, concluiu que a espiritualidade está associada a uma maior qualidade de vida e maior esperança. (Zavala, Maliski, Kwan, Fink & Litwin, 2009).

Um outro estudo, cuja amostra foi de 449 utentes com doença prolongada, vem de encontro ao anterior e suporta também este modelo biopsicosocial e espiritual de encarar os utentes com dor, revelando uma associação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e a qualidade de vida dos utentes oncológicos (Whitford, Olver, Peterson & 2008).

Fornazari e Ferreira (2010) concluem na sua investigação, que a espiritualidade contribuiu positivamente para a qualidade de vida dos utentes oncológicos, fazendo com que o indivíduo encare melhor o problema/doença, adira melhor ao tratamento e reduzindo os seus níveis de stress e de ansiedade.

Em concordância com o que foi referido anteriormente, surge em 2011 uma investigação cuja amostra foi de 747 utentes com cancro gastrointestinal, geniturinário e ginecológico, tendo revelado que existe uma associação positiva entre a prática da espiritualidade e uma melhor auto estima e relacionamento social e uma associação negativa entre a mesma e o sofrimento físico (Lo, Zimmermann, Gagliese, Li & Rodin, 2011).

No entanto, apesar da existência de inúmeras investigações internacionais sobre esta temática, todos eles em consonância no que se refere á importância da espiritualidade nos doentes com dor, a nível nacional este campo ainda é pouco explorado. Desta forma, futuramente serão necessárias mais pesquisas sobre o papel preciso da espiritualidade nos doentes com dor, numa prespetiva global do cuidar.

A título de exemplo, em relação á espiritualidade, encontra-se um estudo realizado no Centro Hospitalar de São João, envolvendo 92 doentes oncológicos e cujo tema era "*A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica*". O mesmo corrobora com outros estudos, constatando que a espiritualidade ajuda a pessoa a lidar com o sofrimento e a doença (Pinto, 2011).

3- Personalidade

Tendo em conta o carácter multidimensional que acompanha a dor, parece-nos importante explorar outra variável psicossocial e o seu contributo para a experiência dolorosa - a personalidade.

3.1- Conceito

Na literatura consultada existem diferentes definições de personalidade. Um dos pioneiros a dedicar-se ao estudo da personalidade foi Allport. De acordo com este autor, a personalidade refere-se a uma organização dinâmica e particular de vários sistemas, que determinam não só os pensamentos de cada indivíduo, mas também a sua conduta e a forma como este se adapta ao meio que o rodeia. O mesmo defende ainda que apesar de ser uma organização interna, individual e pessoal de cada um, a personalidade pode ser medida e avaliada através de instrumentos objetivos (Allport, 1973).

Nesta linha de pensamento surge a definição de Eysenk (1990), referindo que a personalidade é um construto individual mais ou menos estável que condiciona a seu comportamento e a sua adaptação ao meio que o envolve. Mais tarde, McCrae e John (1992) consideraram que a personalidade é determinada pelos traços disposicionais que constituem os cinco fatores da personalidade humana, que serviram de base teórica no presente trabalho.

Para Bernard (2000), a palavra personalidade advém do grego "persona" que significa máscara de teatro", desta forma, o seu conceito está relacionado com o papel que um indivíduo desempenha no seu contexto e face à sociedade organizada que o rodeia. Reuchlin (1992) cit in. Bernard (2000), defende que é "uma característica relativamente estável e geral da maneira de ser de uma pessoa no seu modo de reagir às situações nas quais se encontra".

Ainda, reportando-nos a este conceito, Aktinson e Hilgard (2012) defendem que a personalidade corresponde a um conjunto de "padrões distintos e característicos de pensamentos, emoções e comportamentos que formam o estilo pessoal do indivíduo". Já Pervin e John (2004) referem que este conceito constitui o aglomerado das características específicas de cada indivíduo, que se traduzem em padrões consistentes de comportamentos, pensamentos e sentimentos. Deste modo, a personalidade refere-se a tudo aquilo que nos leva a comportar de forma mais ou menos previsível, tendo em conta diferentes contextos (Feldman, 2001).

3.2- Traços de personalidade

No que se refere á personalidade, diversas abordagens emergem, tais como a abordagem biológica, a humanista, a baseada na aprendizagem, a de traços. No entanto, tendo em conta a escala da personalidade utilizada no presente trabalho, consideramos pertinente reportarmo-nos apenas a abordagem dos traços, tendo como base o modelo dos cinco fatores da personalidade.

O modelo dos cinco fatores da personalidade surge no seguimento de várias pesquisas desenvolvidas no âmbito da personalidade, encontrando-se organizado através de cinco dimensões básicas e universais da personalidade, sendo elas: o neuroticismo, a extroversão, a amabilidade, a conscienciosidade e a abertura á experiência. É um modelo dimensional, isto é, cada um pode variar no grau em que expressa cada um destes traços. Neste sentido, as pessoas que expressam fortemente determinado traço são designadas como tendo elevadas pontuações no mesmo, assim como as que expressam de forma mais ligeira as características de um traço são consideradas como tendo baixas pontuações no mesmo. Deste modo, a forma como cada indivíduo expressa cada um dos traços vai determinar os seus comportamentos, sentimentos e pensamentos e a sua conduta na sociedade em que se insere (McCrae & John, 1992).

De seguida, exploramos cada traço mais pormenorizadamente.

✓ Neuroticismo

Representa as diversidades individuais relacionadas com a propensão do ser humano em experienciar distress e os estilos de comportamento e de cognição associados à mesma (McCrae, & John, 1992). Este traço da personalidade permite avaliar com fidelidade a adaptação versus a instabilidade emocional do ser humano, identificando os indivíduos mais instáveis e com maior propensão para a descompensação emocional. Os sujeitos com elevadas pontuações nesta dimensão são geralmente pouco realistas, demonstram necessidades e desejos excessivos e também respostas de coping desadequadas quando se deparam com situações novas e diferentes das habituais. Estes indivíduos tendem a ser nervosos, inseguros, preocupados, vulneráveis ao stress, facilmente irritáveis e tensos, pouco lutadores face a situações difíceis e ainda hipocondríacos. Paralelamente, os indivíduos com pontuações baixas são calmos, relaxados, resistentes, satisfeitos consigo próprios, seguros de si e emocionalmente estáveis (Chan, 2004; Lima, & Simões, 2000).

✓ Extroversão

Este domínio avalia com mais pormenor as interações interpessoais, a necessidade de estimulação, o nível de atividade e a capacidade de exprimir alegria (Lima, & Simões, 2000). A extroversão representa a propensão que cada um possui em ser mais ou menos focado com o meio envolvente. Geralmente, indivíduos com elevadas pontuações neste domínio são faladoras, otimistas, assertivos, sociáveis, divertidas e muito ativas e buscam constantemente novas interações sociais. Inversamente, os indivíduos com valores baixos tendem a ser tímidos distantes, pouco faladores e exuberantes, reservados, sóbrios (Chan, 2004; Lima, & Simões, 2000).

✓ Abertura à Experiência

Este traço avalia mais especificamente a procura proactiva, a tolerância e a exploração do desconhecido (Lima, & Simões, 2000). Assim, os sujeitos que se caracterizam por pontuações mais altas neste domínio são regra geral, originais criativos, curiosos, inovadores, flexíveis, imaginativos e possuem vários interesses simultaneamente. No lado oposto, as pessoas que têm pontuações mais baixas são tradicionais, pragmáticas e limitadas, não revelando interesse algum por novas experiências ou situações (Lima, & Simões, 2000; Puher, 2009).

✓ Amabilidade

Este domínio avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo, que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e ações (Lima, & Simões, 2000). Pontuações altas neste domínio refletem usualmente pessoas bondosas, sentimentais, prestáveis, gentis, que perdoam e confiam facilmente e que por vezes se prejudicam em prol do outro. Contrariamente, os sujeitos com classificações baixas tendem a ser desconfiados, vingativos, egoístas cínicos, impiedosos, egocêntricos, rudes e pouco cooperativos (Lima, & Simões, 2000; Puher, 2009).

✓ Conscienciosidade

Esta dimensão avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objetivo (Lima, & Simões, 2000). Para Chan (2004), Lima e Simões (2000) e Puher (2009), pontuações elevadas revelam pessoas trabalhadoras, ambiciosas, organizadas, pontuais, confiáveis, orientadas para obterem sucesso. Por outro lado, as pontuações baixas demonstram sujeitos pouco responsáveis, despreocupados, preguiçosos, negligentes e que não estabelecem qualquer objetivo. Constituem pessoas pouco orientadas para o sucesso e mesmo desleixadas, que estabelecem para si próprios padrões muito baixos e são pouco exigentes consigo e com os outros. Este domínio

contrasta os sujeitos que são de confiança e escrupulosos com aqueles que são preguiçosos e descuidados (Lima, & Simões, 2000).

3.3- Influência da personalidade na dor

De acordo com Muller e Schwetta (2002) cit in. Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002) a dor não só conduz á alteração da sua vida pessoal, familiar, profissional e social, como também condiciona a personalidades do indivíduo, moldando-a. A dor cria modificação da personalidade do doente, sendo o traço dominante da mesma a depressão. Outro dado importante é que para os mesmos autores, uma "personalidade frágil" constitui um fator que pode favorecer o aparecimento de dor crónica.

Diamond & Coniam (1999) referem que para além das condicionantes biológica inerente á dor, outros fatores deverão ser considerados, tais como psicológicos e ambientais. Assim, a personalidade do indivíduo vai influenciar a experiência da dor e o significado atribuído à mesma. Arnstein et. al. (2006) defende que a componente psicológica da dor é fundamental para compreender melhor a experiência da dor, adequando melhor o tratamento.

Vários estudos têm sido desenvolvidos neste âmbito, demonstrando a importância da personalidade no controlo da dor e na adesão do tratamento para a dor. Nobre, Reis, Torres e Alchieri (2011), num estudo realizado acerca da influência da personalidade na dor aguda em utentes submetidos a cirurgia cardíaca, constataram que os diferentes tipos de personalidade tendem a gerar diferentes comportamentos, para uma melhor adaptação às dificuldades sentidas no pós-operatório, entre as quais se encontra a dor. Verificaram diferenças significativas entre as expressões de dor e as características da personalidade.

Também Vassend, Roysamb e Nielsen (2013) investigaram a influência dos cinco traços da personalidade na sensibilidade à dor, tendo constatado diferenças entre os diferentes traços dos utentes e a forma como enfrentam a dor.

Um outro estudo efetuado na área da Obstetrícia mostrou que as características psicológicas de cada um podem influenciar a interpretação e a expressão ao longo do trabalho de parto (Carvalho, Zheng & Tagaloa, 2014).

Em consonância com o referido anteriormente, surge outra pesquisa executada em 2013 nos Estados Unidos, que constatou a personalidade e as características psicológicas como variáveis preditoras de diferentes respostas a uma multidisciplinariedade de tratamentos para a dor (Lattie, Antoni, Millon, Kamp & Walker, 2013).

Em Espanha também foi realizada uma investigação que concluiu que a personalidade deve ser um fator a ter em conta na avaliação inicial do utente com dor crónica, para possibilitar ajuste dos próprios programas terapêuticos e predizer possíveis resultados com o tratamento (Ramírez, & Esteve, 2013).

A corroborar com estas conclusões, emerge também um estudo realizado por Wood, Maclean e Pallister em 2011 no Reino Unido, com utentes com afeções ortopédicas, tendo constatado que os fatores psicológicos, nomeadamente a personalidade são capazes de influenciar as perceções individuais da dor e ainda auxiliar na evolução de dor aguda para crónica.

Como podemos constatar, apesar da existência de alguns estudos nesta área, ainda há muito a explorar, a fim de compreender melhor o papel das características psicológicas na dor.

2.ª Parte - Estudo Empírico

4 - Metodologia de investigação

Após a realização do enquadramento teórico, que constitui o levantamento do estado de arte existente sobre o tema e a clarificação de conceitos inerentes ao mesmo, passamos à fase seguinte- a metodologia de investigação, na qual se definem os meios mais apropriados para o desenrolar da investigação.

Freixo (2009) refere que é nesta etapa que se encontram os diferentes elementos que auxiliam a dar um rumo à investigação. Desta forma, neste capítulo serão abordadas as diferentes etapas metodológicas efetuadas, desde a identificação do problema em estudo até aos métodos de colheita de dados e a sua análise final.

4.1- Questão de investigação

Uma questão de investigação constitui um elemento central e inclui vários aspetos a serem estudados numa investigação (Fortin, 2009) Desta forma, as questões de investigação que irão guiar este estudo são: "**Qual o grau de satisfação dos utentes com o tratamento da dor?**" e "**Em que medida fatores de cariz sociodemográfico, clínico e psicossocial interferem nessa satisfação?**".

4.2- Tipo de estudo

O presente trabalho insere-se no método quantitativo. De acordo com Freixo (2009) este método "constitui um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis", baseando-se na "observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador".

Carateriza-se por ser também um estudo descritivo- correlacional e transversal.

Num estudo descritivo-correlacional exploram-se as diferentes relações entre as variáveis em causa, com a finalidade de as descrever. (Fortin, 2009)

Segundo o tempo, poderemos afirmar tratar-se de um estudo transversal, por ser realizado num dado momento (de Junho a Setembro de 2015).

4.3- Objetivos do estudo

O objetivo de qualquer estudo vem sempre em primeiro lugar, sendo dele que surgem as questões e as hipóteses colocadas e conduzindo assim a investigação efetuada. (Fortin, 2009)

Reconhecendo a dor como um problema a nível mundial, pelo seu impacto nas diversas áreas de qualquer indivíduo, e que o seu controlo/alívio constitui uma meta a alcançar no âmbito da saúde, estabelecemos como objetivo geral do presente estudo o seguinte: **Identificar a satisfação dos utentes com o tratamento da dor e Identificar os fatores que mais influência exercem na satisfação.**

Tendo por base o objetivo principal, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as características socio demográficas dos utentes submetidos ao tratamento da dor participantes deste estudo;
- Caracterizar sob o ponto de vista clínico os participantes do estudo;
- Avaliar o grau de satisfação dos utentes com o tratamento da dor;
- Identificar a influência das variáveis socio demográficas, clínicas e psicossociais com maior impacto na satisfação dos utentes com o tratamento da dor.

4.4 - Definição das variáveis

Segundo Fortin (2009) as variáveis "são unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo".

4.4.1- Variável dependente

A variável dependente refere-se ao dado que sofre o efeito das variáveis independentes.

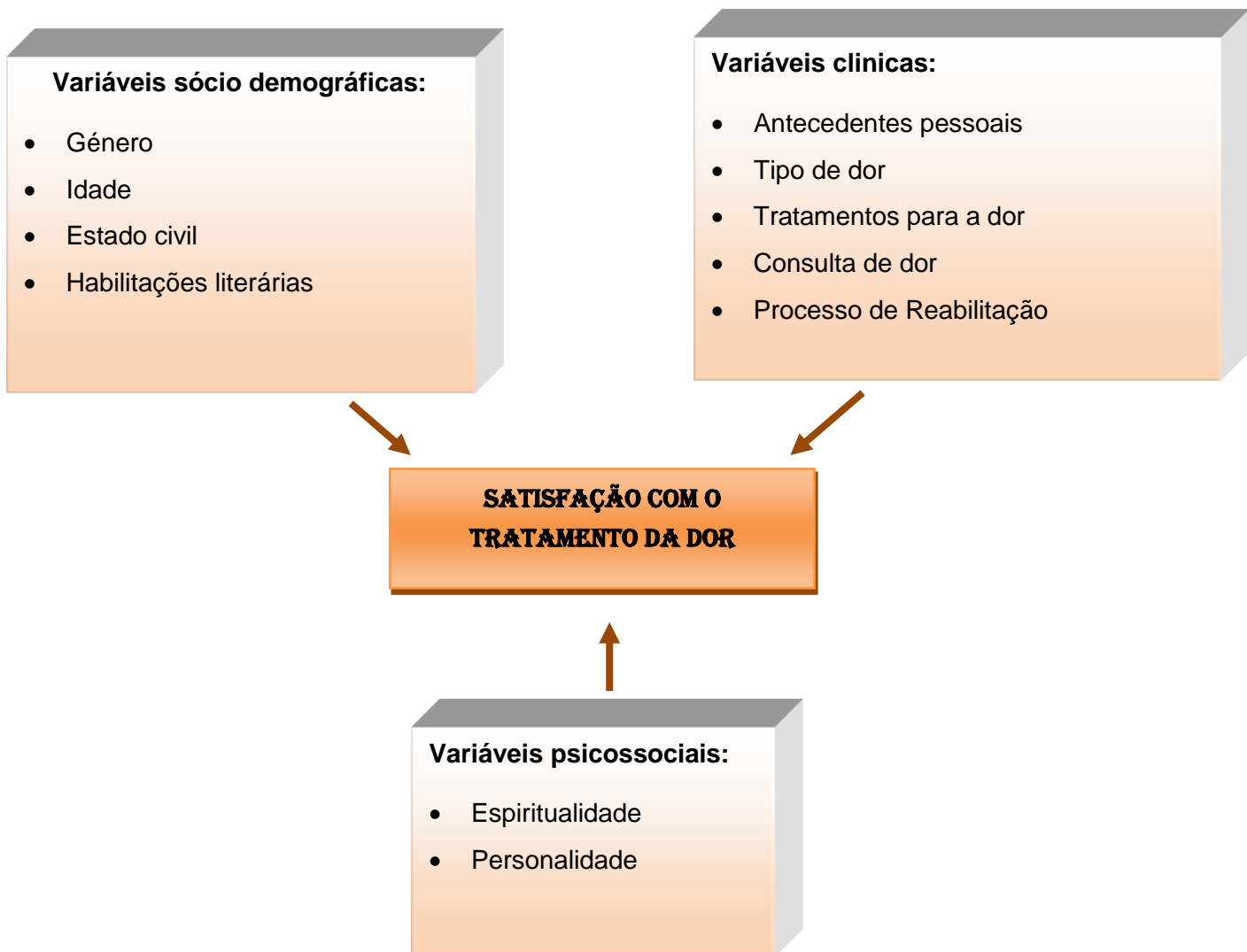
No presente estudo, a variável dependente é a **satisfação do utente com o tratamento da dor.**

4.4.2- Variáveis independentes

Por variável independente entende-se o "elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre outra variável" (Fortin, 2009). Neste contexto, definimos como variáveis independentes as seguintes: **variáveis sócia demográficas**: género, idade, estado civil e habilitações literárias, **variáveis clínicas**: antecedentes pessoais, tipo de dor, tratamentos para a dor, reabilitação e consulta de dor e **variáveis psicossociais**: personalidade e espiritualidade.

