

**Escola Superior de Enfermagem do Porto**  
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE O FENÓMENO “DOR” - UM  
CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO CLÍNICO DE  
DADOS EM ENFERMAGEM**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

“Dissertação académica orientada pelo Prof. Doutor Paulo Marques”

Sara Alexandra Teixeira Magalhães

Porto|2013



“A minha *dor* é um convento. Há lírios  
Dum roxo macerado de martírios  
Tão belos como nunca os viu ninguém!  
Nesse triste convento aonde eu moro,  
Noites e dias rezo e grito e choro,  
E ninguém ouve...ninguém vê...ninguém...”

In Sonetos Florbela Espanca

**Agradeço,**

Ao Professor Doutor Paulo Marques, pela disponibilidade, compreensão, orientação e reflexão.

Aos colegas da UCIP do Centro Hospitalar do Porto, pelo incentivo, pelo apoio e por estarem sempre disponíveis para realizar mais alguns turnos, facilitando esta fase nem sempre fácil. À Enfermeira Chefe pelo incentivo na realização desta nova etapa e pelo horário que em muito ajudou.

Aos meus amigos pela compreensão das minhas ausências.

Aos meus pais sem os quais eu não teria alcançado tudo o que já consegui, bem como a minha irmã que nesta nova caminhada da minha vida também esteve presente transmitindo confiança e otimismo.

Ao Luís pelo apoio diário, incentivo constante, paciência e acreditar que o trabalho extra será recompensado. Ao Rui Pedro e Guilherme pela compreensão dos mimos adiados.

Muito Obrigado!

## **ABREVIATURAS**

ADL - Archetype Definition Language

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

AV – Atividades de Vida

BQD - Breve Questionário de Dor

CINAHL-Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DCM - Modelos Clínicos Detalhados

DGS – Direção Geral de Saúde

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EF - Escala de faces

EFIC - European Federation of IASP Chapters

EN - Escala numérica

EQ - Escala qualitativa

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA – Estados Unidos da América

EVA - Escala visual analógica

IASP- International Association for the Study of Pain

ISO - International Standardization Organization

ICN - International Council of Nurses

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MEDLINE-Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH - Medical Subject Headings

MFPC - Membro da Família Prestador de Cuidados

MPQ - Questionário de Dor de McGill

NFCS - Sistema de codificação da atividade facial Neonatal (NFCS)

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

OE- Ordem dos Enfermeiros

OPS - Escala Objetiva de Dor (OPS)

PIPP - Premature Infant Pain Profile (PIPP)

PNCDOR -Programa Nacional de Controlo da Dor

RMD - Resumo Mínimo de Dados

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RSE - Registo de Saúde Eletrónico

SI – Sistemas de Informação

SIE - Sistemas Informação em Enfermagem

SNC - Sistema Nervoso Central

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

# Índice

<b>CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1.1- Conceitos Centrais</b> .....	14
<b>1.2 – Instrumentos de Avaliação da dor</b> .....	17
<b>1.3 – Teorias de transmissão</b> .....	18
<b>1.4 – Problemática em estudo</b> .....	19
<i>1.4.1 – Informação e Sistemas de Informação</i> .....	22
<b>CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	29
<b>2.1- Justificação do Estudo</b> .....	29
<b>2.2- Finalidade e Objetivos</b> .....	30
<b>2.3 – Desenho do Estudo</b> .....	31
<b>CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO e DISCUSSÃO dos RESULTADOS</b> .....	45
<b>3.1- Dados para o Processo Diagnóstico</b> .....	45
<i>3.1.1 – Dados Presentes nas Escalas de avaliação Qualitativa e Quantitativa da dor</i> .....	51
<b>3.2 - Dimensões Associadas ao Foco Dor</b> .....	55
<b>3.3- Conceitos Associados à Dor</b> .....	62
<b>3.4 - Foco da Prática de Enfermagem</b> .....	67
<b>3.5 - Clientes dos cuidados</b> .....	69
<b>3.6 - Juízo para o Foco Dor</b> .....	70
<b>3.7- O Tempo na Caracterização da Dor</b> .....	71
<b>CAPÍTULO 4: CONCLUSÃO</b> .....	73
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	75
<b>ANEXOS</b> .....	91
<b>ANEXO 1-Tipos de estudos da revisão integrativa</b> .....	93
<b>ANEXO 2-Tabela mestra dos dados recolhidos</b> .....	97
<b>ANEXO 3-Bibliografia e numeração dos artigos incluídos</b> .....	109

## LISTA DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> - Resultados da pesquisa nas bases de dados.....	35
<b>Tabela 2</b> - Fase 1 da seleção dos artigos.....	37
<b>Tabela 3</b> - Fase 2 da seleção dos artigos.....	37
<b>Tabela 4</b> – Categorias dos artigos "Excluídos". .....	38
<b>Tabela 5</b> - Características da <i>dor</i> . .....	46
<b>Tabela 6</b> – Indicadores comportamentais da <i>dor</i> . .....	47
<b>Tabela 7</b> - Processos corporais/Indicadores fisiológicos. ....	48
<b>Tabela 8</b> - Impacte nas atividades de vida/autocuidado. ....	50
<b>Tabela 9</b> - Escalas de Avaliação da <i>dor</i> referidas nos artigos.....	54
<b>Tabela 10</b> – Dimensão - Crenças. ....	57
<b>Tabela 11</b> - Dimensões da definição da <i>dor</i> (artigos e definições). ....	63
<b>Tabela 12</b> - Focos presentes nos artigos. ....	68
<b>Tabela 13</b> – Graus de juízo referidos nos artigos. ....	71
<b>Tabela 14</b> – O tempo na caracterização da Dor.....	71

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo de terminologia de referência para enunciar o diagnóstico de enfermagem, segundo a Norma ISO 18104. ....	21
<b>Figura 2</b> - Diagrama da revisão integrativa. ....	39
<b>Figura 3</b> - Dimensões associadas ao foco dor. ....	61
<b>Figura 4</b> - Adaptação do modelo de terminologia de referência para caracterização dos conceitos e termos associados à dor segundo a Norma ISO 18104.....	72

## Resumo

A *dor* é um problema de saúde grave, que interfere com a qualidade de vida e que, dada a sua relevância na prática clínica de enfermagem, importa estudar para desenvolver conhecimento e melhorar a atuação dos enfermeiros. A *dor* viu a sua importância reconhecida ao ser considerada como o 5º sinal vital, o que acresceu ainda mais a necessidade de aprofundar o seu estudo.

Este estudo tem como objetivos: identificar os conceitos e termos necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “*dor*”; tendo como finalidade contribuir para a definição e o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados em Enfermagem centrados na problemática da *dor*. A necessidade de desenvolver Modelos Clínicos de Dados prende-se com a urgência em melhorar a qualidade dos dados a utilizar e reutilizar nas tecnologias de informação e comunicação.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura através de uma pesquisa em cinco bases de dados (CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Reviews), utilizando os seguintes critérios de inclusão: em português, inglês e espanhol; resumos ou textos completos de acesso gratuito; publicação de 01/01/2002 a 31/12/2012; que incluam no título (TI), resumo (AB), exact major subject heading (MM), exact subject heading (MH) ou subject terms (SU), os descritores: nursing, \*pain\*, headache, dysmenorrhea, premenstrual syndrome, trochanteric bursitis, dyspareunia, sciatica, suffering e \*algesia\*. Todas as categorias de artigo, em seres humanos adultos.

Emergiram três dimensões associadas ao diagnóstico *dor*: crenças, autoimagem e autocontrolo. Essas dimensões influenciam a *dor* e são igualmente influenciadas por ela. No conceito *dor* foram identificadas oito dimensões: fisiológica, afetiva, cognitiva, comportamental, sensorial, sociocultural, psicológica e espiritual. A expressão e manifestação da *dor* podem-se obter através de *Indicadores Comportamentais*: vocalizações/verbalizações, expressões faciais e expressões corporais; e por *Indicadores Fisiológicos* associados a três processos corporais: processo do sistema circulatório, processo do sistema respiratório e processo do sistema gastrointestinal. A *dor* tem impacto na qualidade do sono, no domínio psicossocial e espiritual. A escolha do instrumento de avaliação deve ser adequada ao tipo de *dor*, à idade do doente e à sua situação clínica, devendo usar-se preferencialmente as escalas de autorrelato. Nos doentes com alterações cognitivas

e/ou com incapacidade de comunicação e nas crianças pré-verbais a avaliação da *dor* passa pelo uso de escalas de heteroavaliação.

O estudo é demonstrativo de que os conceitos e termos constantes da CIPE são suficientes para uma descrição completa e abrangente dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a *dor* e que emergem desta revisão integrativa, ainda que as suas limitações, como a amostra, não permitam a sua afirmação inequívoca. Apesar de se considerar necessária a realização de outros estudos similares e complementares a este, bem como uma análise à documentação em uso nas instituições que utilizam a linguagem classificada CIPE, é possível afirmar que se conseguiu dar um contributo para a construção de Modelos Clínicos de dados em Enfermagem.

**Palavras-chave**

Dor, Sistemas Informação em Enfermagem, Modelos clínicos de dados, Enfermagem e Revisão integrativa da literatura.

## **Integrative literature review of the phenomenon “Pain”: a contribution to the development of Clinical Data Models in nursing.**

### **Abstract**

*Pain* is a serious health problem, which interferes with the quality of life and should be studied given its importance in clinical nursing practice, in order to develop knowledge and improve the services provided by the nursing staff. The significance of *pain* was recognized when it was appraised as the fifth vital sign, underlining the need to take its research further.

The objectives of this research include defining concepts and terms required for description of Nursing Diagnoses which focus on *pain*, aiming to support the definition and development of Clinical Nursing Data Models focused on the issue of *pain*. The need for the development of Clinical Data Models is related to the urgency to enhance the quality of data used and reused in information and communication technologies.

An integrative literature review was carried out by searching five databases (CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, Cochrane Central Register of Controlled Trials and Cochrane Database of Systematic Reviews) and using following inclusion criteria: Portuguese, English and Spanish articles; free access summaries or full texts; publication from 01-01-2002 until 31-12-2012; which include, in the title (TI), summary (AB), exact major subject heading (MM), exact subject heading (MH) or subject terms (SU), the descriptors: nursing, \*pain\*, headache, dysmenorrhea, premenstrual syndrome, trochanteric bursitis, dyspareunia, sciatica, suffering and \*algesia\*. All article categories regarding adult human beings.

Three dimensions related to the diagnosis of *pain* emerged: belief, self-image and self-control. These dimensions not only influence *pain* but are equally influenced by it. The concept *pain* showed eight dimensions: physiological, affective, cognitive, behavioural, sensory, sociocultural, psychological and spiritual. The expression and demonstration of *pain* is obtained by *Behavioural Indicators*: vocalization/verbalization, facial expressions and body language; and by *Physiological Indicators* associated to three body processes: circulation system, respiratory system and gastrointestinal system. *Pain* has an impact on the sleep quality, as well as on the psychosocial and spiritual domain. The assessment tool should be chosen depending on the kind of *pain*, the patient’s age and his or her clinical situation, applying preferably self-report scales. In patients suffering from cognitive changes and/or who

are unable to communicate and in preverbal children, the *pain* should be measured using scales based on hetero-evaluation.

The research demonstrates that the International classification for nursing practice (ICNP) terminology and concepts emerging from this integrative review are sufficient to provide a complete and comprehensive description of the nursing diagnoses for *pain*, even though its limitations, since it is based on a sample, do not permit an unequivocal statement. Although it is necessary to conduct other similar and complementary studies, as well as analyse the documentation used in the institutions which apply the ICNP language, it is certain that a contribution was made to the construction of Clinical Data Models in Nursing.

**Keywords**

Pain, Information Technologies in Nursing, Clinical Data Models, Nursing and Integrative Literature Review.

## CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

Os avanços verificados nas últimas décadas, no conhecimento científico, relativos à fisiopatologia e farmacologia da *dor*, não se transpuseram na sua totalidade para a prática clínica, como se pode constatar pelo resultado de variados estudos que evidenciam a existência de lacunas no controlo da *dor* aguda (Dolin, 2002; Pozza, 2010). Um estudo realizado em Portugal, apresenta prevalências de *dor* moderada no 2º dia de pós-operatório de 71% e 25% de intensidade severa (Pozza, 2010). A importância da *dor* e o seu reconhecimento pela comunidade científica são demonstrados pelo facto de ter passado a ser considerada o 5º sinal vital desde 2003, como refere a Circular Normativa da Direção Geral de Saúde (DGS). Em consequência, considera-se uma boa prática clínica a avaliação regular e sistemática da intensidade da *dor*. A valorização da *dor* foi mantida e suportada pela publicação da carta dos direitos do doente internado, pelo Ministério da Saúde em 2005 e posteriormente pela DGS em 2011, constituindo um direito do doente o tratamento da sua *dor*. A *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2011) defende que o controlo da *dor* deve ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, e como tal, uma prioridade e um elemento central no domínio de ação dos cuidados de saúde de alta qualidade.

Os efeitos prejudiciais fisiológicos, psicológicos e socioeconómicos de um controlo ineficaz da *dor* aguda (IASP, 2011; Macintyre, 2010), bem como a sua possível contribuição para o desenvolvimento de *dor* crónica (IASP, 2011; Macrae, 2008; Schug, 2011), são sobejamente conhecidos. Por outro lado, o controlo adequado da *dor* aguda reduziu significativamente a morbilidade peri operatória (Savoia, 2010; Story, 2006), e melhorou a qualidade de vida relacionada com a saúde, aumentando a satisfação dos doentes (Morrison, 2009).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram numa posição privilegiada, pela proximidade e tempo de permanência junto dos doentes, para contribuírem no sentido da sua satisfação bem-estar. Intervindo na avaliação da intensidade da *dor*, no controlo e na prevenção do seu despoletar. Este processo de gestão da *dor* deve incluir a pessoa que vivencia a experiência dolorosa, o membro da família prestador de cuidados, a família e os profissionais de saúde que, em conjunto estabelecem uma parceria de cuidados.