4.5 - Modelo concetual do estudo

Figura 1 – Modelo Concetual do Estudo



Para uma melhor compreensão do estudo é fundamental realizar um desenho do mesmo, onde se incluem as diferentes variáveis em causa e a relação entre as mesmas. Desta forma, o modelo encontra-se apresentado na figura 1.

4.6 - População e Amostra

Por população entende-se o grupo de sujeitos que será incluído no estudo, enquanto que a amostra é um conjunto de sujeitos que é retirado dessa mesma população, de acordo com técnicas de amostragem probabilística ou não probabilísticas.

Assim, a população deste estudo são os utentes que frequentam a consulta da dor do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, EPE e os utentes internados nos serviços de Ortopedia e Cirurgia do Centro Hospitalar referido anteriormente. A amostra refere-se ao grupo desses utentes que referem dor e que estão sujeitos a tratamentos para a mesma, sendo constituída por 78 doentes, que frequentam a consulta da dor na Unidade da Dor do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, EPE ou se encontram internados na data de aplicação dos questionários nos serviços de Ortopedia e Cirurgia 1 do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, EPE.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística acidental por conveniência, cuja escolha dos elementos é feita em razão da sua presença num determinado local, num dado momento.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão:

- Ter idade superior a 18 anos;
- Não apresentar nenhum défice cognitivo;
- Fazer tratamento para a dor.

4.7- Hipóteses

Por hipótese entende-se "um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica". Essas relações podem ser de diferentes categorias: direcional ou não direcional, de associação ou causal, simples ou complexa e ainda de investigação ou nula (Fortin, 2009).

Assim, foram enunciadas as seguintes hipóteses para o estudo em causa:

Hipótese 1 – *Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) e a satisfação dos utentes com o tratamento da dor.*

Hipótese 2 – *Existe associação entre as variáveis clínicas (tempo em que sente dor, tratamento atual da dor, tipo de tratamento, consulta da dor e reabilitação) e a satisfação dos utentes com o tratamento da dor.*

Hipótese 3 – *As variáveis psicossociais (espiritualidade e personalidade) são preditoras da satisfação dos utentes com o tratamento da dor.*

4.8- Instrumento de colheita de dados

Para enquadrar melhor este estudo, parece-nos relevante abordar o método utilizado para a recolha de dados, neste caso o questionário elaborado. (**Anexo I**)

Segundo Freixo (2009), o questionário constitui o instrumento de recolha de dado mais usual, podendo ser preenchido pelo próprio ou pelo investigador e auxiliando na organização dos dados que são colhidos de forma rigorosa e sistemática.

Convém referir que foram respeitadas todas as trâmites legais para a sua colheita, isto é foi pedida a autorização do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, EPE para a realização deste estudo e pedido o parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, EPE. Após o seu parecer positivo, iniciámos a colheita de dados, inicialmente no serviço de Ortopedia, depois no serviço de Cirurgia 1 e por fim, na Consulta da Dor, entre Junho e Setembro de 2015. O "consentimento informado" obteve-se através da solicitação dos utentes do seu consentimento para participar do estudo, após uma explicação breve do mesmo. O mesmo foi preenchido por mim, por ser longo e exaustivo a fim de facilitar uma melhor compreensão do mesmo.

Na presente investigação, o questionário utilizado teve na sua constituição diversas partes, cinco no total, que vão ser discriminadas de seguida.

Uma **primeira parte** refere-se á caracterização sociodemográfica da amostra, com o intuito de recolher informações relativas á idade, género, estado civil e habilitações literárias.

Na **segunda parte** os dados incidem sobre a caracterização clínica, cuja finalidade é a de agrupar informação sobre as patologias, os antecedentes pessoais, o tipo de dor, os tratamentos atuais para a dor, o seguimento em consulta da dor e em consulta de reabilitação.

Seguidamente, na **terceira parte** foi abordada a satisfação com o tratamento da dor, tendo por base o questionário PTSS de Evans et. al. (2004), adaptada por um grupo de investigadores, para a população portuguesa em 2009. Trata-se de uma escala subdividida em seis divisões, que recolhe dados sobre a saúde em geral, informação sobre a dor e seu

tratamento, cuidados médicos, atual medicação para a dor, efeitos secundários da medicação, satisfação com a atual medicação para a dor e o seu tratamento.

Na **quarta parte** insere-se a espiritualidade, sendo utilizada a escala de espiritualidade de Cândida Pinto e Pais Ribeiro, desenvolvida em 2007.

É uma escala que apresenta duas dimensões da espiritualidade: uma dimensão vertical associada às "crenças" (a que corresponde os primeiros dois itens) e outra dimensão horizontal, que equivale à "esperança/otimismo" (inclui os três itens restantes).

As respostas variam numa escala Likert entre o "Não concordo", "Concordo pouco", "Concordo bastante" e "Plenamente de acordo". Constitui uma escala simples, e por isso de fácil aplicação, sendo a sua consistência interna globalmente de 0,74 (Pinto & Pais Ribeiro, 2007).

Por fim, na **quinta parte**, foi empregue o inventário da personalidade dos cinco fatores, forma reduzida com vinte itens (NEO-FFI-20) adaptada á população portuguesa por Bertoquini e Pais Ribeiro em 2006, que teve como base o inventário da personalidade NEO-PI_R criado em 1992 por Costa e McCrae. Estes cinco fatores foram originalmente identificados por Allport, e depois de uma ampla variedade de testes adaptados por Costa e McCrae. Trata-se de uma escala constituída por vinte itens distribuídos por cinco fatores (quatro por cada um), sendo eles: Neuroticismo, Extroversão, Abertura á Experiência, Amabilidade, Conscienciosidade (Atkinson & Hilgard, 2012).

O Neuroticismo avalia a adaptação versus a instabilidade emocional do ser humano, permitindo identificar os sujeitos com propensão para a descompensação emocional, que têm ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas e respostas de *coping* desadequadas. Representa um dos construtos da personalidade mais analisados na literatura.

A Extroversão avalia a quantidade e a intensidade das interações pessoais, a necessidade de estimulação, o nível de atividade e a capacidade de exprimir alegria, ou seja, é a propensão que um indivíduo tem para ser mais focado externa e objetivamente para com o mundo que o rodeia.

A Abertura à experiência avalia a procura proactiva e a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do desconhecido.

A Amabilidade avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo, que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e ações.

A Conscienciosidade avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objetivo. (Tavares, 2014)

Os vinte itens que constituem a escala apresentam uma resposta que vai desde o “discordo fortemente” ao “concordo fortemente”. Os fatores apresentados anteriormente dizem respeito a quatro itens cada um, assim:

- O Neuroticismo refere-se aos itens: 1, 6, 11, 16;
- A Extroversão reporta-se aos itens 2, 7, 12, 17;
- A Abertura á Experiência diz respeito aos itens 3, 8, 13, 18;
- A Amabilidade tem como itens: 4, 9, 14, 19;
- Por fim, a Conscienciosidade refere-se aos restantes itens: 5, 10, 15 e 20.

A cotação dos itens efetua-se da seguinte forma: 0 equivale ao “discordo fortemente”, 1 corresponde ao “discordo”, 2 corresponde ao “neutro”, 3 equivale ao “concordo” e 4 corresponde ao “concordo fortemente”. A referir que existem determinados itens que apresentam uma cotação inversa: 1, 3, 11, 13, 14, 18 e 19.

Assim, somando cada item, chegamos á dimensão dominante da personalidade daquela pessoa (Pais Ribeiro, 2007).

4.9- Tratamento estatístico

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. No nosso estudo este será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se:

- **Frequências:** Absolutas (N) e Percentuais (%)
- **Medidas de tendência central:** Médias (\bar{x}) e Medianas (Md)
- **Medidas de dispersão ou variabilidade:** Desvios padrão (Dp) e Coeficientes de variação (CV)

O **coeficiente de variação** permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados serem interpretados de acordo com os valores apresentados no seguinte quadro (Pestana & Gageiro, 2008):

Coeficiente de variação	Classific. do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa

16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

- **Medidas de simetria e achatamento:**

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana e Gageiro (2008) consideraram os seguintes valores de referência:

Desta forma, para $p = 0,05$ uma distribuição é:

- * Simétrica – quando “ $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.
- * Assimétrica – quando “ $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- * Mesocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$;
- * Platicúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < -1,96$;
- * Leptocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$;

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respectivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes para a distribuição ser considerada normal.

O **teste Kolmogorov-Smirnov (K-S)** serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (Pestana & Gageiro, 2008).

Os mesmos autores referem ainda que, a distribuição normal é uma distribuição importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos testes estatísticos. Quando esta distribuição normal não se verifica temos que utilizar testes não paramétricos.

Em relação à estatística inferencial, fizemos uso de testes não paramétricos, uma vez que a variável dependente não tem uma distribuição normal. Neste sentido e em relação à estatística analítica utilizámos:

Testes Não-Paramétricos

- **Teste U-Mann Withney** – Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes, ou seja, compara os valores das medianas. Este teste é utilizado quando há violação da normalidade, ou quando a amostra é pequena, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Pestana & Gageiro, 2008, p. 433).
- **Teste de Kruskal-Wallis (KRUSKAL-WALLIS)** - Este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que se lembram de ser a normalidade, e a igualdade das variâncias (Pestana & Gageiro, 2008, p. 482).
- **Teste de Qui Quadrado (X^2)** - Este teste permite verificar qual o efeito de uma variável endógena, testando as médias da variável endógena de forma a saber se em cada categoria do factor, estas são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2008, p. 386)

A Regressão é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X_s) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Para a análise inferencial, utilizámos o programa SPSS (Statiscal Package Social Science 19) para o Windows e na análise estatística foram utilizados 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

5 - Apresentação e análise dos resultados

Este capítulo faz referência aos resultados obtidos no estudo, a partir do tratamento de dados fornecidos pelos questionários aplicados aos Participantes.

A organização e sequência dos assuntos apresentados terão em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de colheita de dados, os objetivos propostos para o estudo e ainda o referencial teórico de suporte.

Os dados serão apresentados em quadros e tabelas, uma vez que facilitam uma melhor visualização, permitindo uma leitura mais clara e objetiva dos resultados mais relevantes. As tabelas, cujas colunas não têm totais, referem-se a resultados de questões onde eram permitidos respostas múltiplas. Também as fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de colheita de dados que se encontra anexado ao documento do estudo (Anexo I).

Em termos de tratamento dos dados, começaremos por apresentar num primeiro momento uma estatística de carácter descritivo e num segundo momento a análise inferencial.

5.1- Análise descritiva

A análise descritiva dos dados consiste num processo no qual o investigador resume um conjunto de dados estatísticos brutos, recorrendo a variados testes estatísticos á sua disposição. (Fortin, 2009)

Desta forma, como já referido anteriormente os dados do presente estudo serão apresentados sob a forma de tabelas para uma melhor leitura, análise e compreensão dos mesmos.

5.1.1 – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Os resultados que seguidamente se apresentam pretendem dar a conhecer a caracterização sociodemográfica da amostra.

Idade e género

A tabela 1, revela que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 78 participantes, pertencendo 48 ao sexo feminino e 30 ao sexo masculino.

Constata-se ainda, que a **idade** da amostra total oscila entre um valor mínimo de 30 e um máximo de 82 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 64,88 anos, um desvio padrão de 10,97 e um coeficiente de variação de 16,90%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando a idade em função do **género**, verificamos que a média de idade para o sexo feminino (\bar{x} =63,67) é ligeiramente inferior à do sexo masculino (\bar{x} = 66,83), apresentando o sexo masculino uma baixa dispersão, e o feminino uma dispersão moderada em torno da média.

Apesar dos valores (desiguais) na variável idade não se registam diferenças significativas entre homens e mulheres (U=614,000; z= 1,09; p=0.276).

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, para os homens mulheres e amostra total é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes

Idade	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Teste U Mann-Whitney
Masculino	30	39	81	66,83	9,58	-1,72	1,10	14,33	U=614,000 Z=-1,09 P = 0,276
Feminino	48	30	82	63,67	11,69	-2,14	0,28	18,36	
Total	78	30	82	64,88	10,97	-2,90	0,87	16,90	

Grupos etários

A distribuição dos participantes por grupos etários mostra, que a percentagem mais elevada (59,0%) se encontra no escalão dos 51-70 anos, seguindo-se o terceiro com 32,0% e apenas 9,0% se encontra entre os 30-50 anos.

Com se pode verificar existe um predomínio de mulheres nos escalões mais baixos enquanto que nos homens se verifica o inverso.

Estado Civil

Relativamente à variável descrita, verificamos que a maioria (76,9%) da amostra tem com estado civil casado/união de facto, seguindo-se os viúvos com 16,7%, em terceiro lugar, os solteiros com 3,8% e por fim os divorciados/separados com 2,6%.

Analisando o estado civil por género, verifica-se que os viúvos (11,5%) estão mais presentes no sexo feminino, estando os restantes estados divididos equitativamente por ambos os sexos.

Habilitações Literárias

A tabela 2 mostra que o nível de escolaridade dos nossos participantes é genericamente baixa. Assim, com maior destaque (69,2%) encontramos os que tem o 1º ciclo de escolaridade, seguindo-se os que têm o 2º ciclo com 15,5%. Os restantes níveis de escolaridade também estão presentes no grupo, contudo com menores valores percentuais.

Em termos de habilitações académicas existem pequenas diferenças por género uma vez que apenas 2,6% (das mulheres) se posicionam no item “não sabe ler e escrever”. Porém são também as mulheres os elementos que ocupam os escalões superiores. Contudo não se verificam diferenças estatísticas significativas.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos elementos da Amostra

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS						
30-50	1	1,3	6	7,7	7	9,0
51-70	19	24,4	27	34,6	46	59,0
71-90	10	12,8	15	19,2	25	32,0
ESTADO CIVIL						
Casado/união de Facto	24	30,8	36	46,2	60	76,9
Solteiro	2	2,6	1	1,3	3	3,8
Divorciado/separado	-	-	2	2,6	2	2,6
Viúvo	4	5,1	9	11,5	13	16,7
HABILIT. LITERÁRIAS						
Não sabe ler nem escrever	1	1,3	2	2,6	3	3,8
1º Ciclo (4ª classe)	22	28,2	32	41,0	54	69,2
2º Ciclo (até 6º ano)	4	5,1	5	6,4	9	15,5
3º Ciclo (até 9º ano)	2	2,6	3	3,8	5	6,4
12º ano	-	-	2	2,6	2	2,6
Curso Médio	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Curso Superior	-	-	3	3,8	3	3,8
TOTAL	30	38,5	48	61,5	78	100,0

5.1.2 – Caracterização Clínica dos Participantes

O estudo do quadro clínico dos pacientes com dor, torna-se importante porque fornece informações que nos ajudam a perceber o contexto da dor e graus diferenciados de satisfação com o tratamento da mesma.

Assim passaremos a analisar as principais patologias que causam dor, os antecedentes pessoais, a temporalidade e tipo de dor, o tratamento e outras opções de tratamento.

De realçar que estas questões permitem assinalar mais que uma resposta razão pelo qual omitiremos os totais nas tabelas.

Patologias que causam Dor

De acordo com os dados da tabela 3 as patologias que causam mais dor neste grupo de inquiridos são as patologias articulares (artroses e artrites) com 35,9% seguindo-se as patologias da coluna vertebral (26,9%) e com valores próximos uns dos outros surgem os processos infecciosos (10,3%) as neoplasias (10,3%) e a fibromialgia (11,5%).

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que os homens referem amputações que não existem nas mulheres, e têm mais casos de infeções e neoplasias.

Patologias anteriores

As patologias anteriores mais presentes nesta amostra são as afeções osteoarticulares em 50%, seguindo-se as doenças metabólicas para 46,2%, as patologias cardíacas em 35,9% e a depressão em 19,2%.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que entre homens e mulheres não se registam diferenças acentuadas nas patologias presentes.