O controlo da *dor* é, não só um direito das pessoas, como também um dever profissional e ético dos enfermeiros. Ao se reconhecer a *dor* como o 5º sinal vital, em paridade com os quatro sinais vitais “clássicos”, assume-se que a avaliação da intensidade da *dor* deve ser sistemática e regular, bem como o seu registo. Nesse sentido, a prática que deve nortear os enfermeiros deve ser orientada e baseada na melhor evidência científica, e sustentada na capacidade de decisão clínica, reforçando o carácter imprescindível e único dos cuidados de Enfermagem na gestão da *dor* em todas as suas vertentes.

Como referido, valorizar a *dor* como um sinal vital, pressupõe avaliar e documentar a intensidade da *dor* de forma contínua e regular, de modo a otimizar as terapêuticas, tendo por objetivos contribuir para o controlo eficaz da *dor*, melhorar a qualidade de vida do doente e conseqüentemente, humanizar os cuidados de saúde.

Segundo a IASP (2011) existem três barreias à qualidade dos cuidados prestados na gestão da *dor*: problemas com os profissionais de saúde; problemas com os doentes; e problemas com os serviços de saúde. Os problemas com os profissionais de saúde que mais frequentemente existem são a desatualização ou as atitudes e conhecimento desajustados entre os diferentes elementos da equipa multiprofissional; preocupações desproporcionadas sobre os efeitos colaterais do tratamento da *dor*; e medo do uso de opióides e relutância na aplicação clínica da mais recente evidência científica. Os problemas com os doentes são: pouco ou nenhum conhecimento dos seus direitos; atitudes e conhecimentos desajustados da importância de referir a presença de *dor*, bem como a sua intensidade; dificuldade na objetivação das queixas; crenças e fatores culturais que associam o “bom” doente à ausência de queixas; resistência ao tratamento farmacológico associado a alguns efeitos secundários ou medo de dependência e tolerância. Por último, os problemas relacionados com o sistema de saúde incluindo entre outros a falta de infraestruturas, de pessoal especializado na adequada gestão da *dor* e a atribuição de pouca importância à educação fornecida aos profissionais de saúde ou acerca do controlo da *dor*. Segundo Rawal (2005) a maior resistência ao controlo adequado da *dor*, está na

ausência de organização das instituições de saúde no estabelecimento de programas de gestão da *dor* e não na insuficiência de métodos do seu controlo ou de analgésicos seguros.

No entanto, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO, 2010), acrescentou uma barreira relacionada com a política, defendendo que as barreiras relacionadas com a instituição e com a política são provocadas por uma inadequada cultura de qualidade nos cuidados prestados e por uma fraca prática baseada na evidência científica (JCR e JCI, 2010; NPC e JCAHO, 2003).

Para tentar colmatar as falhas identificadas, a JCAHO, que é a principal agência acreditadora do sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), considerou o controlo da *dor* como um indicador da qualidade dos cuidados prestados, incluindo este parâmetro no processo de acreditação hospitalar. Nesse sentido, desenvolveu um conjunto de medidas *standard*, de atuação para uma gestão eficaz da *dor*, o que se revelou um marco na melhoria da abordagem da *dor* e conseqüentemente um avanço na prática clínica (NPC e JCAHO, 2001; JCR e JCI, 2010).

A dissertação que aqui se desenvolve emerge no seguimento de um estudo de investigação realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto e ambiciona conhecer o que na literatura se explana sobre o fenómeno “*dor*”. Com a realização desta revisão integrativa da literatura pretendeu-se perceber se a sintaxe e semântica da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é suficiente para descrever de uma forma abrangente e completa os problemas relacionados com o fenómeno ‘*dor*’. Com este documento procura-se transmitir o caminho delineado e prosseguido.

No primeiro capítulo será descrita a problemática em estudo e a sua importância para a Enfermagem Médico-Cirúrgica; num segundo capítulo a metodologia usada; no terceiro capítulo serão apresentados os resultados e a sua análise, seguindo-se o capítulo das conclusões obtidas face aos dados obtidos.

Para uma melhor conhecimento da problemática abordada, expomos de seguida as definições de *dor* dos principais organismos nacionais e internacionais que se dedicam ao seu estudo.

## 1.1- Conceitos Centrais

Antes de abordarmos a problemática em estudo pareceu-nos importante apresentar a definição da *dor* da IASP, *International Council of Nurses* (ICN), Ordem dos Enfermeiros (OE), DGS e Associação Portuguesa para o Estudo da *dor* (APED).

A **IASP**, em 1979, definiu a *dor* como sendo uma “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (NPC e JCAHO, 2003, p. 4). A *dor* é portanto uma experiência que engloba múltiplas componentes, sensorial, emocional, fisiológica, cognitiva, comportamental e sociocultural. Essas componentes são indissociáveis:

- A componente sensorial tem a sua origem no sistema nociceptivo e é responsável pela localização, intensidade e qualidade;
- A componente emocional deriva das características individuais, das experiências passadas e do ambiente social e cultural onde o indivíduo está inserido. Melzack e Casey (1968) indicaram que a *dor* tem três componentes: sensório-discriminativo, motivacional-afetivo, cognitivo-avaliativo;
- A componente fisiológica é constituída por dimensões físicas e neuro-químicas interligadas na transdução, transmissão, percepção e resposta à *dor*. A *dor* é um fenómeno fisiológico porque funciona como um aviso, de que uma lesão está a ocorrer, tendo uma função de proteção do organismo; no entanto, essa função não tem outro benefício fisiológico pelo que a prioridade deve ser o controlo;
- A componente cognitiva que proporciona a atribuição de um significado à *dor*, existindo aí um intercâmbio com as crenças acerca das opções de tratamento e das estratégias de *coping* a usar;
- A componente comportamental baseia-se no facto de as manifestações da *dor* poderem ser de diversa ordem, como agitação, choro, imobilidade e apatia;
- A componente sociocultural, em que fatores étnicos, familiares, culturais, espirituais, religiosos e sociais podem interferir na compreensão da *dor*. Reconhece-se que a visão individual do mundo de cada pessoa, inserida numa sociedade em particular, modifica o sentido e valor da *dor*, tornando

a *dor* versátil de acordo com a cultura em que se está inserido (Kazanowski e Laccetti, 2005; Ojugas, 1999).

Tendo em conta as suas múltiplas dimensões, e por forma a uma melhor caracterização, na avaliação da *dor* devem estar presentes fatores como a intensidade, qualidade, duração, localização, fatores desencadeantes e de melhoria, bem como as suas implicações nas atividades de vida, repercussões sociais e psico-comportamentais (Briggs, 2010; McCaffery e Beebe, 1999; NPC e JCAHO, 2001; JCR e JCI, 2010; Ribeiro e Cardoso, 2007).

Para o **ICN**, a *dor* é definida como uma “perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (ICN, 2010, p. 50). Esta definição é muito semelhante à preconizada pela **OE** que caracteriza a *dor* como uma experiência subjetiva de sofrimento onde existe uma sensação corporal desconfortável e que pode ser expressa por diversas características (por exemplo: expressão facial, alteração do tónus muscular e inquietação), e onde o controlo eficaz é um objetivo prioritário dos enfermeiros.

A **DGS**, no Programa Nacional de Controlo da *dor* (PNCDOR) definiu a *dor* como “um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a deteção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, por forma a desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura” (DGS, 2008, p. 5). Sustentando assim a importância da gestão eficaz da *dor* na prevenção do aparecimento de *dor* crónica e na manutenção de uma adequada qualidade de vida dos doentes com *dor*.

A **APED** define a *dor* não apenas como uma sensação mas sim como “um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial; a *dor* é um fenómeno subjetivo, cada pessoa sente a *dor* à sua maneira (da minha *dor* só eu sei); não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objetivamente a *dor*; não existe relação direta entre a causa e a *dor*; a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que o indivíduo está inserido nesse momento; por vezes existe *dor* sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem.” (APED, 2013). A *dor* é sempre uma experiência subjetiva e

individual e qualquer pessoa de acordo com a sua experiência anterior descreve de forma diferente cada sensação ou lesão, existindo uma interação com as emoções e com o contexto onde se encontra inserido. Para McCaffery e Beebe (1999) o doente é o único com poder para avaliar a *dor* que sente, porque o fenómeno doloroso ocorre onde a pessoa diz que é, e com a intensidade referida pelo próprio. A subjetividade advém dos diversos fatores concorrentes, sejam eles fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais. Interfere com a qualidade de vida a nível dos diversos autocuidados (alimentar-se, elevar-se, transferir-se, virar-se, cuidar da higiene pessoal e divertir-se).

Existem alguns marcos históricos a nível nacional e internacional na valorização e reconhecimento da *dor* pela comunidade científica, transmitindo o envolvimento das diversas organizações. Um dos marcos principais foi a consideração da *dor* como o 5º sinal vital pela DGS; no entanto existem outros não menos importantes, como por exemplo o estabelecimento de recomendações para a prática de enfermagem da OE e DGS entre outras organizações, para uma adequada gestão eficaz da *dor*. De seguida são apresentados por ordem cronológica os marcos significativos da *dor*.

- 1999 Dia Nacional de Luta Contra a *Dor*;
- 2001 Publicado o Plano Nacional de Luta Contra a *Dor*;
- 2001 *Dor* deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença (IASP);
- 2003 *Dor* 5º Sinal Vital (DGS) para que todos os profissionais procedessem ao registo sistemático da intensidade da *dor*;
- 2004 1º Dia Mundial Contra a *Dor* – 11 de Outubro (IASP);
- 2008 *DOR* – Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE (OE). Este guia coloca em evidência a preocupação dos enfermeiros em reconhecer e controlar a *dor*;
- 2008 Programa Nacional de Controlo da *Dor* (PNCDOR - DGS). Visa promover o adequado diagnóstico e tratamento da *dor* de modo a que, junto da população que sofre com *dor*, se obtenham ganhos em qualidade de vida;
- 2012 Organização das Unidades Funcionais de *Dor* Aguda.

De acordo com os elementos presentes na literatura científica, a *dor* pode ser subdividida quanto à sua duração em *dor* aguda e *dor* crónica. Segundo a DGS, a ***dor aguda*** “é uma *dor* de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal.” (DGS, 2001, p. 27). É geralmente um alerta. Caracteriza-se por ser rápida e incisiva, seguida de *dor* mais ligeira. Os analgésicos controlam quase sempre este tipo de *dor*. Em contrapartida, ***dor crónica*** “é uma *dor* prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento,

podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos.” (DGS, 2001, p. 292). A *dor* crónica pode estar presente na ausência de uma lesão real, sendo definida como uma *dor* persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a três, seis meses (APED); outros autores defendem tratar-se de uma *dor* superior a seis meses (IASP), e/ou permanecer para além da cura da lesão que lhe deu origem. O tratamento deste tipo de *dor* é quase sempre mais difícil do que o da *dor* aguda. A perspetiva com que são encaradas os dois subtipos de *dor* é divergente; a *dor* crónica passou de um sintoma a uma doença como foi declarada em 2001 no Parlamento Europeu, pela *European Federation of IASP Chapters* (EFIC). Para avaliar a intensidade da *dor* independentemente do tipo de *dor* há um manual de escalas que serão descritas no subcapítulo seguinte.

## 1.2 – Instrumentos de Avaliação da *dor*

Há uma diversidade de escalas que avaliam a intensidade da *dor*, como sejam: escala visual analógica (EVA); escala numérica (EN); escala de faces (EF); e a escala qualitativa (EQ). As escalas unidimensionais são ferramentas imprescindíveis na avaliação da *dor* aguda, mas em situações de *dor* complexa e persistente são necessárias escalas multidimensionais (MacIntyre *et al.*, 2010; NPC e JCAHO, 2001). Todas as escalas de autorrelato pressupõem que a pessoa possua competências que permitam uma correta compreensão, abstração e verbalização (MacIntyre *et al.*, 2010; OE, 2008; Teixeira e Yeng, 2007). Seja qual for o instrumento utilizado, deve ser adequado às especificidades da população em estudo (NPC e JCAHO, 2001). As escalas de heteroavaliação da *dor* estão apenas indicadas para pessoas com défices de comunicação (afasia, demência, crianças incapazes de comunicar e situações especiais como doentes internados em unidades de cuidados intensivos) e consiste nas observações de parâmetros comportamentais e fisiológicos.

As escalas multidimensionais - Breve Questionário de Dor-BQD (Cleeland e Ryan, 1994), Questionário de Dor de McGill-MPQ (Melzack, 1975), ou as escalas para grupos específicos como a Doloplus para idosos (Guarda, 2007), avaliam outras características da *dor* para além da intensidade e o seu impacto nas atividades de vida diárias.

Para a população pediátrica existe também um conjunto de escalas, como a *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS),

*Premature Infant Pain Profile* (PIPP), Sistema de codificação da atividade facial Neonatal (NFCS) e Escala Objetiva de Dor-OPS (Batalha, Santos e Guimarães, 2005).

Independente da origem do estímulo doloroso, diversas teorias têm sido propostas para compreender os mecanismos de transmissão dos sinais dolorosos até à percepção consciente da *dor*. De seguida serão descritas os principais elementos das teorias bem como a implicação das mesmas na compressão do fenómeno em estudo.

### 1.3 – Teorias de transmissão

Existem três teorias de transmissão que explicam a propagação dos estímulos periféricos da *dor*: a teoria da especificidade, a teoria da intensidade e a teoria do portal de controlo ou *Control Gate Theory*.

A **teoria da especificidade** descreve a *dor* como uma sensação específica, que possui um mecanismo sensorial próprio e que se distingue de outras formas de sensações, entre elas a tátil, térmica e mecânica. A última versão foi desenvolvida por Kaplan em 1967. A sensação de *dor* é o produto da condução de impulsos nervosos através de fibras especializadas diretamente até à medula espinal, que de seguida ativam células específicas que percorrem o trato espinotalâmico até ao centro da *dor*. No entanto, a comunidade científica considera que esta teoria está desajustada, porque os mecanismos centrais de controlo da *dor* atuam, mesmo quando a sensação dolorosa ainda está confinada à periferia (Lemos, 2010).

A **teoria da Intensidade** concebe a *dor* como um somatório de estímulos, sendo o resultado final decorrente da estimulação progressiva da sensibilidade periférica. Qualquer estímulo sensorial é capaz de se tornar num estímulo doloroso dependendo da sua persistência e intensidade. A versão mais atualizada desta teoria surgiu em 1929 por Nafe.

A **teoria do portal de controlo** ou *Control Gate Theory* é uma teoria mais recente e propõe que a origem da *dor* decorre, por um lado, de desinibição periférica e por outro lado, de inativação a nível central dos controlos neurológicos. A teoria, que surgiu inicialmente em 1965, construída por Melzack e Wall foi revista em 1991 por Wall e, segundo ele, o aparecimento da *dor* pode ser o resultado de três modificações ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC):

- Modificações centrais originadas por impulsos nervosos periféricos ou a sua ausência;

- Modificações centrais originadas por substâncias transportadas da periferia ou a sua ausência;
- Modificações originadas pela inconstância de mecanismos centrais de controlo.

A localização do estímulo doloroso é independente dos sinais dolorosos, isto é, existem diversos tipos de dores que derivam de descontrolos centrais. Um exemplo disso é a *dor fantasma*, pois não existe um estímulo nociceptivo periférico, mas sim um incorreto funcionamento dos mecanismos centrais de controlo. Segundo Lemos (2010), essas modificações podem ocorrer durante a propagação do estímulo através da medula, aumentando-o ou diminuindo-o. Esse mesmo mecanismo também pode acontecer a nível central (tálamo e córtex) inculido pelos neurónios corticais.

Nesta última teoria os mecanismos de origem, transmissão e manutenção da *dor* têm uma neuro adaptação complexa ao contrário das primeiras duas teorias, em que a *dor* era compreendida como resultado de uma simples transmissão linear de estímulos e os mecanismos neuronais centrais menosprezados.

Com o reconhecimento da influência dos fatores psicossociais, a transmissão do estímulo doloroso ocorre através de mecanismos complexos, existindo uma relação direta entre o estímulo, os processos cognitivos como experiência de episódios anteriores, a simultaneidade de estados emocionais e o comportamento cultural. A teoria da especificidade foi descartada tendo permanecido a teoria do portal de controlo até aos dias de hoje.

Na atualidade defende-se que os fatores orgânicos bem como os fatores psicossociais, têm que ser estudados na avaliação da *dor*, pois os fatores objetivos e subjetivos influenciam a percepção dolorosa em conjunto, ou seja, os mecanismos biológicos e psicológicos influenciam a produção, transmissão e manutenção da *dor*. Seguidamente será exposta a problemática em estudo, a sua importância para a prática clínica de Enfermagem Médico-Cirúrgica bem como para a Enfermagem enquanto disciplina do Conhecimento.

## **1.4 – Problemática em estudo**

Portugal foi um país pioneiro na adoção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como a linguagem adequada para a descrição dos fenómenos de enfermagem, tendo sido dos primeiros países a proceder à sua tradução, algo que representou um marco importante para a enfermagem portuguesa, iniciando-se

então o caminho da unificação da linguagem. Diversas organizações estiveram envolvidas nesse processo, como a OE, a Associação Portuguesa de Enfermeiros e a ESEP; em 2006 a OE identificou os requisitos técnicos funcionais que os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) deviam ter, defendendo que independentemente do *software* utilizado, os SIE deveriam respeitar a norma ISO 18104.

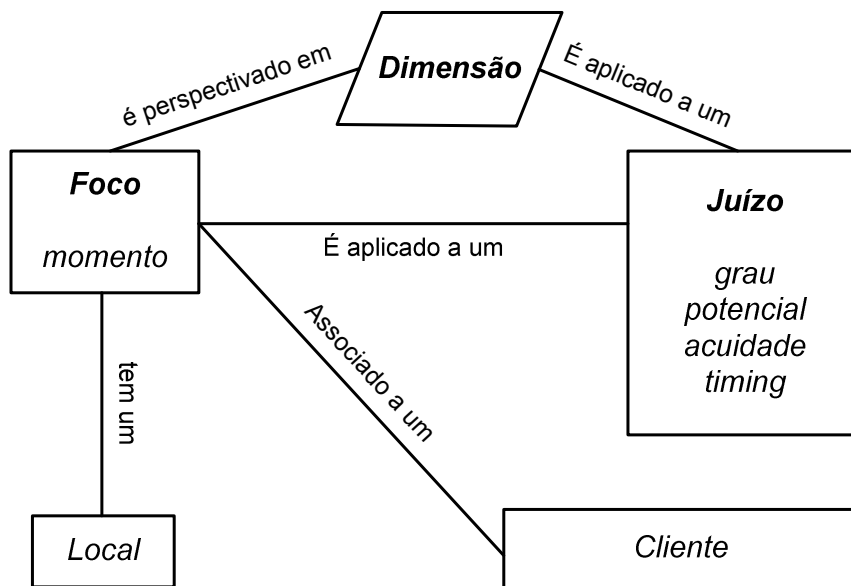
A CIPE disponibiliza uma terminologia para a prática de enfermagem que deseja ser uma matriz convergente de todas as classificações de enfermagem já existentes. A versão Beta 2 estabelecia como objetivos: estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem; descrever os cuidados de enfermagem; possibilitar comparar dados de enfermagem; incentivar a investigação em enfermagem e fornecer dados da prática de enfermagem que possam influenciar a formação em enfermagem e as políticas de saúde (ICN, 2005), aspetos esses que se encontram atuais. A CIPE é uma estrutura organizada do conhecimento e é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, podendo e devendo ser usada para dar visibilidade à prática de enfermagem, permitindo também identificar o contributo da enfermagem para os cuidados de saúde. Os dados podem ser usados para assegurar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, bem como na promoção de mudanças na prática de enfermagem através da investigação, educação, gestão e política (ICN, 2005). Pretende-se com o desenvolvimento deste estudo, contribuir para a identificação dos conceitos e termos explicitados na literatura científica, necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “*dor*” e ao mesmo tempo perceber se a CIPE é uma estrutura com potencial para a sua enumeração exaustiva.

A *dor* é um problema de saúde grave, que interfere com a qualidade de vida das pessoas e que, dada a sua relevância na prática clínica de enfermagem, importa estudar por forma a desenvolver conhecimento e melhorar a atuação dos enfermeiros, quer no processo de diagnóstico, quer nas intervenções com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem – controlo da *dor* eficaz.

O diagnóstico de enfermagem é “uma designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem” (ICN, 2005, p. xv). Assim, um diagnóstico de enfermagem é um enunciado que resulta do processo de diagnóstico que o enfermeiro realiza através de recolha de diversos dados e sua interpretação. As orientações para a construção do diagnóstico de enfermagem seguem a norma ISO 18104: 2003 da *International Standardization Organization (ISO)*, que é um modelo de referência em enfermagem e está de acordo com as metas e objetivos de outros modelos de terminologias específicos da área de saúde. Esta norma inclui o

desenvolvimento de terminologia de modelos de referência para diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem; terminologias e definições relevantes para a sua implementação. Para esta norma, um **diagnóstico de enfermagem** é considerado como um julgamento sobre um foco ou como um julgamento numa determinada dimensão (por exemplo, capacidade, conhecimento) de um foco. O **foco** é definido como uma área de atenção, ao passo que o **juízo** é uma opinião ou discernimento relacionado a um foco ou dimensão. **Dimensão** é uma qualidade detida por um indivíduo ou grupo, por exemplo conhecimento, motivação e capacidade, entre outros (ISO 18104: 2003). A representação gráfica do modelo de terminologia de referência para diagnósticos de enfermagem, é apresentado na Figura 1.

**Figura 1 - Modelo de terminologia de referência para enunciar o diagnóstico de enfermagem, segundo a Norma ISO 18104.**



A *dor* é um foco da prática dos enfermeiros e constitui uma área de interesse enunciada na CIPE, constituindo-se como parte do mandato social dos enfermeiros. Para descrever o diagnóstico, o ICN definiu que podiam ser usados termos de qualquer dos sete eixos: o foco, a localização (orientação anatómica), tempo (intervalo ou duração de uma ocorrência) ou mesmo outro foco (conhecimento, capacidade). Entretanto, a concepção de que a CIPE é uma classificação estruturada em eixos deixou de ser atual, passando a ser considerada uma ontologia, isto é, um conjunto de conceitos e termos para descrever uma área de conhecimento ou para construir uma representação desse conhecimento.

### 1.4.1 – Informação e Sistemas de Informação

A sociedade atual tem sido denominada como a sociedade de informação. As instituições de saúde e a enfermagem reconhecem a importância da informação, que é mesmo considerada o recurso essencial e indispensável para o sucesso de uma organização do setor da saúde. Como defende Braga (2000), quem possui informação com qualidade, fidedignidade, em quantidade e no momento adequado tem benefícios e o sucesso das instituições de saúde depende dos conteúdos informativos (Zorrinho, 1999).

Os enfermeiros, ao documentarem a sua atividade, produzem informação sendo necessário refletir sobre a sua natureza, o seu valor e acerca de quais os recursos e sistemas adequados para o seu armazenamento e processamento. São diversos os autores que em Portugal se dedicaram ao estudo da informação relacionada com os cuidados de saúde (Silva, 1995 e 2001; Sousa e Colaboradores, 1999; Pereira, 2001 e 2007; Sousa, 2006).

Segundo Sousa (2006, p. 34) a **informação** refere-se “a um conjunto de dados, colocados num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, ficando este mais habilitado para desenvolver determinada atividade ou decidir face a um determinado contexto”. A informação obtida no processo de comunicação aliada ao raciocínio clínico facilita a tomada de decisão dos enfermeiros; no entanto, como defende Pereira (2007), a qualidade da informação ou do conhecimento é influenciada pela qualidade dos dados. Essa qualidade está diretamente relacionada com a documentação dos cuidados realizados pelos enfermeiros, independentemente do nível de agregação ou do modelo de agregação de dados (Goossen, 1996), aspeto que este estudo procura desocultar.

Existem dois conceitos intimamente ligados ao conceito de informação: dados e conhecimento. Os **dados** são elementos isolados que são descritos sem nenhum tipo de esclarecimento. Posteriormente os dados são organizados, interpretados e estruturados transformando-se em **informação**, mas para se conseguir alcançar **conhecimento** a informação tem que ser resumida numa estrutura rígida e com o estabelecimento de todas as relações possíveis. Weir (1996) defende que a combinação de dados origina informação, e a informação aplicada no contexto adequado constitui conhecimento. No entanto tem que existir alguma criatividade associada à experiência, julgamento e outras diversas influências que no final produzirão sabedoria/conhecimento. Esta tríade (dados, informação e conhecimento) está na base da tomada de decisão associada a um adequado sistema de comunicação, que segundo Angeloni (2003), deveria abranger infraestruturas

tecnológicas. De acordo com Pereira (2007), o progresso dos dados em conhecimento no âmbito da enfermagem ocorre em duas dimensões: na tomada de decisão e na gestão por parte da instituição de saúde da informação documentada nos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE).

Na área da saúde é fundamental que os SI proporcionem a informação necessária à especificidade de cada profissional de saúde e nos diferentes níveis da própria instituição (Sousa, 2006). Para se alcançarem progressos na qualidade dos cuidados prestados é necessário melhorar a abundância da informação criada e para isso é necessário que os Sistemas de Informação sejam “estruturas sólidas, capazes de reunir, guardar, processar e facultar informação relevante, de modo a torná-la acessível e útil para aqueles que a desejam (e possam) utilizar” (Sousa, 2006, p. 38).

Apesar de se ter verificado um avanço significativo nos Sistemas de Informação nas unidades de saúde, ainda existe falta de eficiência, baixa interoperabilidade entre os sistemas existentes e uma incompleta integração dos sistemas informáticos (Dudeck, 1998; Ginneken, 2002; Lorenzi e Riley, 2003). Por essas razões é primordial que os gestores das unidades de saúde nas suas decisões estratégicas percebam que os sistemas de informação são um agregado de meios e procedimentos cujo intuito é assegurar informação relevante e necessária às diversas funções e níveis da organização, não menosprezando a envolvente externa (Varajão, 1998).

Um sistema de informação (SI) é um agregado de meios humanos e técnicos, que possui dados e procedimentos definidos e articulados com a finalidade de proporcionar a informação adequada para as atividades desenvolvidas na organização de que faz parte (Sousa, 2006), enquanto os SIE são compreendidos como subsistemas integrados em sistemas mais abrangentes da saúde.

Segundo diversos autores, existem objetivos que os sistemas de informação em enfermagem devem satisfazer, começando por serem um meio legal de suporte dos cuidados de enfermagem prestados; uma estrutura que pode dar visibilidade aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem; em proporcionarem uma gestão mais eficaz e formação, promovendo a investigação e a continuidade dos cuidados (Doenges e Moorhouse, 1992; Goossen, 2000). E, como refere Simpson (2003), a chave para a enfermagem se tornar visível é o uso de taxonomias e nomenclaturas específicas de enfermagem, porque se não houver como medir os resultados de enfermagem a invisibilidade irá perpetuar-se.