Tabela 3 – Caracterização clínica dos Inquiridos

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PATOL.QUE CAUSA DOR						
Artrose/Artrite	9	11,5	19	24,4	28	35,9
Patologias da Coluna	4	5,1	17	21,8	21	26,9
Amputação	3	3,8	-	-	3	3,8
Infecção/ Celulite	7	9,0	1	1,3	8	10,3
Neoplasias	6	7,7	2	2,6	8	10,3
Fibromialgia	-	-	9	11,5	9	11,5
Problemas Vasculares	1	1,3	-	-	1	1,3
PATOLOGIAS ANTERIORES						
Cardíacas	13	16,7	15	19,2	28	35,9
Respiratórias	6	7,7	5	6,4	11	14,1
Metabólicas	13	16,7	23	29,5	36	46,2
Neurológicas	-	-	4	5,1	4	5,1
Osteoarticulares	14	17,9	25	32,1	39	50,0
Oncológicas	1	1,3	2	2,6	3	3,8
Oftalmológicas	6	7,7	7	9,0	13	16,7
Outras:						
Depressão	1	1,3	14	17,9	15	19,2
Gástricas	3	3,8	2	2,6	5	6,4
Cirurgia	-	-	1	1,3	1	1,3

Há quanto tempo sente Dor

De acordo com os dados da tabela 4 ficamos a saber que 35,9% dos inquiridos sente dor em períodos que se estendem entre 1 e 5 anos, 33,3% há menos de um ano, e 30,8% há mais de 5 anos.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que a maioria dos homens sente dor em períodos mais recentes enquanto as mulheres apresentam quadros de dor há mais anos.

Tipo de Dor

Ao analisarmos o tipo de dor presente nos nossos participantes verificamos que 21,8% tem dor aguda e 69,2% dor crónica. Constatamos ainda que 76,9% dos inquiridos tem dor do tipo músculo-esquelética 10,3% dor cutânea e visceral e 1,3% dor visceral.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que a maioria dos homens sente mais dor do tipo agudo enquanto as mulheres se distribuem pela dor crónica.

Tratamento atual de Dor

Quisemos ainda saber se faziam tratamento para a dor: os dados mostram que a totalidade da amostra (100%) faz de facto tratamento.

Procurámos ainda saber qual o tipo de tratamento a que mais recorriam: os resultados mostraram que o farmacológico é o mais comum para 61,5% dos participantes, e 38,5% recorre a tratamentos não farmacológicos.

Dentro dos tratamentos não farmacológicos, aqueles que são mais populares são a acupunctura (73,3%), a massagem (56,7%) e a estimulação elétrica transcutânea (30,0%).

Por fim, quisemos ainda saber se andavam a ser seguidos em alguma consulta de dor e aqui as respostas dividiram-se uma vez que 54,6% diz que sim, que anda a ser seguido na consulta da dor e 43,6% responde negativamente.

Tabela 4 – Caracterização Situacional da dor

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
TEMPO DA DOR						
<1	17	21,8	9	11,5	26	33,3
1-5	9	11,5	19	24,4	28	35,9
> 5	4	5,2	20	25,6	24	30,8
TIPO DE DOR						
Aguda	14	17,9	3	3,8	17	21,8
Cronica	12	15,4	42	53,8	54	69,2
Músculo-esquelética	16	20,5	44	56,4	60	76,9
Cutânea	7	9,0	1	1,3	8	10,3
Nervosa	1	1,3	-	-	1	1,3
Visceral	6	7,7	2	2,6	8	10,3
TRATA A DOR						
Sim	30	38,5	48	61,5	78	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
QUAL O TRATAMENTO						
Farmacológico	22	28,2	26	33,3	48	61,5
Não Farmacológico	8	10,3	22	28,2	30	38,5
NÃO FARMACOL: QUAL?						
Acupunctura	7	23,3	15	50,0	22	73,3

Massagem	5	16,7	12	40,0	17	56,7
Reiki	-	-	-	-	-	-
Ultra-sons	-	-	2	6,7	2	6,7
Estim. elétrica transcutânea	1	3,3	8	26,7	9	30,0
Estratégias cognitivas	-	-	-	-	-	-
SEGUIDO CONSULTA DOR						
Sim	9	11,5	35	44,9	44	56,4
Não	21	26,9	13	16,7	34	43,6

Realizou programas de reabilitação?

Procurámos ainda indagar se fazem no seu dia-a-dia programas de reabilitação: as respostas demonstram que a maioria (62,8%) dos inquiridos já fez estes programas, e 37,2% responde negativamente. Entre homens e mulheres não se encontram diferenças significativas.

A que profissional recorreu?

No seguimento da questão anterior, quisemos conhecer a que profissionais recorriam: as respostas expressas na tabela 5 mostram que aqueles que frequentam programas de reabilitação o fazem maioritariamente (83,7%) com fisioterapeutas, 12,2% recorre ao Enfermeiro de reabilitação, 10,2% ao osteopata e apenas 2% recorre ao psicomotricista.

Esta questão era importante para nós uma vez que nos encontramos a desenvolver formação no âmbito do mestrado de enfermagem de reabilitação e com alguma desilusão constatámos que a enfermagem de reabilitação ainda não tem uma grande visibilidade neste grupo e neste contexto de doença. De facto há ainda um caminho a percorrer no sentido de provar a mais-valia que estes profissionais podem ser no controle da dor.

Contributos da reabilitação para o alívio da dor

Um outro aspeto que procurámos saber relaciona-se com os contributos que acharam que estes programas lhe trouxeram á sua vida.

Também com algum grau de surpresa constatámos que 63,3% dos participantes entende que os contributos para o alívio da dor foram poucos 22,4% acha mesmo que não melhorou nada e somente 14,3% reconhece contributos muito positivos destes programas no alívio da dor.

A distribuição em função das respostas de género não revela diferenças significativas relativamente á distribuição de amostra total.

Tabela 5 – Informações relativas ao processo de reabilitação dos Participantes

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
REALIZOU/A REABILITAÇÃO						
Sim	10	12,8	39	50,0	49	62,8
Não	20	25,6	9	11,5	29	37,2
SE SIM QUAL?						
Enfermeiro reabilitação	1	2,0	5	10,2	6	12,2
Fisioterapeuta	9	18,4	32	65,3	41	83,7
Psicomotricista	-	-	1	2,0	1	2,0
Osteopata	1	2,0	4	8,2	5	10,2
CONTRIBUTO ALIVIO DOR						
Muito	1	2,0	6	12,2	7	14,3
Pouco	6	12,2	25	51,0	31	63,3
Nada	3	6,1	8	16,3	11	22,4

5.1.3 – Dados sobre a dor dos Participantes segundo a Escala PTSS

O conjunto de informações sobre a dor que pretendíamos conhecer junto da nossa amostra foi avaliado através da Escala de Satisfação com o Tratamento da Dor (PTSS – Pain Treatment Satisfaction Scale - Evans et al.; 2004) como referido no capítulo da metodologia.

Perceção sobre a saúde

Perante a questão global “como sente que é a sua saúde”, verificamos que para 50,0% dos utentes esta é razoável, 29,5% refere ter uma boa saúde e 20,5% refere ter uma saúde má. Refira-se que nenhum participante a considera excelente ou muito boa.

A distribuição das respostas em função do género mostra que os homens percecionam a sua saúde de uma forma mais positiva que as mulheres.

Tabela 6 – Perceção dos Participantes sobre a sua saúde

SAÚDE \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Excelente	-	-	-	-	-	-
Muito Boa	-	-	-	-	-	-
Boa	13	16,7	10	12,8	23	29,5
Razoável	14	17,9	25	32,1	39	50,0
Má	3	3,8	13	16,7	16	20,5
Total	30	38,5	48	61,5	78	100,0

Nível de Dor

As questões da tabela 7 referem-se ao nível de dor que os doentes sofrem. A escala que avalia esta variável oscila de 0 a 10, em que 0 corresponde à “ausência de dor”, 1 a 3 corresponde a “dor ligeira”, 4 a 6 “dor moderada”, 7 a 9 “dor intensa” e 10 a “pior dor possível”.

Assim e tendo por base os dados expressos na tabela 7 verificamos que relativamente à última semana o maior grupo percentual (43,6%) sentiu dor moderada, 39,7% dor intensa, e 9,0% sentiu dor ligeira. Apenas 5,1% sentiu a pior dor possível e 2,6% não sentiu dor.

Nas últimas 24 horas 39,7% sentiu dor intensa, 34,6 sentiu dor moderada, e 19,2% dor ligeira. Apenas 2,6% sentiu a pior dor possível e 3,8% não sentiu dor.

No momento da colheita de dados nenhum utente sentia a pior dor possível, 6,4% estava sem dor e os restantes participantes referiram dor que ia de ligeira (28,2%) a moderada (41,0%) e a dor intensa (24,4%).

Antes de pedir a medicação ao médico os participantes maioritariamente (74,4%) sentiam dor intensa e moderada (17,9%).

De forma similar antes de tomar a medicação os doentes manifestam dor intensa (73,1%), 19,2% dor moderada e 2,6% a pior dor possível.

Globalmente podemos constatar que os nossos participantes apresentam nos diferentes momentos dor com algum grau de gravidade uma vez que as colunas com maiores valores percentuais correspondem à dor intensa e moderada.

Tabela 7 – Níveis de dor sentidos pelos Participantes

VARIÁVEIS \ GÉNERO	SEM DOR		DOR LIG.		DOR MOD.		DOR INT.		PIOR POSS.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ultima semana	2	2,6	7	9,0	34	43,6	31	39,7	4	5,1
Ultimas 24h	3	3,8	15	19,2	27	34,6	31	39,7	2	2,6
Neste momento	5	6,4	22	28,2	32	41,0	19	24,4	-	-
Antes pedir medicação	1	1,3	3	3,8	14	17,9	58	74,4	2	2,6
Antes tomar medicação	1	1,3	3	3,8	15	19,2	57	73,1	2	2,6

Informações sobre dor e o seu tratamento

A tabela 8 mostra as informações que os Participantes gostavam de ter recebido sobre a dor e tratamento: constatamos que a grande maioria (acima de 79%) está satisfeita com a informação que lhe tem sido fornecida ou seja considera-a suficiente, seguindo-se aqueles que gostariam de ter tido um pouco mais (5,1% a 20,5%) e apenas 3,8% gostava de ter tido muito mais informação sobretudo no que se refere à doença, às causas da dor e às diferentes opções de tratamento.

Os que manifestam interesse em ter apenas “um pouco mais informação” referem-se concretamente á medicação para a dor em geral (15,4%) e aos efeitos secundários da medicação (20,5%).

De referir que nenhum elemento manifestou interesse em ter mais ou menos informação.

Tabela 8 – Informações que os Participantes gostariam de ter recebido sobre a dor e tratamento

RESPOSTAS \ QUESTÕES	Gostaria de ter tido muito mais informação. (1)		Gostaria de ter tido um pouco mais de informação (2)		A informação dada foi suficiente para mim (3)		Gostaria de ter tido menos informação (4)		Gostaria de não ter tido informação (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7. A minha doença ou lesão.	3	3,8	6	7,7	69	88,5	-	-	-	-
8. A(s) causa(s) da minha dor.	3	3,8	5	6,4	70	89,7	-	-	-	-
9. Opções de tratamento para a minha dor.	3	3,8	4	5,1	71	91,0	-	-	-	-
10. Medicação para a dor, em geral.	-	-	12	15,4	66	84,6	-	-	-	-
11. Efeitos secundários da medicação para a dor	-	-	16	20,5	62	79,5	-	-	-	-

Cuidados Médicos

A tabela que se segue mostra o grau de concordância dos Participantes sobre aspetos relativos aos cuidados médicos: assim e relativamente à questão “É fácil colocar questões à equipa de pessoal médico” constatamos que a grande maioria (80,8%) concorda inteiramente 16,7% nem concorda nem discorda e 2,6% acha que de facto não é fácil colocar questões. Vimos ainda que a grande maioria (96% a 98%) dos inquiridos acha que a “equipa de pessoal médico faz sempre o seu melhor, está sempre disposta a dar a medicação para a dor e fornece o cuidado continuado adequado”.

Já quanto à questão “A equipa de pessoal médico não me questiona sobre a dor que sinto” encontramos dados diferentes uma vez que apenas 14,1% dos utentes concorda com a afirmação, 3,8% apresenta uma posição neutra e 82,1% discorda um pouco ou plenamente da afirmação, ou seja entende que a equipa de pessoal médico os questiona sobre a dor que sentem.

A satisfação dos utentes sobre a informação que receberam sobre a sua dor e o seu tratamento é bastante elevada, uma vez que 34,6% e 59,0% se posiciona nas colunas muito satisfeito e satisfeito respetivamente. Constata-se que apenas 6,4% mostra algum grau de insatisfação.

Resultados semelhantes encontramos para a questão “ tempo que os médicos lhe dedicam durante as visitas/consultas”.

Os utentes estão também muito satisfeitos com o cuidado prestado pelos enfermeiros em relação á sua dor e seu tratamento uma vez que apenas 2 (2,6%) elementos se mostra insatisfeito.

Tabela 9 – Opinião dos Participantes sobre os cuidados médicos

RESPOSTAS QUESTÕES	Concordo Inteiramente (1)		Concordo um pouco (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo um pouco (4)		Discordo plenamente (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12. É fácil colocar questões à equipa de pessoal médico.	36	46,2	27	34,6	13	16,7	2	2,6	-	-
13. A equipa de pessoal médico faz sempre o seu melhor para que eu não me preocupe.	41	52,6	36	46,2	1	1,3	-	-	-	-

14. A equipa de pessoal médico está disposta a dar-me a medicação para a dor.	44	56,4	33	42,3	1	1,3	-	-	-	-
15. A equipa de pessoal médico fornece o cuidado continuado adequado.	41	53,9	33	43,4	1	1,3	1	1,3	-	-
16. A equipa de pessoal médico não me questiona sobre a dor que sinto.	3	3,8	8	10,3	3	3,8	24	30,8	40	51,3
17. A informação que recebi sobre a sua dor e o seu tratamento.	27	34,6	46	59,0	2	2,6	3	3,8	-	-
18. O tempo que os médicos lhe dedicam durante as visitas/consultas.	28	35,9	45	57,7	3	3,8	2	2,6	-	-
19. O cuidado prestado pelos enfermeiros em relação à sua dor e seu tratamento.	29	37,2	47	60,3	-	-	2	2,6	-	-

Atual medicação para a dor

As questões discriminadas na tabela 10 referem-se à atual medicação para a dor. Os dados revelam que a maioria (acima de 70%) dos respondentes tem opiniões muito positivas sobre os efeitos da medicação na saúde física, no melhoramento da perspetiva de vida, nas tarefas diárias, nas atividades de lazer, na independência e na melhoria da disposição. Porém esta concordância diminui ligeiramente relativamente às questões sobre os efeitos da medicação, no relacionamento com os outros e na sua própria concentração.

Podemos verificar também que há doentes que não concordam nem discordam, com valores percentuais que variam de 3,8% a 25,6% e na coluna “discordo um pouco” encontramos 2,6% a 5,1%.

De referir que no item “discordo plenamente” apenas encontramos uma resposta que diz respeito aos efeitos na saúde física.

Tabela10 – Opinião dos Participantes sobre a atual medicação para a dor

RESPOSTAS	Concordo inteiramente (1)		Concordo um pouco (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo um pouco (4)		Discordo plenamente (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20. Tem um efeito positivo na minha saúde física	11	14,1	61	78,2	3	3,8	2	2,6	1	1,3

21. Ajuda-me a ter uma melhor perspectiva da vida.	9	11,5	61	78,2	5	6,4	3	3,8	-	-
22. Permite que eu execute as minhas tarefas diárias mais facilmente .	12	15,4	56	71,8	7	9,0	3	3,8	-	-
23. Permite-me participar em actividades de lazer com mais frequência.	6	7,7	58	74,4	11	14,1	3	3,8	-	-
24. Ajuda-me a desenvolver tarefas com mais independência.	8	10,3	62	79,5	5	6,4	3	3,8	-	-
25.A Permite-me relacionar melhor com os outros.	11	14,1	44	56,4	20	25,6	3	3,8	-	-
26. Melhora a minha disposição.	14	17,9	51	65,4	10	12,8	3	3,8	.	.
27. Ajuda-me a concentrar melhor.	14	17,9	41	52,6	19	24,4	4	5,1	-	-

Modo de administração da medicação para a dor

Uma das questões da escala procura conhecer o modo de administração da medicação para a dor: constatámos que a totalidade dos inquiridos (100%) responde *via oral, contudo (nesta questão eram permitidas respostas múltiplas) 21,8% refere também via intravenosa e 12,8% via penso.*

Assim considerando a medicação administrada via oral percebemos, que a maioria (92,3%) dos utentes acha que é fácil de engolir e 60,3% discorda que deixe um travo no final da toma.

Sobre a via intravenosa 88,4% dos participantes que utiliza esta via é de opinião que esta atua rapidamente, não obstante 5,9% opta por uma resposta neutra e igual valor percentual discorda um pouco.

Sobre a dor provocada aquando da administração da injeção a maioria (82%) discorda pois acha que não provoca dor, contudo no que diz respeito às nódoas negras que resultam da administração, constatamos que 17,6% concorda 41,2 % nem concorda nem discorda e igual valor percentual discorda ou seja entendem que as injeções IV que tomam não deixam nódoas negras.