Segundo Pereira (2007) o conceito “informação” evoluiu de uma perspetiva onde a informação deriva da relação estabelecida nos cuidados, para uma conceção em que a

informação é um recurso que pode adicionar valor aos cuidados de enfermagem. O modelo informativo em enfermagem progrediu de uma valorização do processamento e armazenamento da informação que resulta dos cuidados de enfermagem, para o desenvolvimento da gestão da informação com a finalidade de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Ainda de acordo com o mesmo autor, o desafio centra-se nos modelos de agregação dos dados de enfermagem, pois é unânime que a qualidade da informação e conseqüentemente do conhecimento dependem diretamente da qualidade dos dados. A qualidade dos dados de enfermagem está alicerçada em duas premissas, na otimização da documentação dos cuidados de enfermagem e na otimização da informação de enfermagem alcançada com o desenvolvimento e posterior implementação de modelos de agregação e análise de dados (Pereira, 2007).

Segundo Goossen (2010) existem diversas denominações: dados, dados clínicos, modelos clínicos e arquétipos. No entanto, a denominação escolhida foi modelos clínicos detalhados (DCM), que não são mais do que modelos que organizam a informação de saúde através da disposição do conhecimento, elementos de dados específicos, relacionamentos entre os elementos de dados e terminologia, transformando-os em modelos de informação que possibilitam a implantação em diferentes formatos técnicos. Pode usar diferentes normas como a *OpenEHR*, HL7 ou ISO/CEN EN 13606, garantindo deste modo a interoperabilidade e possibilitando a circulação de informação de uma forma regular e eficaz entre as diversas instituições de saúde e os sistemas de informação nelas usadas. Essa possibilidade de comunicação, de armazenamento de dados e informação, é considerada a interoperabilidade técnica. Essa partilha e reutilização dos dados de saúde, tem que ser interpretada quer pelo sistema, quer pelos diferentes utilizadores, sendo fundamental uma correta codificação, transmissão e uso da informação, permitindo deste modo que exista uma interoperabilidade semântica.

Os modelos clínicos detalhados são um pequeno modelo de informação com a finalidade de armazenar e gerir dados clínicos de uma forma padronizada e reutilizável. Estruturalmente fornecem elementos de dados e um conceito clínico, e os relacionamentos necessários para transmitir a realidade de uma forma que seja acessível para todos os domínios de especialidades clínicas. A necessidade de desenvolver modelos clínicos detalhados de acordo com Goossen (2010), prende-se com a urgência em melhorar a qualidade dos dados a utilizar e reutilizar nas tecnologias de informação e comunicação (TIC); os sistemas de informação devem ter interoperabilidade semântica. Em suma, os modelos clínicos detalhados (DCM) têm como finalidade analisar, classificar, formalizar, estruturar e padronizar elementos de dados para uso clínico.

O Relatório Técnico ISO (ISOTR20514) define um Registo de Saúde Eletrónico (RSE) como um repositório de informações sobre o estado da saúde de um objeto de cuidados (doente ou consumidor), de uma forma processável por computador. Hovenga (2005) refere que existem requisitos de um RSE global, como permitir uma partilha e troca entre todas as especialidades, em todos os setores da saúde, em diferentes países e distintos modelos de prestação de cuidados de saúde, não sendo menosprezadas outras vertentes como pesquisa, gestão em saúde, financiamento e planeamento dos serviços de saúde, devendo simultaneamente, permitir a evolução do sistema, bem como a construção de novos sistemas de informação. No entanto, a utilização dos RSE para fins que vão para além da prestação de cuidados, por exemplo, em processos de análise de dados ligados à saúde pública, investigação, gestão - para obtenção de estatísticas e indicadores - exige particular atenção, uma vez que este tipo de aplicação coloca requisitos e limitações que não podem comprometer a disponibilidade e o bom desempenho do sistema (MS/ACSS, 2009).

Os arquétipos ou modelos de restrição baseados no domínio do conhecimento são fundamentais, porque facilitam que as mudanças na prestação de cuidados possam ser alteradas nos RSE ao longo do tempo. Os arquétipos são construções de conhecimento em saúde segundo diversas normas, conforme referido. A informação e o conhecimento em saúde estão em constante mudança, tornando os sistemas de informação obsoletos em pouco tempo. Com a criação de arquétipos expressos e compartilhados usando a linguagem ADL (*Archetype Definition Language*) de definição de arquétipo, essa limitação foi contornada.

Desta forma, para melhorar a utilização dos dados recolhidos e o conhecimento por parte das organizações de saúde urge a necessidade de uma padronização da informação em maior escala. Diversas terminologias têm sido desenvolvidas, mas a sua eficácia prende-se com o equilíbrio do número de termos e a sua especificidade. Para facilitar esse equilíbrio, os sistemas de classificação (Ex. CIPE) e de codificação ajudam a padronizar a recolha de dados e a atribuir o seu significado ou valor semântico. No setor de saúde constata-se que existe um variado conjunto de normas, terminologias e classificações, o que pode constituir-se como um obstáculo. Em 2009, para uniformizar os SER, foi criado um grupo de trabalho formado por elementos representativos dos agentes do setor da saúde. Para a prática clínica de enfermagem o Grupo de Trabalho em consenso com a OE, estabeleceu que a norma a ser usada seria a ISO (ISO 18104, 2003), tendo adotado a versão CIPE 1.1 como *standard*.

Os enfermeiros da clínica são considerados os “*stakeholders*”, isto é os elementos essenciais ao planeamento estratégico, sendo por isso imperativo que identifiquem o

Resumo Mínimo de Dados (RMD) que reflita a evidência das suas práticas, e que possa levar à produção de indicadores que apoiam a pesquisa e avaliação dos cuidados de enfermagem. A adoção ampliada de arquétipos de enfermagem irá melhorar a capacidade de avaliação dos cuidados prestados e fornecer orientações para melhorar as práticas, gerando novos conhecimentos. Com a criação de arquétipos os enfermeiros gerem o conhecimento do seu domínio, padronizando a informação que lhe diz respeito. Esses arquétipos devem ser desenvolvidos de acordo com a norma ISO assinalada, constatando-se que o grau de interoperabilidade semântica é altamente dependente da qualidade da terminologia utilizada. Hovenga (2005) refere que o sistema *OpenEHR* permite uma grande flexibilidade durante o processo de criação dos arquétipos.

Quando os sistemas de informação permitem, através do uso de terminologia de referência, a agregação de diversos dados numa estrutura estandardizada, a inovação passa pelo desenvolvimento de modelos clínicos de dados baseados em arquétipos. Sendo os arquétipos modelos estruturados de repositórios de texto livre que caracterizam os conceitos clínicos, a sua construção tem que ter como refúgio uma terminologia que identifica os termos, baseada na evidência científica (Santos, 2011), que é aquilo que se pretende verificar.

Apesar dos sistemas de informação poderem constituir-se como um suporte à decisão clínica, bem como instrumentos de incremento da segurança e qualidade dos cuidados prestados, é necessário o respeito por princípios básicos na arquitetura dos sistemas de informação em enfermagem, para que permitam a produção automática de determinados indicadores de enfermagem. Esses indicadores, são baseados no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) isto é “... o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (Werley et al., 1991, p. 421). A sua organização divide-se em diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Em síntese, os SIE deveriam ser capazes de identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, bem como permitir visualizar a informação de um domínio particular, aspetos que dependem da especificidade dos SIE e dos próprios enfermeiros, isto é, da correta e exaustiva documentação de toda a sua atividade clínica.

Em 2007 a OE identificou um core de indicadores considerados valiosos e que, através dos dados de enfermagem produzidos de uma forma regular e sistemática, a diferentes níveis e por parte de todas as unidades e serviços de saúde portugueses, serão possíveis de identificar. Os indicadores serão capazes de traduzir “o contributo singular do

exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (OE, 2007, p. 2). Nesse mesmo documento, a OE identificou um conjunto de vinte e dois focos, entre os quais a *dor*. No core de indicadores constantes no documento da OE são referidos três diagnósticos associados ao foco *dor*: *dor* atual; autocontrolo *dor*; e conhecimento do prestador de cuidados sobre a gestão dos analgésicos, tendo dois indicadores epidemiológicos e um indicador de resultado (modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem).

Resulta assim clara a importância de perceber se a linguagem classificada tem o potencial de traduzir exhaustivamente a complexidade dos fenómenos de enfermagem, conforme demonstrado pela melhor evidência científica, por forma a evoluir-se para a construção de Modelos Clínicos de Dados capazes de facilitar a nomeação das necessidades em cuidados que emergem da prática clínica, nomeadamente da área médico-cirúrgica, mas também que permitam a investigação e a decisão de nível superior, contribuindo para a evolução do conhecimento em enfermagem.

O capítulo seguinte será dedicado à explanação da metodologia adotada para a concretização desta revisão integrativa da literatura.



## **CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Neste capítulo apresentamos a justificação e pertinência do estudo, e discutimos as opções metodológicas adotadas para irem de encontro à sua finalidade. Serão apresentados com o máximo de detalhe todas as etapas da revisão integrativa da literatura.

### **2.1- Justificação do Estudo**

A *dor* é um problema de saúde grave, que interfere com a qualidade de vida das pessoas e que, dada a sua relevância na prática clínica de enfermagem, importa estudar para desenvolver conhecimento e melhorar a atuação dos enfermeiros. Os enfermeiros da área Médico-Cirúrgica lidam com doentes com *dor*, sendo transversal a todos os serviços e abrangendo o campo de ação definido pela OE. A *dor* viu a sua importância reconhecida ao ser considerada como o 5º sinal vital, o que acresceu ainda mais a necessidade de aprofundar pesquisas no seu âmbito. Dadas as múltiplas dimensões da *dor* e as diferentes especificidades dos doentes, torna-se difícil a recolha sistemática de dados a partir de atividades diagnósticas, sendo complexa a produção de dados e a sua relação com o diagnóstico, os objetivos e o respetivo tratamento.

Por outro lado, não restam dúvidas da importância dos Sistemas de Informação para a documentação dos aspetos da saúde que relevam para a enfermagem, e é consensual que os Sistemas de Informação em Enfermagem são essenciais para o processo de tomada de decisão, para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a gestão, a formação e investigação (Pereira, 2001, 2007; Silva, 2006; Sousa, 2006), devendo funcionar de modo integrado e interoperável com outros modelos existentes ou a desenvolver.

No processo de documentação importa muito a presença de requisitos estruturais e substanciais, de forma a viabilizar a produção, partilha e agregação de informação a vários níveis, com a possibilidade de extração de um Resumo Mínimo de Dados. O desenvolvimento de Sistemas de Informação centrados em Modelos Clínicos de Dados, capazes de transformar a informação em conhecimento, e permitir a interoperabilidade semântica dos conteúdos, é um dos pilares centrais do desenvolvimento dos sistemas de informação. O maior desafio da integração dos modelos clínicos de dados nos sistemas de informação é pretender-se passar da heterogeneidade semântica para a interoperabilidade semântica.

Neste sentido, os estudos que explorem os conceitos e os termos clinicamente úteis à descrição e documentação dos diagnósticos de enfermagem que tomam por foco a *dor*, podem ser um contributo importante para o avanço do conhecimento profissional e disciplinar.

A “*dor*” é um foco sensível aos cuidados de enfermagem, e em todo o processo de prestação de cuidados, são produzidas grandes quantidades de dados. Em Portugal, com a implementação da CIPE como uma linguagem unificadora para a documentação dos cuidados de enfermagem prestados, abriu-se caminho para que de uma forma sistemática sejam recolhidos dados dos cuidados de enfermagem.

Um dos objetivos principais no desenvolvimento de SI é também, possibilitar a incorporação do conhecimento clínico. Neste estudo, procura-se dar resposta à seguinte pergunta: será que a estrutura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é adequada para a nomeação completa e exaustiva dos diagnósticos de enfermagem que se relacionam com o fenómeno *dor*?

## **2.2- Finalidade e Objetivos**

Do enquadramento teórico sobre o fenómeno em estudo e com o estabelecimento da área problemática derivam ideias centrais que colaboram na identificação da finalidade que orienta esta investigação. Com a elaboração desta revisão integrativa da literatura sobre a *dor*, tivemos como finalidade:

- Contribuir para a definição, o desenvolvimento e a construção de um Modelo Clínico de Dados em Enfermagem centrados na problemática da *dor*.

Os objetivos devem expressar de forma clara e rigorosa o que o investigador tem como propósito descobrir (Fortin, 2009b), e este estudo tem como propósito dar resposta aos seguintes objetivos:

- Identificar os conceitos necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “*dor*”;
- Identificar os termos necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “*dor*”.

### **2.3 – Desenho do Estudo**

Existem diferentes abordagens possíveis para o estudo de um determinado fenómeno, dependendo do que se quer descobrir. A revisão integrativa da literatura foi a metodologia selecionada, uma vez que fornece diversas perspetivas sobre um determinado fenómeno e tem sido defendida como de extrema importância para a ciência e a prática clínica de enfermagem (Kirkevoid, 1997; Estabrooks, 1998; Evans e Pearson, 2001).

Revisões da literatura sobre cuidados de saúde têm sido realizadas desde o século passado, pretendendo-se compilar resultados de estudos primários possibilitando a generalização dos dados sobre um determinado fenómeno (Jackson, 1980). No entanto devido à abrangência de realizar uma revisão, os métodos tem evoluído de forma a aperfeiçoar o rigor da metodologia (Greenhalgh, 1997). Em termos metodológicos existem pontos em comum entre os diferentes métodos de revisão (meta-análises, revisões sistemáticas, revisões qualitativas, revisões integrativas) contudo, cada subtipo tem um pressuposto diferente, tipo de análise, amostra e definição (Whittemore, 2005a).

Uma revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que resume literatura empírica ou teórica proporcionando um entendimento de um problema de saúde ou um fenómeno específico (Broome, 1993). As revisões integrativas adicionam uma diversidade de objetivos, como definir conceitos, revisão da evidência, rever teorias e analisar metodologias de uma área específica. Essa diversidade de finalidades, conjugada com a pluralidade de amostras proporciona uma compreensão de teorias ou problemas de saúde bem como de conceitos cruciais para a enfermagem.