Relativamente ao penso verificamos que apenas 20% (daqueles que responderam esta via) acha que provoca irritação na pele, discordando os restantes 80%. A totalidade dos respondentes acha que é um medicamento fácil de aplicar e de retirar, contudo 20% queixa-se que estes caem facilmente.

Tabela11 – Opinião dos Participantes sobre as vias de administração

RESPOSTAS A minha medicação	Concordo Inteira-mente (1)		Concordo um pouco (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo um pouco (4)		Discordo plenamente (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VIA ORAL										
28. É fácil de engolir.	48	61,5	24	30,8	1	1,3	3	3,8	2	2,6
29. Deixa-me um travo no final.	3	3,8	22	28,2	6	7,7	18	23,1	29	37,2
VIA INTRAVENOSA										
30. Atua rapidamente.	6	35,5	9	52,9	1	5,9	1	5,9	-	-
31. Dói quando é injetada.	-	-	1	5,9	2	11,8	12	70,6	2	11,8
32. Deixam muitas nódoas negras.	-	-	3	17,6	7	41,2	6	35,3	1	5,9
VIA PENSO										
33. Provoca irritações na minha pele.	-	-	2	20,0	-	-	5	50,0	3	30,0
34. É fácil de aplicar.	8	80,0	2	20,0	-	-	-	-	-	-
35. É fácil de retirar.	8	80,0	2	20,0	-	-	-	-	-	-
36. Cai facilmente.	2	20,0	-	-	-	-	1	10,0	7	70,0

Efeitos secundários da Medicação

A tabela 12 reflete os sentimentos dos Participantes sobre os efeitos secundários da medicação que tomam na atualidade. Podemos verificar que a maioria dos doentes se posiciona na coluna “não sente esses efeitos” e por isso iremos centrar-nos nos pequenos grupos que os referem.

Deste modo constatamos que 5,1% sente que ganhou peso de forma moderada, 12,8% sente fadiga excessiva, 26,9% apresenta sonolência, 7,8% não consegue concentrar-se, 26,8% sente náuseas, 1,3% tem diarreias, 17,9% manifesta tonturas 10,2% refere obstipação, ninguém (0%) refere alergias na pele, 26,9% apresenta dores no estomago, 24,3% sente azia, e apenas 5,2% apresenta vómitos.

Tabela 12 – Sentimentos dos Participantes sobre os efeitos secundários da medicação

RESPOSTAS QUESTÕES	Não sentiu este efeito		Não sentiu qualquer incómodo		Sentiu-se um pouco incomodado		Moderadamente incomodado		Bastante incomodado		Extremamente incomodado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
37. Ganho de peso involuntário	68	87,2	6	7,7	-	-	4	5,1	-	-	-	-
38. Fadiga excessiva	60	76,9	8	10,3	4	5,1	5	6,4	1	1,3	-	-
39. Sonolência	52	66,7	5	6,4	8	10,3	10	12,8	3	3,8	-	-
40. Incapacidade de concentração	66	84,6	6	7,7	4	5,1	2	2,6	-	-	-	-
41. Náusea	54	69,2	3	3,8	11	14,1	9	11,5	1	1,3	-	-
42. Diarreia	73	93,6	4	5,1	-	-	1	1,3	-	-	-	-
43. Tonturas	62	79,5	2	2,6	4	5,1	7	9,0	3	3,8	-	-
44. Obstipação	67	85,9	3	3,8	3	3,8	5	6,4	-	-	-	-
45. Alergias na pele	74	94,9	4	5,1	-	-	-	-	-	-	-	-
46. Dores de estômago	34	43,6	4	5,1	18	23,1	17	21,8	4	5,1	1	1,3
47. Azia	57	73,1	2	2,6	4	5,1	11	14,1	4	5,1	-	-
48. Vômitos	69	88,5	5	6,4	2	2,6	1	1,3	1	1,3	-	-

Satisfação com a atual Medicação para a dor

As respostas às afirmações constantes da tabela 13 inquiram os doentes sobre a sua satisfação em relação à sua atual medicação para a dor e tratamento.

A forma da medicação (comprimido, cápsula, penso ou injeção) é uma outra questão que recolhe elevada satisfação uma vez que 26,9% está muito satisfeito, 64,1% satisfeito e 9% assume uma posição de neutralidade ou seja manifesta não estar satisfeito nem insatisfeito.

Tabela 13 – Satisfação dos Participantes com a atual Medicação para a dor

RESPOSTAS QUESTÕES	Muito satisfeito		Satisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Insatisfeito		Muito insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
49. A forma da sua medicação (por exemplo, comprimido, cápsula, penso ou injeção)	21	26,9	50	64,1	7	9,0	-	-	-	-
50. Quantas vezes toma a sua medicação.	15	19,2	45	57,7	14	17,9	4	5,1	-	-
51. A quantidade de medicação para a dor que toma.	13	16,7	47	60,3	14	17,9	4	5,1	-	-
52. O tempo que a sua medicação para a dor demora a atuar.	12	15,4	40	51,3	20	25,6	6	7,7	-	-
53. O nível ou quantidade de alívio da dor fornecido pela sua medicação.	12	15,4	50	64,1	12	15,4	4	5,1	-	-
54. A duração de alívio da dor fornecido pela sua medicação.	12	15,4	42	53,8	17	21,8	7	9,0	-	-
55. Em geral, quão satisfeito/a está com a medicação para a dor?	8	10,3	63	80,8	6	7,7	1	1,3	-	-

Já relativamente ao nº de vezes da toma da medicação os índices de satisfação baixam ligeiramente pois muito satisfeitos estão 19,2%, 57,7% estão satisfeitos 17,9% assumem neutralidade e 5,1% estão mesmo insatisfeitos.

Opiniões muito similares são registadas na questão “a quantidade de medicação para a dor que toma”.

O tempo que a medicação para a dor demora a atuar é um aspeto que apesar de colher a satisfação da maioria (66,7) regista com maiores valores percentuais níveis de neutralidade (25,6%) e mesmo insatisfação (7,7%).

Questionados sobre o nível ou quantidade de alívio da dor fornecido pela medicação observamos que também este item recolhe graus elevados de satisfação (15,4% estão muito satisfeitos e 64,1% satisfeitos) porém pensamos que não devem ser descuradas respostas do tipo “nem satisfeito nem insatisfeito” que correspondem a 15,4% e ainda os 5,1% que manifestam insatisfação.

Apesar de podermos continuar a falar de maiorias (69,2%) satisfeitas, constatamos que sobre a duração do alívio da dor fornecido pela medicação os graus de insatisfação vão aumentando ligeiramente uma vez que o item “nem satisfeito nem insatisfeito” integra 21,8% dos participantes e 9% revela insatisfação.

A questão 55 do questionário procura conhecer a satisfação dos utentes com a *medicação em geral*: os dados mostram que 10,3% dos inquiridos está muito satisfeito, 80,8% satisfeito, 7,7% assume uma posição de neutralidade ou seja manifesta não estar satisfeito nem insatisfeito e apenas 1,3% demonstra insatisfação. De referir que o item correspondente a “muito insatisfeito” não foi assinalado em nenhuma questão da subescala referida.

Expectativas dos Doentes sobre o alívio da dor

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre o que pensam os doentes sobre o alívio da dor, foi colocada uma questão relativa às suas expectativas.

Os dados expressos na tabela 14 revelam que a grande maioria da amostra (91,0%) acha que o alívio da dor vai ao encontro das suas expectativas, 3,8% acha que excede um pouco e 5,1% entende que este não vai muito ao encontro das expectativas formuladas.

Tabela 14 – Expectativas dos Participantes sobre o alívio da dor

EXPECTATIVAS QUESTÃO	Excede largamente		Excede um pouco		Vai ao encontro		Não vai muito ao encontro		Não vai nada ao encontro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
56. O seu nível de alívio da dor vai de encontro às expectativas?	-	-	3	3,8	71	91,0	4	5,1	-	-

Eficácia e continuidade da Medicação

Questionados os utentes sobre se a medicação poderia ser mais eficaz 52,5% dos utentes responde sim, 28,2% responde não sei e 19,2% acha que provavelmente não.

Na sequência desta questão foi ainda perguntado se “gostariam de continuar com a atual medicação” e as respostas são ainda mais afirmativas uma vez que 11,5% responde sim definitivamente, 65,4% responde provavelmente sim, 16,7% responde não sei e 6,4% acha que provavelmente não.

Tabela 15 – Opinião dos Participantes sobre a eficácia e continuidade da medicação

RESPOSTAS QUESTÕES	Sim, definitivament e		Provavelmente sim		Não sei		Provavelmente não		Definitivament e não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
57. A sua atual medicação para a dor poderia ser mais eficaz no alívio da sua dor?	4	5,1	37	47,4	22	28,2	15	19,2	-	-
58. Gostaria de continuar com atual medicação para a dor?	9	11,5	51	65,4	13	16,7	5	6,4	-	-

Nervosismo com a toma da medicação

Relativamente ao nervosismo que pode estar associado á toma da medicação por um curto período de tempo, constatamos que não é uma regra na nossa amostra pois 41,0% responde não se sentir nada nervoso, 30,8% refere nervoso mas só um pouco, 23,1% moderadamente nervoso e apenas 5,1% assume sentir-se muito nervoso.

As respostas dadas á segunda questão (nervosismo por tomas de longo período de tempo) são muito similares à anterior pois 44,9% não sente nervosismo e os restantes distribuem-se entre um pouco (24,4%), nervoso moderado (24,4%) e apenas 6,4% refere sentir-se muito nervoso.

Tabela 16 – Nervosismo dos Participantes com a toma da medicação para a dor

RESPOSTAS QUESTÕES	Nada nervoso		Um pouco nervoso		Moderadamen te nervoso		Muito nervoso		Extremament e nervoso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
59. Nervosismo que sente ao tomar a sua atual medicação para um curto período de tempo.	32	41,0	24	30,8	18	23,1	4	5,1	-	-
60. Nervosismo por um longo período de tempo.	35	44,9	19	24,4	19	24,4	5	6,4	-	-

Outra medicação

Quisemos ainda saber se os doentes já tinham tomado outra medicação para a dor antes do tratamento atual e os resultados da tabela 17 mostram, que efetivamente 71,0% já o tinha feito ao contrário de 28,2% que o está a fazer pela 1ª vez.

Tabela 17 – Opiniões sobre outra medicação para o alívio da dor

QUESTÃO	RESPOSTAS		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%
61. Alguma vez tomou outra medicação para a dor?	56	71,0	22	28,2		

Classificação da outra medicação

Na sequência da questão anterior, e àqueles que responderam sim, foi perguntado como faziam essa avaliação: as respostas demonstram que para 16,1% a medicação atual é muito melhor, 41,1% diz que é um pouco melhor e 42,9% diz que é mais ou menos igual. Refira-se que nenhum elemento da amostra diz ser pior ou muito pior que a anterior.

Tabela 18 – Avaliação dos Participantes sobre a medicação anterior para a dor

QUESTÃO	É muito melhor que a outra.		É um pouco melhor que a outra.		É mais ou menos igual á outra.		É pior que a outra.		É muito pior que a outra.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Se sim, e no geral, como a classifica?	9	16,1	23	41,1	24	42,9	-	-	-	-

Dados estatísticos sobre as dimensões da escala de satisfação com a dor

A escala utilizada para a avaliação da satisfação com o tratamento para a dor é constituída por cinco dimensões: Informação sobre dor e seu tratamento (IDT), Cuidados médicos (CM), Atual medicação para a dor (AMD), Efeitos Secundários da Medicação (ESM) e Satisfação com a atual medicação para a dor (SMA). Esta última dimensão divide-se em 2 subescalas, uma relativa às Características da medicação (SMA- CM) e outra relativa à Eficácia da medicação (SMA- EM).

Dado que as dimensões da escala são constituídas por diferentes itens em nº, optámos por apresentar também os valores médios em valores percentuais (de 0 a 100%) uma vez que nos permite uma melhor comparação.

Numa análise descritiva da dimensão “Informação sobre dor e seu tratamento” podemos constatar que esta oscila entre um valor mínimo de 7 e um máximo de 15, correspondendo-lhe uma média de 14,19 - (56,76%), um desvio padrão de 1,87 e um coeficiente de variação de 13,17%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

Relativamente à dimensão “Cuidados médicos” (CM) constatamos que esta oscila entre um valor mínimo de 9 e um máximo de 27, correspondendo-lhe uma média de 15,53 - (38,32%), um desvio padrão de 2,61 e um coeficiente de variação de 22,92%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Observando a dimensão “Atual medicação para a dor” (AMD), constatamos que esta oscila entre um valor mínimo de 8 e um máximo de 29, correspondendo-lhe uma média de 16,58 - (41,45%), um desvio padrão de 3,82 e um coeficiente de variação de 23,03%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

A dimensão “Efeitos Secundários da Medicação” (ESM), oscila entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 23, correspondendo-lhe uma média de 5,85 - (9,75%), um desvio padrão de 5,45 e um coeficiente de variação de 93,16%, o que nos indica a existência de uma dispersão elevadíssima em torno da média.

Relativamente à subescala “Características da medicação” (SMA CM) verificamos que oscila entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 10, correspondendo-lhe uma média de 6,02 - (40,13%), um desvio padrão de 1,84 e um coeficiente de variação de 30,56%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Já a subescala “Eficácia da medicação (SMA EM) oscila entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 11, correspondendo-lhe uma média de 6,60 - (44,%) , um desvio padrão de 2,05 e um coeficiente de variação de 31,06%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) levam-nos a concluir que a distribuição das dimensões da escala de satisfação com o tratamento da dor, é simétrica (exceto para a dimensão ESM-assimétrica) e as medidas de achatamento ou curtose (Kurtosis), mostram tratar-se de uma distribuição mesocúrtica (para as dimensões CM, ESM) platicúrtica (dimensões SMA CM e SMA EM) e leptocúrtica para as dimensões IDT e AMD.

Em síntese podemos afirmar que os nossos utentes acham que a informação recebida é suficiente (56,76%), estão bastante satisfeitos com os cuidados médicos/enfermagem (38,82%) (valores mais baixos maior satisfação) e com os efeitos da medicação atual (41,45%). Os efeitos secundários da medicação que sentem são reduzidos (9,75%) e quanto às características (40,13%) e eficácia (44%) da medicação demonstram-se satisfeitos.

Tabela 19 – Estatísticas descritivas das dimensões da escala PTSS

<i>Dimensões</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	%	<i>Dp</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>CV (%)</i>
IDT	7	15	14,19	56,76	1,87	-10,07	13,65	13,17
CM	9	27	15,53	38,82	3,56	2,61	1,82	22,92
AMD	8	29	16,58	41,45	3,82	0,85	3,34	23,03
ESM	0	23	5,85	9,75	5,45	3,21	0,50	93,16
SMA CM	3	10	6,02	40,13	1,84	0,04	-0,39	30,56
SMA EM	3	11	6,60	44,00	2,05	-0,55	-0,61	31,06

5.1.4 – Dados dos Participantes sobre a Espiritualidade

Estudos na área da dor e do sofrimento têm demonstrado que a espiritualidade constitui uma variável que pode exercer influência na forma como a pessoa assume a doença. Assim e tendo por base as cinco afirmações (cf. Tabela 20) que constituem a escala podemos verificar que relativamente à primeira “*As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida*” apenas 2,6% estão em desacordo estando os restantes (97,4%) distribuídos entre o concordo pouco e o plenamente de acordo.

Relativamente à fé a maioria (96,2%), das pessoas concorda em graus diferenciados que a fé e as crenças os ajudam nos momentos difíceis da vida, contudo 3,8% não concorda com esta afirmação.

Já nas questões “*Vejo o meu futuro com esperança*” e “*Sinto que a minha vida mudou para melhor*” 34,6% e 30,0% respetivamente não concorda, 43,6% e 47,4% concorda mas só um pouco, distribuindo-se os restantes elementos pelo bastante e o plenamente.

Relativamente à última questão “*Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida*” podemos observar que 2,6% dos utentes não concorda 51,3% concorda um pouco, 35,9% concorda bastante e 10,3% concorda plenamente.

Tabela 20 – Avaliação dos Participantes sobre a medicação anterior para a dor

RESPOSTAS QUESTÕES	Não concordo		Concordo pouco		Concordo bastante		Plenamente de acordo.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	2	2,6	40	51,3	34	43,6	2	2,6
A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	3	3,8	33	42,3	38	48,7	4	5,1
Vejo o meu futuro com esperança	27	34,6	34	43,6	16	20,5	1	1,3
Sinto que a minha vida mudou para melhor	24	30,8	37	47,4	17	21,8	-	-
Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	2	2,6	40	51,3	28	35,9	8	10,3

Numa análise descritiva das dimensões e espiritualidade global podemos constatar que a espiritualidade global oscila entre um valor mínimo de 6 e um máximo de 17, correspondendo-lhe uma média de 11,34 ou seja uma espiritualidade que em termos percentuais ronda valores médios (56,70%), um desvio padrão de 2,37 e um coeficiente de variação de 20,89%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando a dimensão crenças verificamos, que oscila entre um valor mínimo de 2 e um máximo de 8, correspondendo-lhe uma média de 5,01 correspondente em valor percentual a 62,62% um desvio padrão de 1,18 e um coeficiente de variação de 23,55%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

A dimensão esperança oscila entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 10, correspondendo-lhe uma média de 6,33 (valor percentual a 52,75% um desvio padrão de 1,59 e um coeficiente de variação de 25,11%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Verificamos portanto que as crenças (M=62,62) são superiores à esperança (M=52,75) nos nossos inquiridos.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das dimensões da espiritualidade, é simétrica e Platicúrtica.

Tabela 21 – Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes

	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	%	<i>Dp</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>CV (%)</i>
Crenças	2	8	5,01	62,62	1,18	0,25	-0,32	23,55
Esperança	3	10	6,33	52,75	1,59	0,67	-1,32	25,11
Espiritualidade Global	6	17	11,34	56,70	2,37	0,61	-0,68	20,89

5.1.5 – Dados dos Participantes relativos à Personalidade

O Inventário de Personalidade (NEO-FFI-20), foi o instrumento utilizado para avaliar as características da personalidade dos participantes do nosso estudo. De acordo com Bertoquini & Pais Ribeiro (2006), este inventário não comporta um valor global, mas antes valores médios para cada uma das cinco dimensões (Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (AE), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C). Pontuações mais elevadas numa determinada dimensão correspondem a maior presença daquele tipo de traço de personalidade nos Participantes. Apresentaremos valores médios em valores percentagens para melhor entendermos esses valores e facilitar a comparação entre dimensões.

Numa análise descritiva da dimensão neuroticismo podemos constatar que esta oscila entre um valor mínimo de 5 e um máximo de 14, correspondendo-lhe uma média de 9,25 ou seja uma dimensão que em termos percentuais ronda valores médios (57,81%), um desvio padrão de 2,33 e um coeficiente de variação de 25,18%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

A dimensão extroversão oscila entre um valor mínimo de 1 e um máximo de 15, correspondendo-lhe uma média de 8,34 (valor percentual médio 52,12%), um desvio padrão de 2,89 e um coeficiente de variação de 34,65%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Na dimensão abertura à experiência o valor mínimo é de 3 e o máximo de 12, correspondendo-lhe uma média de 7,91 ou seja baixa abertura à experiência (49,43%), um

desvio padrão de 1,46 e um coeficiente de variação de 18,45%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

A amabilidade oscila entre o valor mínimo é de 1 e o máximo de 15, correspondendo-lhe uma média de 10,15 (63,43%), um desvio padrão de 2,71 e um coeficiente de variação de 26,69%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

A dimensão conscienciosidade oscila entre um valor mínimo de 8 e um máximo de 16, correspondendo-lhe uma média de 11,25 (70,31%) valor este superior as restantes dimensões, um desvio padrão de 1,24 e um coeficiente de variação de 11,02%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

Em resumo podemos afirmar que os traços de personalidade mais presentes nesta amostra são a conscienciosidade (70,31%) e a amabilidade (63,43%). O neuroticismo (57,81%) e a extroversão (52,12%) apresentam traços moderados e por fim a abertura à experiência apresenta o valor mais baixo (49,43%).

Tabela 22 – Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes

	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	%	<i>Dp</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>CV (%)</i>
Neuroticismo	5	14	9,25	57,81	2,33	1,19	-0,91	25,18
Extroversão	1	15	8,34	52,12	2,89	1,46	-0,40	34,65
Abertura à Experiencia	3	12	7,91	49,43	1,46	0,11	2,74	18,45
Amabilidade	1	15	10,15	63,43	2,71	-3,01	1,20	26,69
Conscienciosidade	8	16	11,25	70,31	1,24	1,97	5,34	11,02
Personalidade global	38	55	46,94	58,67	4,09	-0,41	-1,28	8,71

5.2 - Análise Inferencial

Terminada a etapa de análise descritiva dos dados, passaremos a apresentar a análise inferencial uma vez que um dos principais objetivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses e a generalização das suas relações.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, (sendo no caso uma distribuição não normal) pois corroboramos com PESTANA e GAGEIRO (2005) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: estado civil e tempo da dor.

H1 – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) e a satisfação dos utentes com o tratamento da dor?

Para testar esta hipótese complexa iremos decompô-la em sub - hipóteses simples.

Género

Para se perceber a influência do género na satisfação dos utentes com o tratamento da dor, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 23, verificamos que só se encontram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “efeitos secundários da medicação” ($p=0,003$) e “satisfação com as características da medicação” ($p=0,043$), sendo neste caso os homens os que sentem menos efeitos secundários da medicação e as mulheres as que apresentam maior satisfação com as características da medicação.

Face a estes resultados, somos levados a aceitar parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 23- Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do género

DIMENSÕES	GRUPOS	MASCULINO	FEMININO	U	P
		ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
IDT		39,53	39,48	719,000	0,989
CM		43,74	35,27	529,500	0,101
AMD		40,97	38,58	676,000	0,646
ESM		29,90	45,50	432,000	0,003
SMA-CM		45,73	35,60	533,000	0,043
SMA-EM		38,85	39,91	700,500	0,834

Idade

Para testar esta sub-hipótese foi aplicado um teste de Kruskal-Wallis. Constatamos pelos valores da tabela 24 que apenas existem significâncias estatísticas na dimensão “satisfação com as características da medicação” ($p=0,010$), sendo os utentes com idade compreendida entre os 30 e 50 anos aqueles que demonstram maior satisfação. Os mais insatisfeitos são os utentes com idade superior a 70 anos.

Face a estes resultados, somos levados mais uma vez a aceitar a sub-hipótese para a dimensão referida e a rejeitá-la para as restantes dimensões.

Tabela 24 – Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função da idade

DIMENSÕES \ GRUPOS	30-50	51-70	71-90	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
IDT	36,43	42,07	35,64	2,652	0,265
CM	43,67	33,46	46,34	5,918	0,052
AMD	33,71	35,99	47,58	4,910	0,086
ESM	45,14	40,34	36,38	0,992	0,609
SMA-CM	32,93	34,65	50,26	9,228	0,010
SMA-EDM	31,36	37,53	45,40	3,220	0,200

Estado civil

Para analisar a influência do estado civil na satisfação dos utentes com o tratamento da dor, começamos por recodificar a variável em dois grupos, os que vivem acompanhados (casados e em união de facto) e os não acompanhados (viúvos, solteiros e divorciados).

Seguidamente efetuámos um Teste U de Mann-Whitney que mostra (c.f. tabela 25), que só se encontram diferenças estatisticamente significativas na dimensão “satisfação com as características da medicação” ($p=0,045$). Observámos que são os utentes casados ou a viver em união de facto os que apresentam maior satisfação com as características da medicação.

Face a estes resultados, somos levados a aceitar parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 25- Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do estado civil

DIMENSÕES	GRUPOS	Acompanhado	Não Acompanhado	U	P
		ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
	IDT	41,41	33,14	425,500	0,066
	CM	37,99	40,14	492,500	0,716
	AMD	37,83	45,08	439,500	0,225
	ESM	39,13	40,72	518,000	0,792
	SMA-CM	36,83	48,42	397,500	0,045
	SMA-EM	38,44	43,03	476,500	0,431

H2 – Existe associação entre as variáveis clínicas (tempo em que sente dor, tratamento atual da dor, tipo de tratamento, consulta da dor e reabilitação) e a satisfação dos utentes com o tratamento da dor?

Período temporal da dor

Para testar esta sub-hipótese recorreremos mais uma vez ao *Teste Kruskal-Wallis* (c.f. tabela 26). Pudemos constatar que só se encontram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “cuidados médicos” ($p=0,013$) e “efeitos secundários da medicação” ($p=0,014$).

No caso dos cuidados médicos os utentes mais satisfeitos são os que sentem dor há mais de 5 anos, seguindo-se os que sentem entre 1 e 5 anos e por fim os mais insatisfeitos são os que têm dor há menos de um ano. Já os efeitos secundários da medicação são mais sentidos pelos utentes com dor há mais de 5 anos.

Face a estes resultados, somos levados a aceitar parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 26 – Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do tempo

DIMENSÕES \ TEMPO	<1	1-5	>5	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
IDT	37,79	37,71	43,44	1,924	0,382
CM	48,00	37,32	29,61	8,566	0,013
AMD	45,19	35,34	38,19	2,761	0,251
ESM	30,25	40,18	48,73	8,523	0,014
SMA-CM	43,08	42,20	32,48	3,709	0,157
SMA-EM	33,81	45,80	38,31	4,235	0,120

Tipo de tratamento

Para analisar a influência do tipo de tratamento (farmacológico e não farmacológico) na satisfação dos utentes com o tratamento da dor efetuámos um Teste U de Mann-Whitney (c.f. tabela 27). Os dados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes dimensões excepto na que diz respeito à “satisfação com as características da medicação” onde as diferenças são estatisticamente significativas ($p=0,011$). Observámos que são os utentes que fazem tratamento não farmacológico os que apresentam maior satisfação com as características da medicação.

Face aos resultados, somos levados mais uma vez a aceitar parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 27- Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do tipo de tratamento

DIMENSÕES \ TRATAMENTO	Farmacológico	Não Farmacológico	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
IDT	36,60	44,13	581,000	0,053
CM	41,94	32,93	520,000	0,082
AMD	40,89	37,28	653,500	0,487
ESM	36,79	43,83	590,000	0,177
SMA-CM	44,43	31,62	583,500	0,011
SMA-EM	42,23	35,13	589,000	0,159

Seguimento na consulta da dor

Para comprovarmos a influência do seguimento na consulta da dor na satisfação dos utentes com o tratamento da mesma, efetuámos um Teste U de Mann-Whitney (c.f. tabela 28). Os dados expressos mostram que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões excepto na dimensão “ atual medicação da dor” ($p=0,054$).

Deste modo podemos afirmar que os utentes que são seguidos na consulta da dor são os que têm mais “informação sobre o tratamento da dor” ($p= 0,001$), maior satisfação com os “cuidados médicos e de enfermagem” ($p= 0,013$), sentem mais “efeitos secundários da medicação” ($p= 0,003$), maior satisfação com as “características da medicação” ($p= 0,000$) e maior satisfação com a “eficácia da medicação” ($p= 0,002$).

Face aos resultados, aceitamos a sub-hipótese formulada para todas as dimensões exceto para a AMD.

Tabela 28- Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função do seguimento na consulta da dor

CONSULTA DA DOR DIMENSÕES	Sim	Não	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
IDT	45,13	32,22	500,500	0,001
CM	33,06	45,59	575,500	0,013
AMD	35,24	45,01	560,500	0,054
ESM	46,07	31,00	459,000	0,003
SMA-CM	31,91	49,32	414,000	0,000
SMA-EM	32,86	48,09	456,000	0,002

Género

Para se perceber a influência dos programas de reabilitação na satisfação dos utentes com o tratamento da dor, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 29, verificamos que só se encontram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “efeitos secundários da medicação” ($p=0,003$) e “satisfação com as características da medicação” ($p=0,005$), sendo neste caso os que não fazem reabilitação os

que sentem menos efeitos secundários da medicação e os que fazem os que apresentam maior satisfação com as características da medicação.

Face a estes resultados, somos levados a aceitar parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 29 - Satisfação dos utentes com o tratamento da dor em função da realização de programas de reabilitação

DIMENSÕES	REABILITAÇÃO	Sim	Não	U	P
		ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
IDT		42,12	35,07	582,000	0,072
CM		34,85	44,75	497,000	0,058
AMD		36,26	44,989	551,500	0,094
ESM		45,24	29,79	429,000	0,003
SMA-CM		34,27	48,34	454,000	0,005
SMA-EM		36,63	44,34	570,000	0,129

H1 – As variáveis psicossociais (espiritualidade e personalidade) são preditoras da satisfação dos utentes com o tratamento da dor.

Para testar o valor preditivo das variáveis psicossociais (espiritualidade e personalidade e respetivas sub-escalas) na satisfação dos utentes com o tratamento da dor, procedeu-se ao estudo de regressões lineares múltiplas pelo método de “Stepwise” ou passo a passo, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente. Uma vez que a nossa variável dependente é constituída por seis dimensões (IDT;CM;AMD;ESM;SMACM e SMAEM) iremos fazer tantas regressões quantas as referidas dimensões.

Informação sobre a dor e Tratamento (IDT)

Os valores expressos na tabela 30 permitem constatar que das 9 dimensões que entraram no modelo de predição, apenas uma (a **abertura à experiência** da escala da personalidade)) prediz a satisfação dos utentes relativamente á IDT, tendo sido excluídas as restantes dimensões.

O coeficiente de correlação é de 0,309 que corresponde a 8,4% da variância explicada da satisfação dos utentes com a informação que lhes é dada sobre a dor e tratamento.

A dimensão referida é a única que apresenta peso preditivo, pois explica 30,9% da variância total e a equação de regressão tem uma capacidade preditiva bastante significativa ($p=0,006$). O valor do coeficiente padronizado beta leva-nos a inferir que os utentes mais abertos a experiências são os mais satisfeitos com a informação que lhes é dada sobre a dor e o tratamento.

Tabela 30 – Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com a informação sobre a dor

Variável dependente = Informação sobre a dor e Tratamento						
R	R ²	R ² AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA	INCREMENTO DE R ²	F	P
0,309	0,095	0,084	1,77692	0,095	8,022	0,006
PESOS DE REGRESSÃO						
VARIAVEL. DEPENDENTE	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	T	P	COLINEARIDADE VIF	
CONSTANTE	11,113		9,970	0,000		
ABERTURA A EXPERIENCIA	0,393	0,309	2,832	0,006	1,000	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
EFEITO	SQ	GL	MQ	F	P	
REGRESSÃO	25,330	1	25,330	8,022	0,006	
RESIDUAL	239,965	76	3,157			
TOTAL	265,295	77				

Cuidados Médicos (CM)

Os dados da tabela 31 mostram que neste modelo de predição, entraram duas dimensões (a **amabilidade** da escala da personalidade e **as crenças** da escala da espiritualidade) que predizem a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados médicos.

O coeficiente de correlação é de 0,398 **PELO** que a proporção de variância da satisfação que é explicada pelo conjunto das duas variáveis é de 13,5%.

Das variáveis incluídas no modelo a *amabilidade* é aquela que apresentava maior peso preditivo, pois explica 31,2% da variância total; já as crenças possuem menos peso preditivo explicando apenas 28,5% dessa variância.

A equação de regressão tem uma capacidade preditiva significativa ($p=0,010$) e os valores padronizados beta leva-nos a inferir que os utentes mais amáveis e mais crentes são os mais satisfeitos com os cuidados médicos.

Tabela 31 – Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com os cuidados médicos

Variável dependente = Satisfação com os Cuidados Médicos						
R	R ²	R ² AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA	INCREMENTO DE R ²	F	P
0,398	0,158	0,135	3,31135	0,080	6,948	0,010
PESOS DE REGRESSÃO						
VARIAVEL. DEPENDENTE	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	T	P	COLINEARIDADE VIF	
CONSTANTE	15,649		7,554	0,000		
AMABILIDADE	0,407	0,312	2,886	0,005	1,013	
CRENÇAS	0,849	0,285	2,636	0,010	1,013	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
EFEITO	SQ	GL	MQ	F	P	
REGRESSÃO	150,435	2	75,217	6,860	0,002	
RESIDUAL	800,447	73	10,965			
TOTAL	950,882	75				

Atual medicação para a Dor (AMD)

Os valores expressos na tabela 32 permitem constatar que mais uma vez das 9 dimensões que entraram no modelo de predição, apenas a *espiritualidade global* prediz a satisfação dos utentes relativamente á AMD, tendo sido excluídas as restantes dimensões. O coeficiente de correlação é de 0,297 que corresponde a 7,6% da variância explicada desta satisfação. O peso preditivo da espiritualidade explica 29,7% da variância total e a equação de regressão tem uma capacidade preditiva bastante significativa ($p=0,008$). O valor do coeficiente padronizado beta sugere-nos que a variável *espiritualidade global* varia

na razão inversa, ou seja, aqueles que assumem maior espiritualidade são os menos satisfeitos com a medicação atual para a dor.

Tabela 32 – Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com a atual medicação para a dor

Variável dependente = Atual Medicação para a dor						
R	R ²	R ² AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA	INCREMENTO DE R ²	F	P
0,297	0,088	0,076	3,67635	0,088	7,376	0,008
PESOS DE REGRESSÃO						
VARIAVEL. DEPENDENTE	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	T	P	COLINEARIDADE VIF	
CONSTANTE	22,030		10,768	0,000		
ESPIRITUALIDADE GLOBAL	-0,479	-0,297	-2,716	0,008	1,000	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
EFEITO	SQ	GL	MQ	F	P	
REGRESSÃO	99,692	1	99,692	7,376	0,008	
RESIDUAL	1027,179	76	13,516			
TOTAL	1126,872	77				

Efeitos secundários da Medicação (ESM)

A tabela 33 mostra que mais uma vez apenas uma variável (extroversão da escala da personalidade) entrou no modelo predizendo a satisfação dos utentes relativamente aos ESM.

O coeficiente de correlação é de 0,369 que corresponde a 12,5% da variância explicada da satisfação global. O peso preditivo da extroversão explica 36,9% da variância total e a equação de regressão tem uma capacidade preditiva bastante significativa ($p=0,001$). O valor do coeficiente padronizado beta sugere-nos que a variável *extroversão* varia na razão inversa, ou seja, aqueles que são mais extrovertidos são os menos satisfeitos com os efeitos secundários da medicação.