As revisões da literatura são encaradas como pesquisa de pesquisa e, consequentemente a segunda pesquisa deve seguir o rigor metodológico da pesquisa primária (Ganong, 1987; Cooper, 1998). Cooper (1998) defende que o processo de análise

nas revisões da literatura passa por cinco etapas: 1-Formulação do problema; 2-Procura da literatura; 3-Avaliação dos dados; 4-Análise dos dados e 5-Apresentação dos dados.

Por outro lado, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa tem como intuito armazenar e resumir resultados de pesquisa sobre um tema específico, de uma forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento da temática. As etapas de uma revisão integrativa da literatura são seis: 1-Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; 2-Procura na literatura; 3-Categorização dos estudos; 4-Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5-Interpretação dos resultados; e por último 6-Apresentação da revisão. A diferença entre as duas metodologias centra-se na terceira e quarta etapas, que Cooper define como uma única etapa, avaliação dos dados.

Nesta revisão integrativa da literatura foram seguidas as cinco etapas propostas por Cooper, procedendo-se de seguida à sua descrição teórica bem como da atual revisão.

**1 - Formulação do problema** - Como em qualquer método a fase inicial prende-se com a identificação precisa do problema a investigar bem como dos seus objetivos e finalidades. Passa-se de seguida para a identificação das variáveis (exemplo: conceitos, população alvo, problema de saúde), determinando qual a amostra adequada (exemplo: estudos empíricos, estudos teóricos). A exatidão da operacionalização das variáveis, bem como da finalidade irá permitir retirar os dados apropriados das fontes selecionadas (Whittemore e Knafl, 2005). Diversos autores consideram que a primeira etapa é a norteadora para o desenvolvimento de uma revisão bem elaborada, já que se o problema for definido com precisão, todo o processo decorrerá com objetividade e as análises e conclusões ocorrerão de uma forma fácil e com potencial de aplicabilidade na prática clínica dos enfermeiros (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). No início deste capítulo já foi descrita a problemática em estudo bem como a finalidade e objetivos desta revisão integrativa da literatura.

**2 - Procura da literatura** - Para incrementar o rigor de qualquer pesquisa são necessárias estratégias de pesquisa bem definidas porque, como defendem Cooper (1998) e Conn *et al.* (2003a) pesquisas incompletas e tendenciosas, numa base de dados desajustada adicionam um risco de resultados incorretos. A obtenção de toda a literatura valiosa sobre o problema é uma tarefa nem sempre fácil, sendo as bases de dados uma ajuda essencial. Contudo, 50% dos artigos com interesse podem ser perdidos, devido a problemas na indexação ou na terminologia usada, resultando numa pesquisa com limitações. Conn *et al.* (2003b) defendem que, para minimizar essa inconsistência deve-se usar uma abordagem concertada, sendo a pesquisa da literatura realizada numa procura de ascendência, procura revista a revista, e procura na bibliografia da pesquisa encontrada. Na mesma linha Jadad *et*

al. (1998) preconizam que se utilizem duas ou três estratégias para alcançar o máximo de artigos. Todo o processo de procura da literatura, na revisão integrativa, tem que ser abertamente explicado no capítulo da metodologia, devendo especificar-se os termos da pesquisa, as bases de dados usadas, estratégias de pesquisa complementares bem como os critérios de inclusão e exclusão adotados (Whittemore e Knafl, 2005). Todos os procedimentos realizados na seleção dos artigos a rever, bem como das bases de dados, não podem ser omissos sob pena de porem em causa a validade da revisão. Segundo Mendes, Silveira e Galvão, os procedimentos de inclusão e exclusão devem ser realizados com critérios rigorosos e transparentes, “uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão” (2008, p. 762).

A frase booleana usada na pesquisa resultou de um trabalho realizado por um conjunto de peritos que fazem parte de um grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), inserido num projeto de investigação (Conceção de Cuidados de Enfermagem: Desenvolvimento de Competências, Modelos Clínicos de Dados e Sistemas de Informação). Na construção da frase utilizou-se o conetor booleano OR e não se usaram os conetores AND e NOT uma vez que o objetivo da revisão era recolher todos os artigos relevantes, pelo que se privilegiou a sensibilidade à especificidade. Foram utilizados os termos MeSH (*Medical Subject Headings*) adequados após uma pesquisa na literatura e usadas técnicas adicionais como por exemplo a truncagem (\*algesia\*) para aumentar a abrangência da pesquisa.

A estratégia de procura e seleção dos artigos passou pela identificação daqueles que se encontravam indexados nas seguintes bases de dados:

- *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*;
- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*;
- *MedicLatina*;
- *Cochrane Central Register of Controlled Trials*;
- *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Apesar de as duas últimas bases de dados incluírem essencialmente revisões sistemáticas e por isso artigos secundários, optou-se pela sua inclusão com pressupostos centrados na sua idoneidade e qualidade, sem pôr em causa as regras de elaboração de uma revisão integrativa, já que é suposto que os artigos secundários utilizem os conceitos e os termos empregues pelas pesquisas analisadas e, por outro lado, não se está à procura de conhecimento novo.

O acesso às bases de dados foi realizado através da EBSCO:

- CINAHL, MEDLINE, MedicLatina e COCHRANE através do *link* disponibilizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) – Portugal, no endereço eletrônico <<http://search.ebscohost.com/>>.

A pesquisa foi realizada com a seguinte frase booleana: ((MM "nursing") OR (TI "nursing") OR (AB "nursing") OR (MH "nursing") OR (SU "nursing")) AND ((MM "\*pain\*") OR (MM "headache") OR (MM "Dysmenorrhea") OR (MM "Premenstrual Syndrome") OR (MM "Trochanteric Bursitis") OR (MM "Colic") OR (MM "Dyspareunia") OR (MM "Sciatica") OR (MM "Suffering") OR (MM "\*algesia\*") OR (TI "\*pain\*") OR (TI "headache") OR (TI "Dysmenorrhea") OR (TI "Premenstrual Syndrome") OR (TI "Trochanteric Bursitis") OR (TI "Colic") OR (TI "Dyspareunia") OR (TI "Sciatica") OR (TI "Suffering") OR (TI "\*algesia\*") OR (AB "\*pain\*") OR (AB "headache") OR (AB "Dysmenorrhea") OR (AB "Premenstrual Syndrome") OR (AB "Trochanteric Bursitis") OR (AB "Colic") OR (AB "Dyspareunia") OR (AB "Sciatica") OR (AB "Suffering") OR (AB "\*algesia\*") OR (MH "\*pain\*") OR (MH "headache") OR (MH "Dysmenorrhea") OR (MH "Premenstrual Syndrome") OR (MH "Trochanteric Bursitis") OR (MH "Colic") OR (MH "Dyspareunia") OR (MH "Sciatica") OR (MH "Suffering") OR (MH "\*algesia\*") OR (SU "\*pain\*") OR (SU "headache") OR (SU "Dysmenorrhea") OR (SU "Premenstrual Syndrome") OR (SU "Trochanteric Bursitis") OR (SU "Colic") OR (SU "Dyspareunia") OR (SU "Sciatica") OR (SU "Suffering") OR (SU "\*algesia\*")). A pesquisa foi efetuada base a base e os resultados do total de artigos indexados, em cada base, são apresentados na Tabela 1.

Foram utilizados os seguintes critérios para seleção dos artigos:

- No idioma português, inglês e espanhol;
- Com resumos ou textos completos de acesso gratuito;
- Com data de publicação de 01/01/2002 a 31/12/2012;
- Que contenham no título (TI), resumo (AB), exact major subject heading (MM), *exact subject heading* (MH) e *subject terms* (SU), os descritores (nursing, \*pain\*, headache, dysmenorrhea, premenstrual syndrome, trochanteric bursitis, dyspareunia, sciatica, suffering e\*algesia\*);
- Todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência, etc.);
- Artigos revistos por peritos;
- Artigos dedicados ao estudo em Seres Humanos e na população adulta;

Os artigos indexados em mais de uma base de dados serão considerados apenas uma vez.

**Tabela 1 - Resultados da pesquisa nas bases de dados.**

<b>Base de dados</b>	<b>Limitadores</b>
CINAHL Plus with Full Text	Data publicação: 2002/01/01-2012/12/31; Analisados por especialistas; Humanos; Grupos etários: Todos Adultos (2865 artigos)
MEDLINE with Full Text	Data publicação: 2002/01/01-2012/12/31; Artigos de resenhas; Humanos; Idade relacionadas: Todos Adultos: 19 + anos (523 artigos)
MedicLatina	Data publicação: 2002/01/01-2012/12/31; Jornais académicos, Revisto por peritos (21 artigos)
Cochrane Central Register of Controlled Trials	Data publicação: 2002/01/01-2012/12/31; (576 artigos)
Cochrane Database of Systematic Reviews	Data Publicação: 2002-2012 (14 artigos)
<b>Total</b>	<b>3999 artigos</b>

A procura nas cinco bases de dados foi realizada de uma forma independente em cada uma delas, tendo sido encontrados no total 3999 artigos; posteriormente foram indexados num *software* de gestão bibliográfica (Endnote®). Este programa permite pesquisar, guardar e editar referências bibliográficas encontradas no decorrer da investigação, possibilitando a criação de bibliotecas para as gerenciar. Foi realizada a verificação de duplicação de artigos, tendo sido identificados 153 que foram eliminados um a um, para comprovação da sua real duplicação. Resultaram um total de 3846 estudos. Tratando-se de um número elevado para gerir por um investigador e dar resposta aos objetivos pré-anunciados, tendo em vista que o estudo está integrado num percurso académico para a obtenção do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica e que tem, por via disso, uma limitação temporal, optou-se pela definição de um número de artigos passível de gerir por um investigador, determinando-se que seriam 500. Posteriormente, a escolha da amostra recaiu nos 500 artigos publicados mais

recentemente, o que significa o conhecimento mais atual, incluindo certamente dados de pesquisas anteriores.

**3 - Avaliação dos dados** – Não existe nenhuma norma que determine a forma de avaliar e interpretar a qualidade dos estudos numa revisão integrativa. Como a amplitude das fontes é variada a dificuldade é ampliada. A avaliação da qualidade das pesquisas depende do tipo de investigação. Se as pesquisas forem de tipos semelhantes, podem-se calcular índices de qualidade e incluir essas pontuações na análise dos dados, podendo funcionar como critérios de inclusão e exclusão. Avaliar a qualidade das investigações numa revisão integrativa é complexo; uma outra opção passa por elaborar dois instrumentos com critérios, para serem aplicados nos estudos teóricos e empíricos e, como referido anteriormente, serem utilizados como critérios de inclusão e exclusão (Whittemore e Knafelz, 2005). Para Mendes, Silveira e Galvão (2008), nesta etapa o investigador deve organizar e resumir as informações de uma forma concisa, elaborando uma tabela de dados, que torna o acesso e manuseamento mais acessível. A validade da revisão centra-se na realização de uma análise detalhada, de uma forma crítica, pretendendo compreender dados divergentes nos diferentes estudos. Neste estudo, a qualidade das pesquisas não era um fator determinante.

Nesta fase foi realizada uma leitura dos resumos dos 500 artigos incluídos, tendo como objetivo incluir artigos que abordassem a *dor* e os seus vários tipos (dismenorreia, síndrome pré-menstrual, dispareunia, *dor* ciática), sofrimento e algesia. Dessa avaliação resultou a inclusão de 117 artigos; 2 encontravam-se duplicados apesar de na etapa anterior ter-se procedido a um processo de eliminação de duplicações; 276 foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão; 92 artigos foram categorizados em “Pode interessar” e 13 artigos em “Pode não interessar” (cujo critério de diferenciação teve por base a pressuposição subjetiva de maior ou menor probabilidade de interessar), necessitando de outra abordagem para prosseguir a sua avaliação, tal como se apresenta na Tabela 2.

**Tabela 2 - Fase 1 da seleção dos artigos.**

<b>Subdivisões</b>	<b>Nº de Artigos</b>
Interessa	117
<b>Pode Interessar</b>	<b>92</b>
<b>Pode não interessar</b>	<b>13</b>
Excluídos	276
Duplicados	2
<b>Total</b>	<b>500</b>

A estratégia seguinte consistiu em ler o texto completo dos 92 artigos da categoria “Pode interessar” e dos 13 artigos da categoria “Pode não interessar”. Esta estratégia culminou com a inclusão de mais 26 artigos; 5 foram excluídos pelo idioma (2 em chinês, 2 em coreano e 1 em libanês), tal como se apresenta na Tabela 3.

**Tabela 3 - Fase 2 da seleção dos artigos.**

<b>Subdivisões</b>	<b>Nº de Artigos</b>
Interessa	138
<b>Pode Interessar</b>	<b>36 Sem texto completo</b>
<b>Pode não interessar</b>	<b>1 Sem texto completo</b>
Excluídos	318
Duplicados	2
Excluídos pelo idioma	5
<b>Total</b>	<b>500</b>

No entanto, a 36 artigos da categoria “Pode interessar” e 1 artigo da categoria “Pode não interessar”, não foi possível aceder ao seu texto completo, apesar de diversas tentativas realizadas: busca no Google, Google académico, base de dados de outras universidades, na página oficial da revista e da editora, tendo sido definitivamente excluídos.

Na categoria “Excluídos” os artigos foram classificados em diversas categorias, como se pode visualizar na Tabela 4. Na sua maioria abordavam os cuidados de enfermagem, surgindo a *dor* como um sintoma em estudo mas sem se proceder à sua

análise ou explicitação. Seguindo-se pesquisas sobre risco profissional (fatores organizacionais, ergonômicos e medidas de segurança no local de trabalho associados com a prevalência de doenças músculo-esqueléticas); em que a *dor* era apresentada como um dos sintomas mas não se procedia a qualquer descrição da mesma. Alguns artigos abordavam a qualidade de vida (a *dor* surge como um dos itens das escalas), mas sem mais especificações.

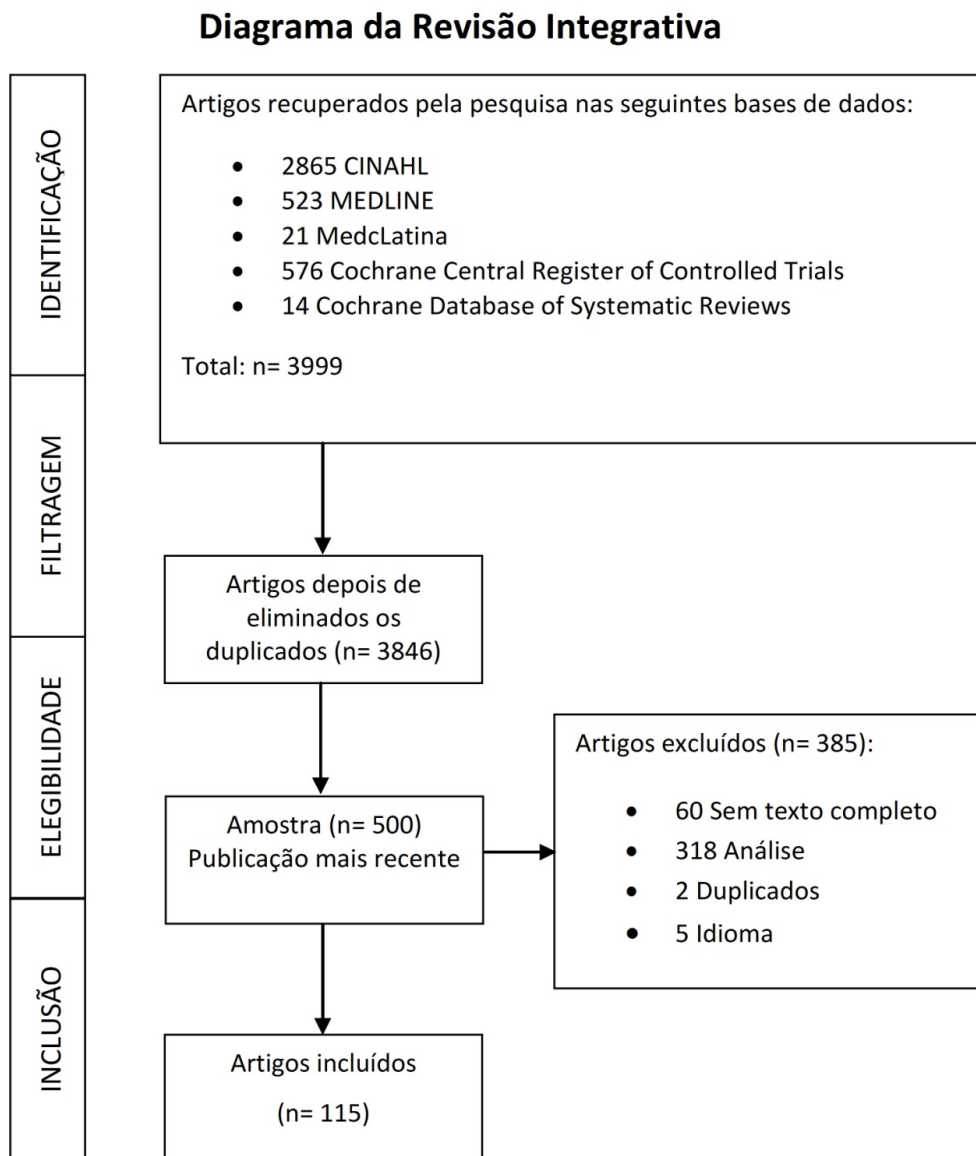
**Tabela 4 – Categorias dos artigos "Excluídos".**

<b>Pastas</b>	<b>Nº de artigos</b>
Competências	17
Cuidador Informal	10
<b>Cuidados de Enfermagem</b>	<b>164</b>
Dentista	1
Ensino de Enfermagem	4
Ética enfermagem	6
Morte Ensino de Enfermagem	3
Qualidade dos Cuidados	17
<b>Qualidade de vida</b>	<b>24</b>
Quantificação Cuidados de Enfermagem	3
Registos de Enfermagem	6
Risco clínico	23
<b>Risco Profissional</b>	<b>28</b>
Transições	5
Ansiedade	1
<i>Delirium</i>	2
Tratamento <i>dor</i> Farmacológico	3
Tratamento <i>dor</i> Não Farmacológico	1
<b>Total</b>	<b>318</b>

Sendo o número de artigos excluídos relativamente grande, e no sentido de garantir que a sua exclusão era pertinente e correta, procedeu-se a uma análise aleatória de cinco desses artigos, realizando uma leitura do texto integral. Mantiveram-se as razões da exclusão, isto é, os artigos foram selecionados tendo em conta os descritores, mas sem que a *dor* seja analisada ou explicitada de qualquer forma.

Antes de se iniciar a análise dos artigos, foi realizada a indexação dos textos completos, o que não foi conseguido em 30 artigos. Assim, desenvolveram-se esforços no sentido de os encontrar, nomeadamente com recurso a uma procura no Google, Google académico, bases de dados de outras universidades, na página oficial da respetiva revista e editora, e também através de uma solicitação ao Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação da ESEP. Com esta estratégia, conseguiu-se a indexação de 7 desses artigos. Terminada a avaliação para a inclusão dos artigos, foram incluídos 115 e excluídos 385 artigos (60 por ausência de texto completo, 2 por duplicação, 5 pelo idioma e 318 pela análise do investigador), o que se representa na Figura 2.

**Figura 2 - Diagrama da revisão integrativa.**



**4 - Fase da análise dos dados** – Nesta etapa pretende-se proceder à síntese dos dados presentes nos artigos e interpretar de uma forma neutra a informação que eles transmitem. É necessário categorizar, codificar e ordenar, tendo como fim último elaborar uma conclusão que integre todos os dados relevantes para o problema em investigação (Cooper, cit. por Whittemore e Knafl, 2005). Antes de iniciar a análise é necessário escolher o método analítico a usar; uma opção passa por um método de comparação, que é a abordagem usada em diversos estudos qualitativos. Esse método converte os dados retirados dos artigos em categorias, auxiliando a identificação de padrões, temas, variações e possíveis relacionamentos entre as categorias (Glaser, 1978; Miles e Huberman, 1994; Patton, 2002). Numa primeira fase os dados retirados dos artigos são comparados parcela a parcela, permitindo que dados idênticos sejam categorizados e reunidos. Posteriormente essas categorias são comparadas entre si através de um processo de análise e síntese. Este método permite que se analisem todos os tipos de estudo incluídos na revisão integrativa, independentemente da metodologia usada. Nesta etapa o investigador alicerça os resultados da avaliação crítica dos estudos comparando-os com o conhecimento teórico e estabelece as principais conclusões e implicações que possam contribuir para a definição e o desenvolvimento de conhecimento (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Segundo Miles e Huberman (1994) essa análise dos dados subdivide-se em quatro fases: redução de dados, visualização de dados, comparação de dados, conclusão, desenho e verificação.

**4.1. Redução de dados** – Começa por determinar uma nomenclatura que organize os dados ou os estudos, tendo como finalidade criar um sistema racional que auxilie o processo de análise. A estrutura organizativa pode ser por tipo de estudo (qualitativos, descritivos, correlacionais, comparativos, projetos experimentais ou de intervenção), no entanto, nesta revisão integrativa a diversidade de estudos era enorme dificultando a organização dos artigos usando essa estrutura (Anexo 1). Outro tipo de estrutura organizativa passa pela sua estruturação por ordem cronologia, por configurações da amostra (ex. rural, urbana), por características da amostra (ex. sexo), ou por determinações específicas (ex. experiência dos participantes, atitudes, comportamentos) - Brown, 1999; Patton, 2002. Após a organização dos artigos é necessário iniciar a codificação dos dados, com base num rigor metodológico e assente em procedimentos confiáveis e rigorosos (Broome, 1993; Brown *et al.*, 2003); esse processo pretende simplificar, sintetizar e organizar os dados numa estrutura.

Outros autores defendem um distinto método de análise, que consiste em retirar dados pré-determinados e considerados proeminentes dos estudos e reunir numa única matriz (Miles e Huberman, 1994; Garrard, 2004). Cada estudo é resumido, e dados semelhantes são retirados das fontes. Esta estratégia permite uma organização dos

estudos, e promove a possibilidade de comparar os estudos em áreas particulares (Whittemore e Knafl, 2005).

Relativamente a este estudo, a organização teve por base a ordem cronológica, do ano mais recente para o mais afastado no tempo, conforme defende Broome (2000), isto é, a organização dos artigos deve realizar-se por ordem cronológica, facilitando o conhecimento sobre o problema em estudo de acordo com a evolução histórica.

A análise de cada artigo começou com a leitura do texto integral, retirando dados pré-determinados considerados relevantes para os objetivos da revisão. Com esta metodologia pretendeu-se categorizar os dados descritos de cada artigo tendo como modelo de referência a norma ISO 18104 e a CIPE, versão 2.0. A categorização usou os princípios da análise de conteúdo, que é entendida como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 1977, p. 42). A análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações de natureza subjetiva colhidas através de diferentes técnicas de colheita de dados (textos, comunicação oral), e tem como fundamento a compreensão crítica do significado das comunicações, do seu conteúdo manifesto ou latente e das significações explícitas ou ocultas. Neste estudo usaram-se as cinco etapas de análise segundo Martins e Lintz (2000, p. 56); 1ª Etapa: Leitura inicial (leitura transversal da informação, percepção de um sentido); 2ª Etapa: Pré-análise (colheita e organização do material a ser analisado, identificar a unidade de análise); 3ª Etapa: Identificação de categorias (estudo aprofundado de material, orientado pelos objetivos e/ou referencial teórico – um modelo *à priori* – Norma ISO 18104 e CIPE); 4ª Etapa: Classificação da informação (as categorias devem ser exaustivas e mutuamente exclusivas); 5ª Etapa Interpretação e inferências (quadros de referência e de conteúdos são revelados em função dos propósitos do estudo).

**4.2. Visualização de dados** – Os dados podem ser visualizados em gráficos e tabelas, permitindo a observação de padrões e relações entre as categorias, facilitando a comparação e interpretação (Knafl e Webster, 1988; Sandelowski, 1995). Foi elaborada uma Tabela mestra com os dados retirados dos artigos em cada categoria (Anexo 2).

**4.3. Comparação de dados** – É uma etapa onde a criatividade do investigador aliada à sua capacidade de análise crítica é fundamental, para a identificação de padrões de dados, temas ou interações. Este processo de identificação de padrões pode promover a criação de um catálogo conceptual, abrangendo os temas identificados ou as variáveis (Brown,

1999). Os temas e as variáveis começam a ser agrupados, bem como as possíveis relações entre si. Este processo promove a clareza dos dados bem como inicia as suas interpretações.

Nesta fase foi analisada cada categoria item a item, o que permitiu que informações semelhantes fossem agrupadas. Organizou-se a informação recolhida em temas centrais, padrões de dados e relacionamento entre as diferentes categorias.

**4.4. Conclusão, desenho e verificação** – Nesta fase a honestidade analítica, bem como a transparência de todo o processo de análise é uma prioridade e todas as relações têm que ser cuidadosamente analisadas. Aqui pretende-se verificar os padrões identificados, reconhecer semelhanças e diferenças, tentando generalizar cada conjunto de dados, abrangendo a totalidade da revisão integrativa. As conclusões são iniciadas, os modelos conceptuais são desenvolvidos e revistos, abarcando o máximo de dados possíveis (Miles e Huberman, 1994). Esta análise pretende ser uma tentativa de interpretação a partir dos padrões identificados e das relações com níveis elevados de abstração. Segundo Miles e Huberman (1994) a identificação dos padrões, temas, relações e conclusões necessitam de uma verificação nos estudos com precisão. Esse trabalho minucioso pretende, durante todo o processo, evitar erros na identificação de padrões ou exclusão de dados importantes (Sandelowski cit. por Whittemore e Knafl, 2005).

Neste estudo, a procura apenas se centrou nos elementos caracterizadores da *dor* e não nos resultados das investigações. As conclusões serão apresentadas e discutidas no capítulo seguinte.

**5 - Apresentação dos dados** – A apresentação dos dados pode ocorrer em tabelas ou em esquemas. Os resultados pretendem apreender a profundidade e amplitude do tema em estudo, contribuindo para uma nova compreensão do fenómeno. Devem ser indicadas as limitações metodológicas do estudo.

A revisão integrativa da literatura possibilita a inclusão de artigos de metodologias variadas (experimental e não experimental); devido à abrangência de métodos, o potencial de produzir evidências científicas é enorme. Autores como Beck (1999) e O'Mathuna (2000) referem que a complexidade da inclusão de diversas metodologias pode provocar imprecisão na investigação, falta de rigor bem como viés na interpretação dos dados. Os métodos de análise e síntese ainda continuam pouco elaborados mas, em contra partida, os métodos de aperfeiçoar a pesquisa bibliográfica e da extração de dados foram aprimorados (Garrard, 2004; Conn *et al.*, 2003).

Neste estudo foi utilizado um método sistemático, com categorização da informação retirada dos artigos de acordo com os elementos estruturantes da norma ISO

18104 e posteriormente comparada com os eixos da CIPE versão 2.0. A pesquisa bibliográfica foi realizada com uma frase booleana abrangente, com a maior amplitude de termos possíveis, construído por um grupo de peritos e com o objetivo de incluir o maior número de artigos possíveis. A escolha das bases de dados a usar seguiu a seguinte premissa:

- As bases de dados CINAHL e a MEDLINE englobam uma abrangência enorme da pesquisa realizada, fornecendo texto completo de revistas científicas, livros, monografias;
- A base de dados *MedicLatina* indexa artigos de pesquisa científica de editores Latino-americanos e Espanhóis;
- As bases de dados *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e a *Cochrane Database of Systematic Reviews* possuem artigos de revisão sistemática efetuada por colaboradores da *Cochrane Collaboration*.