Tabela 33 – Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com os efeitos secundários da medicação

Variável dependente = Satisfação com os efeitos secundários da medicação						
R	R ²	R ² AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA	INCREMENTO DE R ²	F	P
0,369	0,136	0,125	5,10539	0,136	11,990	0,001
PESOS DE REGRESSÃO						
VARIÁVEL DEPENDENTE	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	T	P	COLINEARIDADE VIF	
CONSTANTE	11,666		6,577	0,000		
EXTROVERSÃO	-0,596	-0,369	-3,463	0,001	1,000	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
EFEITO	SQ	GL	MQ	F	P	
REGRESSÃO	312,511	1	312,511	11,900	0,001	
RESIDUAL	1980,938	76	26,065			
TOTAL	2293,449	77				

Satisfação com as características da Medicação atual (SMA-CM)

Foi igualmente elaborada uma nova regressão linear múltipla para a dimensão descrita, contudo constatámos que nenhuma das variáveis entrou no modelo, razão pela qual não apresentamos tabela.

Assim somos levados a inferir que nem a espiritualidade nem a personalidade predizem a satisfação dos utentes com as características da Medicação atual (SMACM).

Satisfação com a eficácia da Medicação atual (SMA-EM)

A tabela 34 mostra que mais uma vez apenas uma variável (conscienciosidade da escala da personalidade) entrou no modelo predizendo a satisfação dos utentes relativamente á eficácia da atual medicação.

O coeficiente de correlação é de 0,229 que corresponde a 4,0% da variância explicada da satisfação global. O peso preditivo desta variável explica 22,9% da variância total e a equação de regressão tem uma capacidade preditiva significativa ($p=0,044$).

Também neste caso o valor do coeficiente padronizado beta nos sugere que a variável conscienciosidade varia na razão inversa, ou seja, os utentes que são mais conscienciosos são os menos satisfeitos com a eficácia da atual medicação.

Tabela 34 – Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e a Satisfação dos utentes com a eficácia da Medicação

Variável dependente = Satisfação com a eficácia da medicação						
R	R ²	R ² AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA	INCREMENTO DE R ²	F	P
0,229	0,052	0,040	2,01835	0,052	4,191	0,044
PESOS DE REGRESSÃO						
VARIAVEL. DEPENDENTE	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	T	P	COLINEARIDADE VIF	
CONSTANTE	10,869		5,185	0,000		
CONSCIENCIOSIDADE	-0,379	-0,229	-2,047	0,044	1,000	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
EFEITO	SQ	GL	MQ	F	P	
REGRESSÃO	17,074	1	17,074	4,191	0,044	
RESIDUAL	309,605	76	4,074			
TOTAL	326,679	77				

Depois das análises feitas e como síntese final diremos, que a hipótese formulada é parcialmente aceite uma vez que apenas algumas das variáveis psicossociais se mostraram preditivas da satisfação dos utentes com a medicação para a dor e rejeitada para todas as variáveis que foram excluídas do modelo de regressão.

6 – Discussão dos Resultados

Após a análise dos dados segue-se a sua discussão. Esta fase é essencial para situar os resultados da investigação em relação a outros estudos encontrados na literatura (Fortin, 2009). Desta forma, iremos salientar os resultados que na nossa opinião merecem ser realçados, tendo em conta o conhecimento atual sobre o tema.

No presente estudo e reportando-nos às **variáveis sociodemográficas**, verificámos que a média de idades foi de 64,88 anos, não se observando diferenças significativas quanto á distribuição por género. A maioria da amostra (76,9%) é casado ou encontra-se em união de fato e 69,2% dos inquiridos possuem o 1º ciclo de escolaridade.

A média de idades é superior à encontrada na literatura, com médias de 43.6 anos e de 58,4 anos (Shill et al., 2012; Karabulut, Aktas, Gurçayr, Yilmaz & Gokmen ,2011). No entanto, é do conhecimento geral que o envelhecimento populacional tem sido um fenómeno crescente, tal fato explique que a média de idades seja superior no nosso estudo. De acordo com o INE, o índice de envelhecimento da população portuguesa em 2013 foi de 136, o que significa que para cada 136 idosos (idade superior ou igual a 65 anos), existiam 100 jovens (menos de 15 anos). A análise do estado civil coincide também com o estudo realizado por Silva e Dixe (2013), na qual 62,4 % da amostra era casada. Sobre as habilitações literárias, os resultados vão de encontro a outras pesquisas, em que 40,4% e 66,1% referem ter apenas frequentado o 1.º ciclo (Karabulut, Aktas, Gurçayr, Yilmaz & Gokmen,2011 ; Silva & Dixe, 2013, respetivamente)

Quanto à caracterização da amostra em função dos **dados clínicos**, verificamos que as patologias que causam dor mais representativas na amostra, são em primeiro lugar as patologias articulares (artroses e artrites) com 35,9% seguidas das patologias da coluna vertebral (26,9%). Já no que concerne às patologias anteriores dos inquiridos verificamos que a maior fatia pertence às osteoarticulares (50%), seguindo-se as doenças metabólicas com 46,2%, o que corrobora com a literatura consultada. No estudo de Karabulut, Aktas, Gurçayr, Yilmaz e Gokmen (2011), 32.7% dos participantes apresentam doenças cardiovasculares e 23.1% apresenta doenças do foro metabólico.

Sobre o período cronológico da dor, cerca de 35,9% dos participantes sente dor em períodos que oscilam entre 1 e 5 anos e ainda 33,3% refere dor há menos de um ano, e 30,8% há mais de 5 anos. Ao analisarmos o tipo de dor, verificamos que 69,2% apresenta dor crónica, enquanto que a dor aguda refere-se a 21,8%. De acordo com o INE (2008), a dor crónica assume-se como a dor mais comum, na medida em que mais de 2 milhões de

portugueses sofrem deste tipo de dor, que condiciona diversos aspetos do quotidiano das pessoas- social, familiar, laboral, entre outros.

Em relação ao tratamento da dor, a maioria (61,5%) da amostra recorre ao tratamento farmacológico, apesar da DGS (2010) defender que o tratamento da dor crónica deve contemplar terapias não farmacológicas, tais como massagem, terapias cognitivas, estimulação elétrica transcutânea, acupunctura, diatermia e ultra-sons. No entanto a terapêutica não farmacológica não deve ser usada isoladamente, uma vez que produz resultados de curta duração, mas sim em combinação com a terapêutica farmacológica, conduzindo assim ao efeito terapêutico global. Apesar do recurso crescente a este tipo de terapias, o tratamento farmacológico da dor continua a ser o de eleição, sendo as suas principais metas as de controlar a dor e melhorar não só a capacidade funcional, como também e consequentemente a qualidade de vida.

Apesar da maioria (62,8%) dos inquiridos referir ter frequentado programas de reabilitação, 83,7% recorreu a fisioterapeutas para o fazer e apenas 12,2% recorreu ao enfermeiro especialista em reabilitação. Tal como podemos constatar na recolha de dados, muitos inquiridos desconhece ainda esta área de especialidade na enfermagem. Assim, consideramos que existe um longo caminho a percorrer para a enfermagem de reabilitação alcançar visibilidade junto dos utentes e conquistar o seu lugar mais que merecido no seio da equipa multidisciplinar que cuida o doente com dor. Corroboramos Pontinha et al. (2012) quando afirma que "há ainda muito para fazer de forma a que o enfermeiro de Reabilitação planeie e execute programas específicos centrados no tratamento da dor e em simultâneo avalie a eficácia das suas intervenções".

Outro dado a referenciar é que apenas 12,8% dos participantes reconhece a importância positiva dos seus resultados no alívio da dor, pensamos que isto se deva ao elevado número de utentes a necessitar dos mesmos, e da fraca resposta dos serviços de saúde, com um número reduzido de profissionais de saúde, proporcionando tratamentos de reabilitação curtos, com metas e objetivos difíceis de atingir. No entanto, de acordo com Azevedo (2015), ainda que na área dos doentes cirúrgicos, a implementação de um programa de reabilitação adequado promove uma melhoria da capacidade para realização de atividades de vida diárias, uma melhoria da dor e da mobilidade e consequentemente uma melhoria da qualidade de vida.

Considerando a saúde dos elementos da amostra, vimos que a nível geral, metade refere ter uma saúde razoável, sendo que 29,5% refere ter uma saúde boa e 20,5% refere ter uma saúde má. Dados estes que se enquadram nos dados colhidos pelo INE (2009) no seu Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, em que se verificou que apenas 13,8 % da

população refere ter uma saúde má, sendo que a restante percentagem a enquadra no razoável a boa. Analisando o nível de dor, verificamos que, no momento da colheita de dados, 93,6 % dos participantes referiram dor, sendo distribuídos da seguinte forma: dor moderada (41%) dor intensa (24,4%), e ligeira (28,2%). Estes resultados vão de encontro aos resultados de outro estudo realizado, que pretendeu analisar a eficácia do tratamento da dor no âmbito de um serviço de urgência e no qual se verificou uma prevalência de dor moderada superior a 70%, seguindo-se a dor ligeira e intensa, com percentagens de 16,2% e 10,2% respetivamente (Costa et al., 2013).

Em relação à primeira dimensão: Informação sobre a dor e seu tratamento (IDT), da escala utilizada apuramos que a maioria considera ter informação suficiente (mais de 79%), e que os restantes gostariam de ter um pouco mais de informação (entre 5,1% a 20,5% de acordo com os vários tópicos).

No que respeita aos cuidados médicos (CM), e reportando-nos à afirmação "A equipa de pessoal médico não me questiona sobre a dor que sinto" uma fatia muito representativa da amostra refere discordar um pouco ou plenamente, isto significa que os profissionais de saúde os questionam sobre a sua dor, o que vai de encontro ao estudo de Silva e Dixe (2013), em que 85,5 % dos participantes referiram que os profissionais lhes questionam sobre a sua dor. De referir que em dois estudos internacionais conclui-se a existência de uma associação significativa entre a comunicação adequada entre os profissionais de saúde e os utentes e a satisfação com o tratamento da dor (Shill et al., 2012; Baker, Connor, Roker & Krok, 2013).

Sendo enfermeira, não posso deixar de salientar outro dado importante, é que apenas 2,6% se mostra insatisfeito com os cuidados de enfermagem em relação à dor. Dados estes que correspondem aos resultados apurados noutros estudos, em que a grande maioria se encontra satisfeita/muito satisfeita com os cuidados prestados, sendo que os valores mais elevados de satisfação se referem aos cuidados de enfermagem (Melo, 2000; Martins, 2009; Santos, A., Ramalhinho, Santos, G., Santos, R. & Prieto, 2012.)

Examinando a dimensão atual medicação para a dor (AMD), constatamos que a maioria dos participantes (percentagem superior a 70%) responde positivamente acerca dos efeitos da medicação na sua saúde física, na melhoria da perspetiva de vida e da disposição, nas tarefas diárias, nas atividades de lazer e na independência.

Relativamente à outra dimensão efeitos secundários (ES), é de realçar a sonolência com 26,9% e os efeitos gástricos (26,9% apresenta dores no estomago e 26,8% sente náuseas). Na literatura consultada os gastrointestinais são também descritos como efeitos frequentes (IASP, 2010).

Ao analisar a subdimensão Satisfação com a atual medicação para a dor características da medicação (SMA CM), podemos verificar graus elevados de satisfação em grande parte das questões (acima dos 66,7% encontram-se satisfeitos a muito satisfeitos). No entanto não podemos deixar de referir as questões que contabilizaram uma maior percentagem de insatisfação e que se prendem com: a duração de alívio da dor fornecido pela sua medicação (9%) e o tempo que a medicação demora a atuar (7,7%). Globalmente, apenas 1,3 % se encontra insatisfeito com a medicação para a dor, o que vai ao encontro dos resultados apurados por Costa et al. (2013), em que uma percentagem pequena, embora maior, dos participantes se encontra insatisfeito/muito insatisfeito (10,3%). A referir ainda que no mesmo estudo verificou-se que o grau de alívio após analgesia era melhor ou muito melhor em 65,3 % dos participantes, tendo-se verificado uma associação entre o grau de alívio e a administração de analgesia. No entanto, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a administração de analgesia e a satisfação com o tratamento. O mesmo não aconteceu noutro estudo em que se constatou que a analgesia adequada se associa fortemente a altos níveis de satisfação (Shill et al., 2012).

A maioria dos inquiridos (64,1%) revela estar satisfeito com o nível de alívio da dor fornecido pela sua medicação e 91,0% revela que o tratamento para o alívio da dor vai de encontro às suas expectativas. Dados estes em concordância com outros estudos, como o de Silva e Dixe (2013), que no seu estudo revelaram que 91,4% moderadamente a muito satisfeitos com o resultado do tratamento da dor. Já Costa et. al (2013) na sua investigação concluiu que 75,9% dos participantes se encontra satisfeito a muito satisfeito com o alívio proporcionado pelo tratamento da dor, e apenas 11,6% refere estar insatisfeito ou muito insatisfeito com o mesmo.

Por fim, no que concerne á ultima dimensão da escala- SMA EM, apesar de 52,5% dos participantes considerarem que a medicação atual para a dor poderia ser mais eficaz, a grande maioria (76,9%) gostaria de continuar com a mesma medicação (definitivamente e provavelmente).

No que concerne á caracterização da amostra tendo por base a sua **espiritualidade**, constatamos diferentes afirmações o que significa posturas muito individualizadas. Assim, a grande maioria, 97,4% e 96,2 % distribuídos entre o concordo pouco e o plenamente de acordo concordam com as duas primeiras afirmações "*As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida*" e com "*A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis*". De realçar que a maioria não vê ou vê com pouca esperança o seu futuro e que a maioria refere que a sua vida não mudou ou mudou pouco para melhor (78,2%). Apenas 2,6% assume não dar valor ás pequenas coisas do seu dia-a-dia.

Analisando as duas sub-dimensões da escala utilizada, verificamos que a dimensão vertical (Crenças) é superior à dimensão horizontal (Esperança) o que se enquadra na literatura. Pinto e Pais Ribeiro (2010) referem que a nível das habilitações literárias, as pessoas com formação superior, possuem maior grau de esperança em prol das crenças. Assim, e tendo em conta que a maioria da nossa amostra possui apenas o 1.º ciclo, entende-se o porquê da dimensão vertical surgir com maior peso no presente estudo. Estes resultados convergem também com estudo realizado por Pinto (2011), que investigou a espiritualidade no contexto de cuidados paliativos, tendo verificado médias superiores na sub-dimensão Crenças em relação à sub-dimensão Esperança. Ainda relativamente ao género, Pinto e Pais Ribeiro (2010) referem ser as mulheres as mais crentes, por motivos de ordem cultural. Contudo, não se verificaram diferenças no nosso estudo relativas ao género, uma vez que a distribuição é relativamente homogénea.

Relativamente à **personalidade**, constatámos que do conjunto dos cinco traços de personalidade definidos pelo inventário NEO-FFI, os mais destacados neste estudo são a conscienciosidade (70,31%) e a amabilidade (63,43%), seguindo-se o neuroticismo (57,81%) e a extroversão (52,12%) e por fim a abertura à experiência que se manifesta com a percentagem de valor mais baixa (49,43%). Dados estes que vão ao encontro de outro estudo em que os traços predominantes eram conscienciosidade, amabilidade e extroversão. (Yassine, 2011)

Quanto às hipóteses formuladas e reportando-nos à primeira (**hipótese 1**), subdividimo-las em sub-hipóteses dentro das variáveis sociodemográficas. Deste modo, no que concerne ao género, verificou-se diferenças estatisticamente significativas em duas dimensões. A primeira foi nos "efeitos secundários da medicação", sendo os homens aqueles que sentem menos efeitos secundários e a segunda é "satisfação com as características da medicação", sendo as mulheres mais satisfeitas neste campo. Não podemos descurar que estes resultados refletem outros estudos, como o de Pontinha et al. (2012), em que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação e o sexo na dimensão efeitos secundários da medicação ($p=0,036$). Já Cardoso (2013) refere que as mulheres são as que apresentam dor mais intensa e prolongada e por outro lado as que referem mais baixo limiar à dor e maior sensibilidade aos medicamentos, diferenças essas explicadas à luz da biologia. No entanto, a referir que também existem diferenças a nível psicológico, e que apesar das mulheres serem menos tolerantes aos estímulos dolorosos, também são capazes de utilizar estratégias de coping mais eficazes para lidar com a dor (Gagnon cit in. IASP, 2010).

Em relação à idade, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão "satisfação com as características da medicação", sendo os utentes com idade superior a 70

os mais insatisfeitos. Resultados estes que corroboram com o de Pontinha et.al (2012), que chegaram á mesma conclusão. Para Kopf (2010) a dor no idoso apresenta uma taxa de incidência alta, sendo considerada ainda hoje um constante desafio, na medida em que a dor nos idosos é mal diagnosticada e subtratada. Ainda as comorbidades associadas, os distúrbios cognitivos e de comunicação, o número elevado de comprimidos diários e as alterações biológicas a que estão sujeitos fazem com quem a medicação não seja administrada adequadamente e conseqüentemente, não se encontrem satisfeitos com a mesma. Como tal, o profissional de saúde necessita de realizar uma adequada avaliação da dor no utente geriátrico, que merece não só o respeito da sociedade em geral como também um controlo adequado da sua dor (IASP, 2010).

O mesmo se verifica perante o estado civil, em que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão "satisfação com as características da medicação", sendo os mais satisfeitos os que vivem casados/união de fato. Já Pontinha et al. (2012) concluíram que essas diferenças significativas se encontram nas dimensões "cuidados médicos" e "eficácia".

Por fim, ao analisar a influência das habilitações literárias na satisfação dos utentes, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quando analisada a **hipótese 2**, que relaciona a satisfação com as variáveis clínicas, procedemos do mesmo modo, subdividindo em sub-hipóteses. Assim, no que diz respeito ao período temporal da dor, constatámos que só se verificam diferenças estatisticamente significativas em duas dimensões: "cuidados médicos" e "efeitos secundários da medicação", pelo que são os utentes com dor há mais de 5 anos os mais satisfeitos e também os que sentem mais os efeitos secundários. Talvez por conhecerem melhor a sua dor, estarem familiarizados com a dor e seu tratamento e gerirem melhor a sua medicação.

Já no que se refere ao tipo de tratamento, foram apenas encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão "satisfação com as características da medicação". Relativamente ao seguimento na consulta da dor, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões, á exceção da "atual medicação para a dor", sendo os utentes que são seguidos nesta consulta globalmente os mais satisfeitos.

Analisando a influência da reabilitação nestes utentes, verificamos que os que não frequentam este programa os que referem menor satisfação com as "características da medicação" e por outro lado os que sentem menos "efeitos secundários da medicação". No entanto, Pontinha et al. (2012) e Dias (2011), não encontraram relação estatisticamente significativa entre as variáveis programa de reabilitação e satisfação com o tratamento da dor..

Para testar a **hipótese 3**, foram consideradas as variáveis psicossociais- espiritualidade e personalidade nas seis dimensões da satisfação.

Assim, na primeira dimensão (IDT), verificamos que os utentes mais satisfeitos são aqueles que apresentam maior abertura à experiência (escala da personalidade).

Através da análise dos CM, podemos constatar que os mais satisfeitos são os mais crentes (subescala crenças da espiritualidade) e os mais amáveis (sub-dimensão da personalidade- amabilidade). De encontro a estes resultados vem o estudo de Pontinha et al. (2012), no qual é referenciada a existência de uma relação significativa entre religião e a subescala Cuidados Médicos. Yassine (2011) estudou a influência dos traços de personalidade ainda que noutra área, na auto-perceção do envelhecimento, pés embora os resultados se possam extrapolar para o nosso estudo. Concluiu que os idosos mais amáveis possuem uma perceção mais positiva dos acontecimentos, estando este traço associado a emoções positivas, desta forma é fácil compreendermos porque é que o maior grau de satisfação com os cuidados médicos se encontra associado á Amabilidade.

Esmiuçando a AMD, apuramos que os utentes menos satisfeitos são os que assumem maior espiritualidade global (crenças e esperança), o que não se enquadra na literatura existente. No entanto de referir que apenas se trata de uma dimensão da escala de satisfação.

Seguem-se os ESM, em que foi demonstrado que os utentes mais extrovertidos (sub-dimensão extroversão da escala da personalidade) são os menos satisfeitos com os efeitos secundários que advêm da medicação. De acordo com Nobre, Reis, Torres e Alchieri (2011), os utentes mais extrovertidos são os que possuem maior perceção da dor e a expressam mais facilmente. Dada a sua sociabilidade e vigor, são os que conseguem perceber a sua dor de forma mais positiva, utilizando estratégias adequadas para o controlo da mesma. (Yassine, 2011)

Analisando a SMA- EM, verificamos que os mais satisfeitos são aqueles que apresentam maior conscienciosidade. Yassin (2011) refere também no que concerne a este traço da personalidade que as pessoas conscienciosas percebem os acontecimentos da vida de forma mais positiva, lidando melhor com os mesmos. Daí serem aqueles que mais satisfeitos se encontram com a eficácia da medicação atual para a dor.

Ao examinar a SMA-CM, verificamos que nenhuma das variáveis psicossociais prediz a satisfação com as características atuais da medicação.

7 – Conclusão

O fenómeno doloroso, apesar de presente desde os princípios da humanidade, continua a ser um desafio, nos dias de hoje, pelas repercussões que traz não só para o indivíduo que dela padece mas também a vários níveis: familiar, social, laboral, psicológico. Por ser um conceito complexo, multicausal e multidimensional, a dor tem sido alvo de vários estudos quer nacionais, quer internacionais.

Atualmente, o utente constitui um elemento ativo e com informação suficiente sobre a saúde/doença, exigindo dos serviços de saúde cada vez mais qualidade. A qualidade está também intimamente ligada ao conceito de satisfação e por isso consideramos importante a realização do presente estudo e procurámos averiguar a associação entre a satisfação com o tratamento da dor e diferentes variáveis: sociodemográficas, clínicas e psicossociais.

Os resultados apresentados e a sua análise assente no suporte teórico existente levam-nos a acreditar que os objetivos inicialmente traçados foram atingidos, pois aprofundamos mais conhecimentos, possuímos um maior conhecimento real dos problemas dos Doentes e o contexto em que os cuidados são prestados.

Em termos conclusivos, verificamos que:

- A dor crónica está presente na grande maioria dos participantes (69,2%), sendo a dor músculo-esquelética a dor mais frequente (76,9%).
- Os indivíduos do sexo masculino reportam mais dor aguda, enquanto que às mulheres está mais associada a dor crónica.
- Metade da amostra classifica a sua saúde como razoável, porém os homens apresentam uma perceção sobre a sua saúde mais positiva que as mulheres.
- No momento da colheita de dados, o nível de dor predominante e referida era a dor moderada em 41% dos doentes.
- O tratamento de eleição para a dor é o farmacológico em 61,5% dos participantes e cerca de 54,6% está a ser seguido em consulta da Dor.
- A grande maioria encontra-se satisfeita com a informação que lhe é transmitida sobre a dor e seu tratamento e uma grande percentagem (70 %) concordam com os efeitos positivos que a medicação traz para as suas vidas.
- Apesar de 80,8% se encontrar satisfeito com a atual medicação para a dor e a maioria (91%) revelar que o alívio da dor proporcionado pela mesma vai de encontro às suas expectativas, 52,5 % assume que a medicação poderia ser mais eficaz.
- A espiritualidade global ronda valores médios (56,7%) e as crenças apresentam-se superiores à esperança nos inquiridos;

- Os traços da personalidade mais presentes na amostra são os de conscienciosidade e amabilidade.

Em suma, podemos afirmar que a maioria dos participantes se encontra satisfeitos com o tratamento seguido para a dor. Contudo, a análise dos dados revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a variável satisfação com o tratamento (diferentes dimensões) e as variáveis seguintes:

- Género, idade, estado civil, tipo de tratamento, programa de reabilitação na dimensão "satisfação com as características da medicação";
- Idade, período temporal da dor e programa de reabilitação na dimensão "efeitos secundários da medicação";
- Seguimento em consulta da dor e todas as dimensões á exceção da "atual medicação para a dor".
- Personalidade e as suas diferentes dimensões: a abertura á experiência prediz a satisfação relativamente á informação sobre a dor e tratamento"; a dimensão amabilidade prediz satisfação relativamente aos "cuidados médicos", a extroversão prediz a satisfação dos utentes no que concerne aos "efeitos secundários da medicação" e por fim a conscienciosidade prediz a satisfação com a eficácia da atual medicação para a dor.
- Espiritualidade: a dimensão crenças prediz a satisfação dos utentes em relação aos "cuidados médicos", enquanto que a espiritualidade global prediz a satisfação no que diz respeito à dimensão "atual medicação para a dor".

Enquanto enfermeira de reabilitação considero que ainda tenho um longo caminho a percorrer, com o intuito de melhorar a qualidade de vida daqueles que cuido diariamente. Neste contexto, parece-nos importante referir outro dado interessante que ressaltou dos resultados, dos 62,8 % dos utentes que já frequentaram ou frequenta programas de reabilitação apenas 12,2 % recorre ao enfermeiro especialista em reabilitação e grande parte, pelo que pude constatar na colheita de dados, desconhece mesmo esta especialidade.

De fato esta figura do enfermeiro especialista ainda não está muito evidenciada e muito menos o enfermeiro especialista em reabilitação, sendo que ainda há muito a fazer no sentido de dar a visibilidade merecida desta especialidade, no âmbito da sociedade em geral, e também na saúde.

Tendo por base estes resultados e refletindo um pouco sobre os mesmos, impõe-se as seguintes questões: Qual o papel desempenhado pelo enfermeiro de reabilitação nesta

área tão extensa que é a dor? De que modo podemos sensibilizar as pessoas para os tratamentos não farmacológicos?

Enquanto enfermeiros especialistas, lidamos diariamente com a experiência dolorosa quando cuidamos dos utentes, neste sentido assumimos um papel privilegiado na avaliação e tratamento da dor. Considero que o enfermeiro especialista em reabilitação tem um lugar nas equipas interdisciplinares, complementando o trabalho realizado pelos demais profissionais, sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos utentes.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), "o enfermeiro especialista em reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas", sendo que as suas competências e o seu nível de conhecimento permitem-lhe a tomada de decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações, potenciando as capacidades de cada um.

Segundo Pereira, Caldeira & Vieira (2011) , o enfermeiro desempenha um papel crucial no seio da equipa interdisciplinar, através da identificação da dor como 5.º sinal vital, da sua monitorização e na identificação das suas consequências na vida do indivíduo, na sua esfera social, familiar e laboral. Para as mesmas autoras "é necessário a consciencialização de toda a equipa de enfermagem, quanto à importância do seu comprometimento, para que juntos, com os demais membros da equipa multidisciplinar, possam trabalhar alcançando sucesso no controlo da dor".

Deste modo, as competências do enfermeiro especialista de reabilitação passam muito pela avaliação e execução de planos de reabilitação individualizados e estruturados, com objetivos simples e realizáveis, tendo em conta uma avaliação cuidada do utente.

Corroboramos Pereira, Caldeira & Vieira (2011) , ao defenderem que o enfermeiro desempenha um papel crucial no seio da equipa interdisciplinar, através da identificação da dor como 5.º sinal vital, da sua monitorização e na identificação das suas consequências na vida do indivíduo, na sua esfera social, familiar e laboral. Para as mesmas autoras "é necessário a consciencialização de toda a equipa de enfermagem, quanto à importância do seu comprometimento, para que juntos, com os demais membros da equipa multidisciplinar, possam trabalhar alcançando sucesso no controlo da dor".

Neste contexto, consideramos pertinente a colocação de enfermeiro de reabilitação nas unidades de tratamento da dor, o que não tem vindo a verificar-se atualmente no nosso país, na medida em que possibilita uma avaliação mais completa do doente com dor e uma consequente adequada monitorização, com melhorias efetivas para a qualidade de vida do utente. De realçar que a nível académico deverão ser reforçados os conhecimentos acerca da dor, para formar profissionais mais capacitados para responder a este fenómeno que

afeta tanta gente a nível mundial. E de referir ainda que as instituições de saúde deverão ter um papel mais ativo na medida em que deverão permitir a realização de acções de formação anuais para todos os profissionais de saúde, no sentido de reforçar os conhecimentos sobre a dor, possibilitando desta forma, uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados a todos os utentes com dor.

Todos os estudos têm as suas limitações e este não é exceção. Assim, as limitações existentes prendem-se com o fato da amostra ser pequena, tendo em conta a percentagem elevada de utentes com dor. Por outro lado, reportando-me ao instrumento de colheita de dados, considero que este já é por si muito extenso o que conduziu a uma também extensa análise dos dados. A recolha de dados foi realizada num só hospital, e por isso não podemos generalizar os resultados para a população portuguesa em geral.

No que concerne a sugestões para futuras investigações realizar o estudo, alargando a amostra, a nível nacional; realizar um estudo em que se diferenciasses terapias farmacológicas das não farmacológicas e ainda fazer o estudo com doentes mais específicos: apenas doente cirúrgico ou apenas doente na Unidade da Dor.

Referências bibliográficas

- Allport, G. (1973). *Personalidade: Padrões de desenvolvimento*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Associação Americana de Enfermeiros de Reabilitação (2015). The role of Rehabilitation Nurse In Pain Management. Chicago. consultado em http://www.rehabnurse.org/uploads/files/uploads/The_Role_of_the_Rehabilitation_Nurse_in_Pain_Management.pdf.
- Azevedo, A. (2015). *Reabilitação, no domicílio, da pessoa com prótese total da anca*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, consultado em <http://repositorio.ipv.pt/handle/123456789/1434>.
- Azevedo, F., Cunha, F., Maia, M., Figueiredo, R. & Amaral, T. (2005). Espiritualidade: uma dimensão do cuidar. *Informar*, ano XI (34), 9-14.
- Atkinson & Hilgard. (2012). *Introdução á Psicologia*. 5.ª ed. Brasil: Cengage Learning.
- Baker, T., Connor, M., Roker, R. & Krok, J. (2013). Satisfaction with pain treatment in older cancer patients: Identifying variants of discrimination, trust, communication and self-efficacy. *J. Hospital Palliat Nursing*, 15 (8), 2-15, consultado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867008/>.
- Bernard, J. (2000). *Métodos de avaliação da personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bertoquini, V. & Pais Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do modelo de 5 fatores da Personalidade. In *Psychologia*, Coimbra. nº 43. 193.
- Büssing, A., Ostermann, T., Koenig, H. (2007). Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. *Int J Psychiatry Med*,37(1):39-57.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de tratamento da dor*. Lisboa: Lidel.
- Carvalho, B., Zheng, M. & Tagaloa, A. (2014). A prospective observational study evaluating the ability of prelabor psychological tests to predict labor pain, epidural analgesic consumption, and maternal satisfaction. *Anesth Analg.*, 119(3):632-640. doi: 10.1213/ANE.0000000000000357.
- Catana, C. (2015). Interação Psicológica, Social e Cultural da Dor: Uma reflexão sobre a experiência psicoterapêutica na Unidade de Dor do Hospital Garcia da Horta. *Dor*, 23, 13-16.
- Costa et al. (2013). Avaliação da eficácia do tratamento da dor no serviço de urgência do Centro Hospitalar do Porto- Hospital de Santo António (CHP- HSA). *Dor*, 21 (3), 19-24.

Cunha, S. & Sarroeira, C. (2014). A espiritualidade na gestão do autocuidado: que desenhos de investigação?. In P. Sequeira & M. Henriques (Escola Superior de Saúde de Santarém). *Revista da UIPS*. (n.º 5, vol.2), p.199-216.

Deal, B.(2011). Finding meaning in suffering. *Holist Nurs Pract*, 25(4):205-210. doi: 10.1097/HNP.0b013e31822271db.

Dias, I. (2011). *Dor no idoso: satisfação com o tratamento*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, consultado em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1002>.

DGS (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. nº 015/2010 em www.dgs.com.

DGS (2008). *Circular Normativa n.º 11/ DSCS/DPCD* de 16/08/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor em www.dgs.com.

DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Circular n. 015/2010 em www.dgs.com..

Eysenk, H. (1990). *Biological dimensions of personality*. In L. Pervin (Ed.) *Handbook of personality*. pp 244-276. New York: The Guilford Press.

Evans, C. et al. (2004). Developmente and validation of the pain treatment satisfation scale (ptss) : a patien satisfation questionnaire for use in patientes with chronic or acute pain. In *Pain*, 112, 254-266.

Feldman, S. (2001). *Compreender a Psicologia* (5.ª ed.) Lisboa: McGraw-Hill.

Fernandes, A. (2012). Qualidade de vida e satisfação com o tratamento da dor neuropática nos doentes na Beira Interior. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Portugal, consultado em <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1059/1/Tese%20sobre%20dor%20neurop%C3%A1tica%20-%20Andreia%202012.pdf>.

Fernandes, C., Monteiro, C. & Alves, J. (2006). Espiritualidade no cuidar. *Informar*, ano XII (36),10-21.

Ferreira, P & Lourenço, O. (2003). Avaliações subjetivas sobre a qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 81-91.

Fonseca, E. (2012). Espiritualidade na Saúde: o contributo da esperança. *Hospitalidade*, 76, 11-25.

Fornazari, S & Ferreira, R. (2010). Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 265-272.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freixo (2009) falta bibliografia

Gagbon, A. (2010). Influências Etnoculturais e de Género na Dor. In Kopf, A. & Patel, N. (IASP). *Guia para o tratamento da dor em contexto de poucos recursos*. (p.23-29). Seattle, USA: IASP.

Gerbershagen, K., Trojan, M., Kuhn, J., Limmroth, V. & Bewermeyer, H.(2008). Significance of health-related quality of life and religiosity for the acceptance of chronic pain. *Schmerz*, 22(5):586-593. doi: 10.1007/s00482-008-0656-6.

Gomes, B. (2008) A dimensão espiritual do Homem: o despertar para um verdadeiro cuidar holístico. *Nursing*, 232 (18), 46-49.

Gonçalves, I. (2014). *A enfermagem no alívio da dor no processo de reabilitação*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. consultado em <http://repositorio.esenfc.pt/rc/>.

Goncaléz, D., Gutiérrez, N. & Corral, S. (2011). Intervenciones de enfermeria de rehabilitacion a una +ersona com prótesis de cadera por tumor de células gigantes. *Enfermeria Universitária*, 8 (4), 35-41. consultado em <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114e.pdf>

Gouveia, M. & Augusto, M. (2011). Custos indiretos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 100-107.