Os dados foram retirados através de um método rigoroso e a sua interpretação seguiu regras precisas; a análise e a síntese obtidas foram baseadas nos dados retirados das fontes sem inferências na fundamentação.

Com a realização de revisões integrativas da literatura é conseguida uma análise de uma diversidade de estudos, fornecendo dados para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa bem como reflexões para a realização de novos estudos. Com o resumo da informação oriunda dos diversos estudos minimiza-se as dúvidas e incertezas das recomendações para a prática clínica sendo possível a generalização do conhecimento sobre um determinado fenómeno resultando em cuidados de enfermagem mais eficazes (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Neste estudo, o conhecimento dos conceitos e termos usados na literatura para o enunciar dos diagnósticos que tomam por foca a *dor* foi obtido, o que permite discutir os aspetos que com ele se relacionam e que tínhamos por intuito analisar. No entanto, não se pode menosprezar que esta revisão integrativa abarcou apenas uma amostra da totalidade dos artigos, tornando a generalização dos dados necessariamente cautelosa.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) nas revisões integrativas é produzido conhecimento e incentivada uma prática clínica de qualidade, fundamentada na melhor evidência, eliminando uma das resistências à utilização do conhecimento científico, pois através de um único estudo (revisão integrativa) os enfermeiros tem acesso aos resultados da investigação. No entanto, neste estudo não se pretendeu condensar os resultados dos estudos incluídos, nem mesmo produzir conhecimento. Os objetivos passam por extrair conceitos e termos usados na literatura para a definição de diagnóstico que tomam por

foco a *dor*, tendo como fim último contribuir para a definição e o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados em Enfermagem centrados na problemática da *dor*.

## **CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO e DISCUSSÃO dos RESULTADOS**

Neste capítulo, iniciamos a apresentação e discussão dos resultados, realizando uma análise de cada categoria identificada. A exposição dos resultados será abordada em sete subcapítulos, associando-se à análise e interpretação, a discussão. Os artigos incluídos na revisão integrativa foram numerados e identificados com a denominação E1, E2..., encontrando-se no anexo 3 a respetiva numeração com a bibliografia associada.

### **3.1- Dados para o Processo Diagnóstico**

A descrição e organização dos dados necessários ao processo diagnóstico da *dor* tiveram por base o Guia Orientador de Boa Prática da *dor* da OE. Este guia encontra-se dividido em subgrupos: **Características da *dor*; Forma habitual de comunicar, manifestar e expressar a *dor*; Fatores de alívio e de agravamento da *dor*; Implicações da *dor* nas atividades de vida.**

As **características da *dor*** referenciadas pelos artigos, localização, qualidade, intensidade, duração e frequência, são similares às preconizadas pela OE. No entanto, em relação à característica “qualidade” os termos apresentados nos artigos acrescentam exemplos que ampliam a possibilidade de descrição da *dor* por parte do doente (aguda, lancinante, espasmódica, violenta, sensação de peso, latejante, tipo queimadura, formigueiro, facada), Tabela 5. As diferentes características da *dor* podem ajudar a restringir os diagnósticos diferenciais, sendo também úteis na abordagem terapêutica (Toyoshima, 2009). No entanto, as características clínicas da *dor* variam de indivíduo para indivíduo e no mesmo indivíduo em momentos diferentes (Cunha, 2011). A *dor* é um fenómeno muito prevalente e heterogéneo, e quando não é tratado ou é tratado de forma

ineficaz, a qualidade de vida dos doentes e a sua capacidade de continuar com as atividades diárias normais pode ficar comprometida. A identificação das suas características é uma peça fundamental na avaliação da *dor*.

**Tabela 5 - Características da *dor*.**

Características da <i>dor</i>		Nº de artigos
<b>Localização</b>		8
<b>Qualidade</b>		5
	Aguda	1
	Formiguento	2
	Lancinante	1
	Espasmódico	1
<b>Termos</b>	Violenta	1
	Apunhalante/esfaqueante	1
	Sensação de queimadura	2
	Sensação de peso	1
	Latejante	1
<b>Intensidade</b>		6
<b>Duração</b>		6
<b>Frequência</b>		3
<b>Total</b>		39

Em relação à **forma habitual de comunicar, manifestar e expressar a *dor*** no referido guia, os exemplos apresentados passam pelo silêncio, linguagem própria, choro, gemido, fúcies. Da análise dos artigos emergem *indicadores comportamentais* e *indicadores fisiológicos* da manifestação de *dor*. Os *indicadores comportamentais* são divididos em três grupos: Vocalizações/Verbalizações; Expressões faciais; e Expressões corporais. Essa divisão permite estratificar as manifestações e expressões de *dor*, alargando a forma como os doentes comunicam a *dor*, desde expressões faciais (caretas, franzir da testa), expressões corporais (agitação, movimentos corporais, postura corporal) e vocalizações (choro, gritos), Tabela 6. As manifestações subjetivas da *dor* podem ser observadas através de *indicadores comportamentais* como descritos anteriormente, auxiliando numa avaliação mais abrangente e rigorosa da *dor*.

Tabela 6 – Indicadores comportamentais da *dor*.

INDICADORES COMPORTAMENTAIS		Nº de Artigos
		3
Vocalizações/ Verbalizações	Choro	10
	Grito	1
	Sons para verbais:	4
	Suspiros	1
	Gemido	1
		1
Expressões faciais	Caretas	12
	Franzir testa	2
	Olhar contraído	1
		1
Expressões corporais	Agitação/Inquietos ou tensos	4
	Agressividade	4
	Resistência ao cuidado	2
	Movimentos corporais	3
	Tensão muscular	4
	Contorcendo-se, flexionando, ou trazendo os joelhos para abdómen.	1
	Postura corporal de proteger o corpo	4
<b>Total</b>		<b>59</b>

Os *indicadores fisiológicos* ou Processos corporais que auxiliam a expressão da *dor* dividem-se em três: Processo do Sistema circulatório, Processo do Sistema respiratório e Processo do Sistema gastrointestinal. Os *indicadores fisiológicos* da presença de *dor* referidos nos artigos passam pela taquicardia, taquipneia e sudorese (sistema circulatório); respiração ruidosa (sistema respiratório); e perda de apetite (sistema gastrointestinal). No entanto, como referido por diversos autores, os *indicadores fisiológicos* podem sofrer alterações devido a múltiplos fatores, o que dificulta a sua consideração associada a este fenómeno. A valorização dos *indicadores fisiológicos* como manifestação da *dor* é um

contributo associado a outros indicadores de expressão da *dor* (Lindberg, 2011; Mcguire, 2011; Roulin, 2012; Mcauliffe, 2012; Lin, 2011), Tabela 7.

Os *indicadores fisiológicos* inscritos nos Processos corporais são indicadores objetivos, mas não são específicos para a avaliação da *dor*. Por outro lado, os *indicadores comportamentais* representam uma resposta específica ao estímulo doloroso, mas são pouco precisos quanto à mensuração do fenómeno doloroso, porque são sujeitos à avaliação subjetiva de cada observador (Guinsburg e Cuenca, 2010). A *dor*, embora singular para quem a sente insere-se num universo de referências simbólicas, configurando uma forma de a expressar muito influenciada por códigos culturais (Sarti, 1998). A expressão da *dor* rege-se numa relação do indivíduo com a sociedade, onde podem existir sanções nas formas de manifestação dos sentimentos. Como referido, ambos os indicadores são importantes na caracterização da *dor* associado a outras características que já foram abordadas e outras que ainda serão apresentadas, sendo mais uma peça na avaliação de um fenómeno complexo.

**Tabela 7 - Processos corporais/Indicadores fisiológicos.**

PROCESSOS CORPORAIS/ INDICADORES FISIOLÓGICOS		Nº de Artigos
<b>Sistema circulatório</b>	Sinais fisiológicos (Taquicardia, Aumento da TA, Taquipneia, e Saturação O2 capilar)	6
	Sudorese	2
	Palidez	1
	<b>Sistema respiratório</b>	Respiração ruidosa
<b>Sistema Gastrointestinal</b>	Perda de apetite	1
<b>Total</b>		<b>13</b>

Os **fatores de alívio e de agravamento** da *dor* também foram identificados em alguns artigos. Os fatores de alívio foram descritos em dois artigos e os de agravamento em quatro artigos, indo ao encontro do exposto no Guia orientador da OE (ex.: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso). Diversos autores referem a importância do conhecimento dos fatores desencadeantes e de alívio da *dor*, independentemente do tipo de *dor*, no sentido de alargar a informação sobre a *dor* e também para o estabelecimento de medidas terapêuticas eficazes (Souto, 2011; Vilela, 2012; Mesko, 2011; Smith, 2011).

Existem fatores de alívio e de agravamento da *dor*. Nos primeiros podem-se englobar os Sentimentos e emoções, Medidas não farmacológicas, Conforto e ambiente, Medidas farmacológicas e Atitudes e preparação do profissional. Nos segundos surgem os Sentimentos e emoções, Função/atividade do corpo, Desconforto e ambiente, Medidas farmacológicas e, Atitudes e preparação do profissional (Alves *et al.*, 2011). A ansiedade aumenta ou ocorre durante a *dor* e a sua intensidade muitas vezes é maior, pois a atenção do doente fica concentrada no problema. É por isso fundamental, que os enfermeiros da prática clínica identifiquem os fatores de alívio e agravamento do estímulo doloroso para melhor agirem em conformidade.

As **implicações da dor nas atividades de vida** foram referidas nos artigos como interferência nas atividades de vida/autocuidados, o impacte e o efeito da *dor* sobre a vida do doente, bem como o impacte na capacidade funcional e na qualidade do sono. Estas referências são em tudo semelhantes ao apresentado no caderno da *dor* da OE: interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, nas atividades sociais e de lazer, no humor (Tabela 8). Nos artigos, o impacte a nível psicossocial e espiritual da *dor*, foi referido como alteração dos estados de humor (ansiedade) e como estando na origem da diminuição da interação social. A ideia de que a presença de *dor* condiciona a realização dos diversos autocuidados, tendo implicações na qualidade de vida dos doentes e na produtividade devido às interferências no rendimento e na satisfação das necessidades de vida, sai assim reforçada (Macdonald, 2011; Mesko, 2011; Monroe, 2012; Latorre, 2011; Haslom, 2012). A *dor* interfere nos autocuidados (e conseqüentemente nas atividades de vida) e nos processos corporais (tossir, respirar). Na CIPE, o autocuidado é definido como uma atividade executada pelo próprio, que visa: “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias” (ICN, 2011, p. 41); de acordo com a análise efetuada, o impacte da *dor* na realização dos autocuidados, verificou-se em todos os autocuidados (Alimentar-se; Elevar-se; Transferir-se; Virar-se; Lavar-se; Cuidar da higiene pessoal; Divertir-se). Nos artigos, a *dor* foi implicada como limitadora na satisfação das necessidades individuais básicas e íntimas como o dormir, a eliminação e a atividade sexual. Orem, descreveu o autocuidado como uma atividade (ou conjunto de atividades) que são iniciadas pela pessoa com a finalidade da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Para a autora, o autocuidado é uma “função humana” produzida por ações deliberadas e intencionais dos indivíduos, e de acordo com as suas circunstâncias específicas (1991). Remetendo para a análise, a *dor* será a condicionante determinada que vai interferir no autocuidado do indivíduo, em diversos domínios. O autocuidado pode ser entendido como

uma “atitude” que o indivíduo demonstra e pode ser objetivamente presenciada. Resulta de ações iniciadas pela própria pessoa, de forma a colmatar fatores que interferem no desenvolvimento e funcionamento (Orem, 1991; Söderhamn, 2001). Nos artigos analisados surgiu uma outra limitação (Incapacidade funcional associada à *dor*), que julgamos poder agregar-se também ao autocuidado, uma vez que a incapacidade funcional com origem na *dor* limita a capacidade de executar atividades. É hoje consensual que a(s) dependência(s) como resultado de alterações dos processos corporais são devidas a três fatores: alterações músculo-esqueléticas e osteoarticulares; intolerância à atividade; e *dor*.

Para Backman e Hentinen (1999), o autocuidado é uma característica individual, em que de uma forma consciente e subconsciente o indivíduo age. Essa atitude ou predisposição é aperfeiçoada ao longo da vida e influenciada por interações culturais, sociais e psicossociais, englobando também significados diferentes de indivíduo para indivíduo. Dependendo do perfil do autocuidado de cada pessoa, a interferência da *dor* será necessariamente diferente, necessitando de uma ação de enfermagem específica.

Para Pimentel (2006) existem três domínios que influenciam a qualidade de vida: Domínio físico; Domínio social e Domínio psicológico. O domínio físico refere-se à capacidade do indivíduo realizar as atividades diárias; o domínio social reporta-se à capacidade de se relacionar com a família, amigos, colegas de trabalho; e o domínio psicológico incorpora questões do bem-estar emocional e mental. Todos estes fatores dependem da percepção individual de cada um, de crenças, experiências, sentimentos e expectativas. Ora, quando se aprofunda o conhecimento sobre a *dor* e se percebe as suas implicações em todos esses domínios, mais facilmente se compreende a importância do papel do enfermeiro e de uma gestão eficaz da *dor*.

**Tabela 8 - Impacte nas atividades de vida/autocuidado.**

	Nº de artigos
<b>Impacte nas Atividades de Vida/Autocuidados</b>	3
<b>Qualidade do sono/ Padrão do sono</b>	6
<b>Impacte psicossocial e espiritual</b>	2
<b>Total</b>	11

Dando continuidade aos dados necessários para o processo de diagnóstico, serão abordadas de seguida, as escalas de avaliação da intensidade da *dor* referidas nos artigos, já

que além de importantes para uma gestão eficaz da *dor*, contêm dados que podem ajudar a completar a análise precedente.