Hanssen, I. & Pedersen, G.(2013). Pain relief, spiritual needs, and family support: three central areas in intercultural palliative care. *Palliat Support Care*,11(6),523-530. doi: 10.1017/S1478951513000102. Epub 2013 Aug 5.

Instituto Nacional de Estatística Lisboa e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de saúde 2005/2006*. p.75. consultado em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Estimativas da População residente em 2008*. Informação á comunicação social. Lisboa Disponível em WWW: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=59820448&PUBLICACOESmodo=2

Karabulut, N., Aktas, Y., Gurçayir, D. , Yilmaz, D. & Gokmen, V. (2011). Patien satisfaction with their pain management and confort level after open heart surgery. *Australian Journal of*

advanced nursing, 32 (3), 16-24, consultado em <http://search.informit.com.au/search;action=doSearch>.

Kazanowski, M. & Lacetti, M. (2005). *Dor- Fundamentos, Abordagem clínica e Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Kopf, A. (2010). Dor na Velhice e Demência. In Kopf, A. & Patel, N. (IASP). *Guia para o tratamento da dor em contexto de poucos recursos*. (p.291-298). Seattle, USA: IASP, consultado em http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf.

Lattie, E., Antoni, M., Millon, T., Kamp, J. & Walker, M. (2013). *J Clin Psychol Med Settings*,20(4), 515-525. doi: 10.1007/s10880-013-9377-9.

Lima, P. & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisto*. Manual Profissional (1.ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.

Lo, C., Zimmermann, C., Gagliese, L., Li, M. & Rodin, G. (2011). Sources of spiritual well-being in advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*,1(2):149-153. doi: 10.1136/bmjspcare-2011-000005. Epub 2011 Jul 14.

Martins, M. (2007). O enfermeiro e o alívio do sofrimento. *Pensar Enfermagem*, 11 (1), 34-37.

Martins, J. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN- PATSAT 32 na população portuguesa. *Referência*, II série (9), 41-49.

MacCrae, R. & John, P. (1992). *An introduction to the five-factor model and its applications*. *Journal of personality*, 60, 175- 215. doi: 10.1111/j.14676494.1992.tb00970.x.

Melo, R. (2000). Avaliação da qualidade na prespetiva do utente/cliente: importância da dimensão interpessoal. *Informar*, IV (20), 4-10.

Mendes, A. (2006). A excelência nos Cuidados com princípio para a satisfação dos utentes no ciclo de vida. *Nursing*, 206 (16), 40-41.

Mendes, J. (2006) Como inserir a espiritualidade no processo terapêutico. *Servir*, 54 (4), 158-164.

Mendes, F., Mantovani, M., Gemito, M & Lopes, M. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Referência*, III série (9), 17-25.

Metzer, C., Muller, A., Schwetta, M., Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures; Lusociência.

Nobre, T., Reis, L., Torres, G. & Alchieri, J. (2011). Aspectos da personalidade e sua influência na percepção da dor aguda em doentes submetidos à cirurgia cardíaca. *J. Brasileiro Psiquiatria*, 60 (2) 86-90, consultado em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n2/03.pdf>

Nunes, E. & Rabais, I. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. *Servir*, 58, 102.

Nussbaum, G.(2003). Spirituality in critical care: patient comfort and satisfaction. *Crit Care Nurs Q*, 26(3),214-220.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR: Guia Orientador de Boas Práticas*. Nº 1, Série 1. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia Orientador de Boa Prática da Dor*. n.1. Edição Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação* consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Colégio de Enfermagem de Reabilitação. consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Pais Ribeiro, J. (2007). *Avaliação e Psicologia da Saúde- Instrumentos publicados em Portugal*. (1.º edição). Coimbra: Quarteto.

Paulino, M. (2015). Experiência de tratar pessoas com dor crónica. De surpresa a surpresa. *Dor*, 23, 17-19.

Pereira, C., Caldeira, C. & Vieira, F. (2011). O enfermeiro e os procedimentos invasivos na unidade da dor. *Dor*, 19, 27-30.

Pereira, V. (2012). Doente submetido á amputação do membro inferior- o enfermeiro de reabilitação no processo de transição. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola de Enfermagem do Porto. consultado em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9338>.

Peres, M., Arantes, A., Lessa, P. & Caquis, C. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista*

Psiquiatria Clínica, 34, 82-87, consultado em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf>.

Pervin, L. & John, P. (2004). *Personalidade : Teoria e pesquisa* (8.^a Ed.). São Paulo: Artmed.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (5.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinto, C & Pais Ribeiro, J. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 48-53.

Pinto, C & Pais Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 49-56.

Pinto, S & Silva, E. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a prespetiva dos acompanhantes das crianças. *Referência*, II Série (9), 93-103.

Pinto, S. (2011). A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica. Tese de Dissertação de Mestrado.1.º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Pontinha, C. et al. (2012). *Satisfação do doente com o tratamento da dor, determinantes sociodemográficos e clínicos*. In M., Cunha (IPV- ESSV). *Investigação em Saúde Prespetiva ética, clínica e epidemiológica*, Congresso Internacional de Investigação em Saúde.(p. 501-502).

Portela, J.(1999). Prefácio. In A.W. Diamond e S.W. Conian. *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Puher, M. (2009). *The Big Five Traits as Predictors of adjustment to college*. Tese de Mestrado. Disponível na base de dados de Teses e Dissertações ProQuest (UMI Number: 1467392).

Queiroga, S. (2012). Espiritualidade de cuidados de saúde: prespetiva sociológica. *Hospitalidade*, 76.

Resina, A. (2011). Aprender a lidar com a dor... Proposta de um programa psicoeducacional para pacientes com lombalgia. *Dor*, 19 (1), 19-22.

Ribeiro, I. (2008). Dimensão Integral do ser-humano: contributo da espiritualidade. *Revista Portuguesa de Bioética*,5, 249-257.

Ribeiro, P. (2008). A espiritualidade no doente crónico como uma estratégia de coping: uma narrativa de uma história de vida. *Referência*, II série (7), 21-31.

Ritto et al. (2012). *Manual de Dor Crónica*. IPO de Lisboa. Lisboa: Grunenthal.

- Rizzardi, C., Teixeira, M. & Siqueira, S. (2010). Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O mundo da Saúde*, 34 (4), 483-487 consultado em http://saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/483e487.pdf.
- Santos, A., Ramalhinho, G., Santos, G., Santos, R. & Prieto, R. (2012). Satisfação do utente internado- um estudo empírico. *Sinais Vitais*, 101, 43-50.
- Santos, I. et al. (2014). Gestão da dor: que respostas de enfermagem?- um roteiro metodológico para o diagnóstico de situação. In P. Sequeira & M. Henriques (Escola Superior de Saúde de Santarém). *Revista da UIPS*. (n.º 5, vol.2), p.33-47, consultado em http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2015/01/Revista-da-UIIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf.
- Serrão, D. (2006). Espiritualidade. *Hospitalidade*, ano 71, 273, 35-39.
- Shill, J. et al. (2012). Factors associated with high levels of patient satisfaction with pain management. *Academic Emergency Medicine*, 19 (10), 1212-1215, consultado em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2012.01451.x/pdf>
- Silva, J., Araújo, V., Cardoso, B. & Cardoso, M. (2015). Dimensão espiritual no controle da dor e sofrimento em paciente com câncer avançado. Relato de caso. *Revista Dor*, 16(1), 71-74, consultado em http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n1/pt_1806-0013-rdor-16-01-0071.pdf.
- Silva, E. & Dixe, M. (2013). Prevalência e características da dor em pacientes internados e hospital português. *Revista Dor*, 14 (4), 254-250, consultado em <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000400003>.
- Sousa, M., Peixoto, M. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Referência*, II série (8), 59-67.
- Teixeira, M. (2007). *Dor: Manual para o clínico*. São Paulo: Atheneu .
- Yassine, I. (2011). *A auto-perceção do envelhecimento e os traços de personalidade em idosos*. Tese de Dissertação de Mestrado.. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Vassend, O., Røysamb E. & Nielsen C. (2013). Five-factor personality traits and pain sensitivity: a twin study. *Pain*, 154(5), 722-728. doi: 10.1016/j.pain.2013.01.010. Epub 2013 Jan 29.
- Ramírez, C. & Esteve, R. (2013). Disposition and adjustment to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep.*, 17(3),312.
- Wachholtz, A. & Pargament K. (2008). Migraines and meditation: does spirituality matter?. *J Behav Med*, 31(4), 351-366. doi: 10.1007/s10865-008-9159-2. Epub 2008 Jun 13.

Whitford, H., Olver, N. & Peterson, M. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psychooncology*, 17(11), 1121-1128. doi: 10.1002/pon.1322

Wright, L. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença*. Coimbra: Ariadne Editora. (19-35 e 51-67).

Wood, R., Maclean, L. & Pallister, I. (2011). Psychological factors contributing to perceptions pain intensity after acute orthopedic injury. *Injury*, 42(11), 1214-1218. doi: 10.1016/j.injury.2010.07.245. Epub 2010 Aug 12.

Zavala, M., Maliski, S., Kwan L., Fink, A. & Litwin M. (2009). Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. *Psychooncology*, 18(7), 753-761. doi: 10.1002/pon.1460.

Anexos



Anexo I

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



ÁREA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTUDO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM O TRATAMENTO DA DOR
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Antes de começar a responder às questões, que integram este instrumento de colheita de dados, queremos informá-lo que:

- O presente estudo insere-se numa investigação sobre a satisfação dos utentes com o tratamento da dor.
- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas utilizadas para a realização deste estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário escrever o seu nome, pois a colheita de dados é confidencial.

Obrigado pela sua colaboração.

Espaço destinado á investigação:

N.º de formulário: _____

Ambulatório **I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA****Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor se adequa à sua situação pessoal.****1. Género:** Masculino Feminino **2. Idade:** _____ anos**3. Estado Civil:**Casado/União de Facto Solteiro Divorciado/Separado Viúvo **4. Habilitações Literárias:**Não sabe ler e escrever 1º Ciclo Escolar (4ª Classe) 2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano) 3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano) 12º ano ou equivalente Curso Médio Curso Superior **II – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA****5. Qual a patologia que lhe causa dor:** _____**6. Antecedentes pessoais (Patologias):**Cardíacas Respiratórias Metabólicas Neurológicas Osteoarticulares Oncológicas

Oftalmológicas
 Outras _____

7. Há quanto tempo sente dor: Anos ___ Meses ___ Dias ___ Horas ___

8. Tipo de dor: Aguda Crónica Músculo-esquelética Cutânea Nervosa Visceral

9. Tratamentos atuais para a dor: Sim Não

9.1 Se sim, qual (ais)?

Tratamento farmacológico

Tratamento não farmacológico

9.2 Se respondeu tratamentos não farmacológicos, qual(ais)?

Acupunctura

Massagem

Reiki

Ultra-sons

Estimulação elétrica nervosa transcutânea

Estratégias cognitivas

Outro _____

10. Está a ser seguido na Consulta da Dor? Sim Não

11. Já realizou ou realiza algum tipo de reabilitação? Sim Não

Se sim:

11.1 Refira a que profissional recorreu para realizar a mesma?

Enfermeiro de Reabilitação

Fisioterapeuta

Psicomotricista

Osteopata

Outro _____

11.2 De que forma contribuiu para o alívio da sua dor?

Muito Pouco Nada

III – ESCALA DE SATISFAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA DOR

(Pain Treatment Satisfaction Scale – Evans et al.,2004)

Geral

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

1	2	3	4	5
Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Má

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

2. Quanta dor sentiu na última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Pior dor possível					

3. Quanta dor sentiu nas últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Pior dor possível					

4. Quanta dor sente neste momento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Pior dor possível					

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Pior dor possível					

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Pior dor possível					

Informação sobre Dor e o seu Tratamento

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

Quanta informação gostaria de ter recebido	Gostaria de ter tido muito mais	Gostaria de ter tido um pouco	A informação dada foi	Gostaria de ter tido menos	Gostaria de não ter tido
--	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------	--------------------------

sobre o seguinte:	informação	mais de informação	suficiente para mim	informação	informação
7. A minha doença ou lesão.	1	2	3	4	5
8.A(s) causa(s) da minha dor.	1	2	3	4	5
10. Opções de tratamento para a minha dor.	1	2	3	4	5
11.Medicação para a dor, em geral.	1	2	3	4	5
12.Possíveis efeitos secundários da medicação para a dor	1	2	3	4	5

Cuidados Médicos

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

Quanto concorda ou discorda com as seguintes afirmações:	Concordo inteiramente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo plenamente
12. É fácil colocar questões à equipa de pessoal médico.	1	2	3	4	5
13. A equipa de pessoal médico faz sempre o seu melhor para que eu não me preocupe.	1	2	3	4	5
14. A equipa de pessoal médico está disposta a dar-me a medicação para a dor.	1	2	3	4	5
15. A equipa de pessoal médico fornece o cuidado continuado adequado	1	2	3	4	5
16. A equipa de pessoal médico não me questiona sobre a dor que sinto.	1	2	3	4	5

Atual Medicação Para a Dor

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

Quanto concorda ou discorda com as seguintes afirmações:	Concordo inteiramente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo plenamente
17. A minha medicação para a dor tem efeito na minha saúde física .	1	2	3	4	5
18. A minha medicação para a dor ajuda-me a ter uma melhor perspetiva da vida .	1	2	3	4	5
19. A minha medicação para a dor permite que eu execute as minhas tarefas diárias mais facilmente.	1	2	3	4	5
20. A minha medicação	1	2	3	4	5

para a dor permite-me participar em atividades de lazer com mais frequência.					
21. A minha medicação para a dor ajuda-me a definir tarefas com mais independência .	1	2	3	4	5
22. A minha medicação para a dor permite-me relacionar melhor com os outros .	1	2	3	4	5
23. A minha medicação para a dor melhora a minha disposição .	1	2	3	4	5
24. A minha medicação para a dor ajuda -me a concentrar melhor.	1	2	3	4	5

Medicação Para a Dor – Modo de Administração

Como é administrada a sua atual medicação para a dor?

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

- **Oralmente** (comprimidos, cápsulas, líquido, etc.) »»»»»»»» Ir para Secção A

- Através de **injeções intravenosas** »»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»» Ir para Secção B

- Através de **pensos** »»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»»» Ir para Secção C

Secção A

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

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

Secção B

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

Quanto concorda ou discorda com as seguintes afirmações:	Concordo inteiramente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo plenamente
27. A minha medicação IV para a dor atua rapidamente.	1	2	3	4	5
28. A minha medicação IV para a dor dói quando é injetada.	1	2	3	4	5
29. As minhas injeções IV deixam muitas nódoas	1	2	3	4	5

negras.					
---------	--	--	--	--	--

Secção C

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

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

Efeitos Secundários da Medicação

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

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

Satisfação com a atual Medicação para a Dor e Tratamento

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

Quão satisfeito está com cada um dos seguintes aspetos:	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
46. A informação que recebeu sobre a sua dor e o seu tratamento.					
47. O tempo que os médicos lhe dedicam durante as visitas/consultas.					
48. O cuidado prestado pelos enfermeiros em relação à sua dor e seu tratamento.					
49. A forma da sua medicação (por exemplo, comprimido, cápsula, penso ou injeção)					
50. Quantas vezes toma a sua medicação.					
51. A quantidade de medicação para a dor que toma.					
52. O tempo que a sua medicação para a dor demora a atuar.					
53. O nível ou quantidade de alívio da dor fornecido pela sua medicação.					
54. A duração de alívio da dor fornecido pela sua medicação.					

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

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

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

1	Excede largamente as minhas expectativas
---	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

61. Alguma vez tomou outra medicação para a dor?

1	2
Sim	Não

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

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

IV – ESCALA DE ESPIRITUALIDADE

(Pinto, C. e Pais Ribeiro, L., 2007)

As frases seguintes referem-se à sua espiritualidade/ crenças pessoais. Por favor **assinale com um círculo à volta do número**,

1, 2, 3,4 de acordo com a legenda, a opção que melhor expressar **a sua opinião na última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

1. Não concordo
2. Concordo pouco
3. Concordo bastante
4. Plenamente de acordo

1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3. Vejo o meu futuro com esperança	1	2	3	4
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

V – INVENTÁRIO DA PERSONALIDADE NEO-FFI-20

(Bertoquini, V. e Pais-Ribeiro, L., 2006)

Para cada afirmação marca com uma cruz (X) apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião.

Assinale:

- **Discordo fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela;
- **Discordo** se a afirmação for na maior parte das vezes falsa, ou se discordar dela;
- **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir, ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra;
- **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes verdadeira, ou se concordar com ela;
- **Concordo fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
1. Raramente estou triste e deprimido.					
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
3. A poesia pouco ou nada me diz.					
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.					
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.					
6. Sinto-me, muitas vezes desamparado(a), desejando, que alguém resolva os meus problemas por mim.					
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
8. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra					

de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
9. A minha primeira reação é confiar nas pessoas.					
10. Sou uma pessoa muito competente.					
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
12. Sou uma pessoa muito ativa.					
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
15. Esforço-me para ser excelente em tudo o que faço.					
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.					
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).					
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.					
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					

O preenchimento do questionário terminou.