### 3.1.1 – *Dados Presentes nas Escalas de avaliação Qualitativa e Quantitativa da dor*

Tendo por base o Caderno da OE, os instrumentos para avaliar a intensidade da *dor* devem ser preferencialmente de autoavaliação (padrão de ouro) e de acordo com uma ordem de prioridade, começando pela **Escala Visual Analógica (EVA)**. Esta é uma escala adequada para qualquer tipo de *dor* que pode ser aplicada a doentes com idade igual ou superior a seis anos, e consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, tendo numa extremidade a classificação “Sem dor” e na outra, a classificação “Dor máxima”. Nos artigos, a escala mais referida foi a Escala Numérica (EN), que é o segundo instrumento proposto pela OE. Este facto pode dever-se a múltiplos fatores, nomeadamente ao facto desta revisão integrativa só ter analisado uma amostra de todos os artigos que resultaram da pesquisa. Essa conclusão só poderá ser realizada após a análise de todos os artigos relativos à *dor*, em posteriores estudos semelhantes a este.

A **Escala numérica (EN)** consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numerada de 0 a 10. É também ajustada a qualquer tipo de *dor*, podendo ser usada sem o instrumento físico a doentes com idade igual ou superior a seis anos com noção de grandeza numérica. A régua pode ser fornecida ao doente na horizontal ou na vertical. Solicita-se que o doente classifique a sua *dor*, sendo que 0 corresponde a “Sem dor” e 10 a uma “Dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

Em terceiro lugar surge a **Escala de Faces (EF)** que apenas foi referida num estudo. Para a sua utilização é requerido ao doente que qualifique a intensidade da sua *dor* de acordo com a mímica apresentada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor máxima”. Pode ser usada em doentes com idade igual ou superior a três anos, avalia mais a dimensão emocional do que a sensorial e é adequada para todo o tipo de *dor*.

A **Escala Qualitativa (EQ)** pretende que o doente associe os seguintes adjetivos: “Sem dor”, “Dor ligeira”, “Dor moderada”, “Dor intensa” ou “Dor máxima” para classificar a intensidade da sua *dor*, no entanto, não há consenso sobre os adjetivos que melhor descrevem a intensidade da *dor*. Pode ser aplicada a doentes com idade igual ou superior a quatro anos sendo adequada para avaliar qualquer tipo de *dor*. É sensível ao efeito de

memória pelo que pode ser usada sem o instrumento físico. Autores como Kappen (2012) e Dijk (2012) usam adjetivos como “Nenhuma dor”, “Pouca dor”, “Doloroso mas suportável”, “Dor considerável” e “Dor terrível” e apesar de utilizarem o mesmo número de adjetivos a subjetividade da interpretação por cada doente pode ocorrer.

A **Escala de PAINAD** (Pain Assessment in Advanced Dementia) é adequada para os profissionais de saúde ou cuidadores avaliarem a intensidade de qualquer tipo de *dor*, e destina-se aos doentes idosos com demência. É uma escala de heteroavaliação fiável, simples, sensível e de aplicação célere para medir a *dor* em doentes idosos com capacidade limitada para comunicar.

O **Inventário BPI** (Brief Pain Inventory) é um questionário de heteroavaliação adequado para a *dor* crónica, que pode ser usado em doentes com idade igual ou superior a dez anos e de aplicação simples e de fácil interpretação.

O **Questionário MPQ** (McGill Pain Questionnaire) é um questionário mais adequado para a *dor* crónica mas também pode ser usado na avaliação da *dor* aguda, tendo características que permitem identificar a *dor* neuropática e a dimensão afetiva da *dor*. A população alvo são doentes com idade igual ou superior a dez anos. É um instrumento cujo preenchimento é demorado, exige que o profissional de saúde receba treino, e a sua interpretação é complicada. O Questionário de MPQ só foi referenciado por um artigo; no entanto a versão reduzida SF-MPQ surge referida em três.

Diversas outras escalas surgem referidas na literatura científica e não fazem parte dos instrumentos escolhidos pela OE. Esses instrumentos avaliam sintomas físicos e psicológicos, com pequenas particularidades entre eles. A **Escala de Avaliação de Sintomas (MSAS)** foi projetada para diferenciar entre ocorrência, intensidade e angústia dos sintomas e tem trinta e três itens distribuídos em três dimensões: (1) gravidade do sintoma; (2) a frequência com que ocorre; (3) o sofrimento que ela produz; a **Escala Modificada de Avaliação de Sintomas (CMSAS-M)** é a versão reduzida com apenas oito itens; a **Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)** é uma ferramenta de autoavaliação que permite que os doentes documentem a intensidade de nove sintomas (*dor*, náuseas, cansaço ou fadiga, sonolência, perda de apetite, falta de ar ou dispneia, depressão, ansiedade, e diminuição da sensação de bem-estar). As populações alvo do uso deste instrumento são doentes com cancro em fase avançado; a escala avalia a intensidade desses sintomas nas últimas 24 horas, utilizando uma escala de 11 pontos, que vai de 0 (nenhum sintoma) a 10 (pior sintoma possível).

A **Escala Goldberg** é uma escala de três faces (a) um rosto expressando um sorriso; (b) um rosto expressando uma *dor* suportável; e (c) um rosto expressando desconforto / ansiedade / depressão.

A **Escala Comportamental da dor (BPS)** é uma escala de heteroavaliação com três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória), no entanto, o uso desta escala está indicado apenas para doentes submetidos a sedação profunda, tratamento com bloqueadores neuromusculares, tetraplegia e polineuropatia. Em Portugal, esta escala é considerada, desde 2011, como a escala de eleição na avaliação da *dor* no doente crítico, após um estudo desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no âmbito do Plano Nacional de Avaliação da *dor* da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (PNAD-SPCI).

Embora os instrumentos unidimensionais sejam os mais utilizados para avaliação da intensidade da *dor*, é importante lembrar que têm o grande inconveniente de simplificarem a experiência dolorosa. Os instrumentos multidimensionais fornecem dados tanto quantitativos da intensidade da *dor*, como qualitativos sobre a experiência dolorosa que são essenciais para uma avaliação mais precisa. No entanto, todas essas escalas têm algumas limitações. As unidimensionais possuem a desvantagem, já descrita, de avaliarem apenas uma dimensão da *dor*, enquanto as escalas multidimensionais têm um maior número de descritores sensoriais do que afetivos e avaliativos o que pode levar os doentes a valorizar mais a dimensão sensorial da *dor*, e necessitarem de um tempo de preenchimento muito longo, levando a que a sua aplicabilidade seja reduzida.

Face ao exposto, a escolha do instrumento de avaliação deve ser adequada ao tipo de *dor*, à idade do doente e à sua situação clínica. Para uma melhor uniformização, na mesma instituição de saúde devem-se usar escalas com as mesmas características. Na escolha do instrumento, deve-se começar pelos de autorrelato, tendo sempre que se assegurar o entendimento por parte do doente. Nos doentes com alterações cognitivas e/ou com incapacidade de comunicação e nas crianças pré-verbais, a avaliação da *dor* passa pelo uso de escalas de heteroavaliação baseadas em sinais fisiológicos e comportamentais. Se a situação clínica não se alterar, a escala de avaliação da intensidade deve manter-se, independentemente da mudança para diferentes zonas de intervenção. Na Tabela 9 são apresentadas as escalas referidas nos artigos.

Da bibliografia consultada destacam-se alguns pontos-chave a reter:

- As crianças sentem *dor* e são mais sensíveis à *dor* que os adultos. Todos devem ser incentivados a identificar o local e a intensidade da *dor* e deverão ser fornecidos os instrumentos de avaliação adequados ao nível de desenvolvimento;

- Estímulos iguais produzem sensações com percepções dolorosas diferentes de indivíduo para indivíduo e até no mesmo indivíduo, dependendo de fatores físicos, psicossociais e culturais. O autorrelato é considerado o "padrão ouro", pois não existe nenhum indicador fisiológico ou comportamental específico da *dor*;
- A *dor* pode estar presente sem uma lesão aparente; A *dor* não controlada leva a um aumento da vulnerabilidade.

**Tabela 9 - Escalas de Avaliação da *dor* referidas nos artigos.**

	<b>Nº de Artigos</b>
<b>Escala Visual Analógica</b>	16
<b>Escala numérica verbal (0 a 10)</b>	19
<b>Escala de faces</b>	1
<b>Questionário de McGill</b>	1
<b>Questionário reduzido de McGill (SF-MPQ)</b>	3
<b>Escala Checklist de Avaliação de <i>dor</i> para Idosos com capacidade limitada para se comunicar (PAINAD)</b>	4
<b>Inventário BPI</b>	7
<b>Escala modificada de avaliação sintomas (CMSAS-M)</b>	1
<b>Escala tipo de Goldberg - escala sinalização três níveis</b>	1
<b>Escala de Avaliação de Sintomas (MSAS)</b>	1
<b>Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)</b>	1
<b>Escala de <i>dor</i> Comportamental (BPS)</b>	3
<b>Total</b>	<b>58</b>

Na sua atividade diagnóstica os enfermeiros enunciam os diagnósticos de enfermagem de acordo com os dados recolhidos, no entanto, outros diagnósticos encontram-se associados estabelecendo uma relação com o diagnóstico principal. No subcapítulo seguinte serão nomeadas as dimensões associadas ao foco *dor* que emergiram dos artigos analisados.

### 3.2 - Dimensões Associadas ao Foco Dor

Segundo a norma ISO 18104 **Dimensão** é uma qualidade detida por um indivíduo ou grupo, por exemplo conhecimento, motivação e capacidade, entre outros. Da análise dos artigos emergiram as seguintes dimensões associadas ao diagnóstico *dor*: Crenças; Autoimagem; Autocontrolo. Estas dimensões são descritas e analisadas de seguida.

As “**Crenças**” foram uma dimensão identificada na análise dos artigos associada à *dor*. De acordo com Meleis, existem condicionalismos pessoais (percepções, significados, crenças e atitudes) que influenciam a direção das Transições por que passam as pessoas, e consequentemente as atitudes e ações perante a sua condição. Os estigmas e preconceitos que determinado indivíduo desenvolve na vivência de uma experiência de Transição, dificultam ou facilitam a expressão de estados emocionais, o que a mesma autora refere como crenças culturais e atitudes (Meleis *et al.*, 2000). As Transições são “a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick e Meleis 1986, p. 237), e os enfermeiros na sua atuação devem ajudar as pessoas a gerir as Transições que ocorrem na sua vida, uma vez que a vivência de uma Transição tende a tornar a pessoa mais vulnerável aos riscos que podem afetar a sua saúde e bem-estar. Segundo Schumacher e Meleis (1994), o desafio para os enfermeiros no apoio aos doentes a viver uma transição, é entender os processos de transição e desenvolver intervenções eficazes para ajudá-los a recuperar a estabilidade e uma sensação de bem-estar. Para Meleis existem quatro tipos de transições, transição desenvolvimental (por ex. passagem no ciclo vital, de uma fase para outra), transição situacional (por ex. imigração), transição saúde/doença (por ex. diagnóstico de uma doença aguda ou crónica) e transição organizacional (por ex. mudanças na comunidade, mudança de emprego). Independentemente do tipo de transição, podem gerar instabilidade produzindo efeitos negativos e profundas alterações, passageiras ou permanentes.

Os significados e as diferentes percepções que cada ser humano possui, influenciam a vivência da transição; por isso é necessário que os enfermeiros compreendam as experiências individuais de cada doente aquando da sua transição e identifiquem as condições pessoais e ambientais que facilitem ou inibem o processo de uma transição saudável, que podem ser facilitados ou dificultados por condições pessoais, comunitárias ou sociais. Para Meleis existem condições de transição que são as circunstâncias que influenciam a forma como uma pessoa se move através de uma transição, e que facilitam ou dificultam o progresso (Schumacher e Meleis,1994). O conhecimento dos significados

que cada doente atribui à sua experiência da *dor*, as suas crenças e atitudes na vivência da experiência dolorosa, bem como o conhecimento e as habilidades dos doentes para solucionar os problemas, podem tornar as experiências mais fáceis (Meleis *et al.*, 2000).

Segundo Orem (1991), quando o indivíduo identifica uma ameaça à sua saúde, pondera diferentes atuações para eliminá-la. No entanto, a forma como cada indivíduo atua face à ameaça depende das suas forças e fraquezas, tornando-se numa pessoa mais ou menos vulnerável. As crenças que o indivíduo possui sobre a *dor*, as características da *dor* e o tratamento, vão influenciar positiva e negativamente as suas próprias ações e consequentemente a vivência da experiência de transição.

Para o ICN, crença é uma “atitude: opiniões, convicções e fé” (2011, p. 46), que interfere com a valorização da *dor*, expectativas acerca da *dor* e tratamento. Dos três artigos que referiram a dimensão crença, emergem expressões como: “a experiência anterior ensina a pessoa a ser mais tolerante”, ou que num “doente idoso é normal ter *dor*, tem que se adaptar a viver com *dor*”. Essas atitudes e opiniões, porque existem e interferem na experiência de *dor*, aumentando a vulnerabilidade e a morbidade à *dor*, devem ser consideradas pelos enfermeiros, entrando em linha de conta na sua conceção dos cuidados.

Segundo a CIPE existem quatro tipos de crenças: culturais; erróneas; espirituais e religiosas, e podem ser facilitadoras ou dificultadoras em todo o processo de transição. A crença cultural é a “convicção pessoal baseada nos valores da própria cultura” (ICN, 2011, p. 46) que altera a perceção da *dor*. Este tipo de crença foi abordado em diversos estudos. E passam, entre outras, por o doente ter relutância em relatar a *dor*. Por um lado têm medo da reação do profissional, da possibilidade de ficarem internados, da via de administração de analgésicos. Por outro lado, os doentes podem negar a presença da *dor* tendo por base o mito de que o bom doente não se queixa.

Ainda de acordo com o ICN a crença errónea é dificultadora porque traduz uma “falsa sensação da realidade que não consegue ser corrigida pela razão, argumentação ou persuasão, nem pela evidência dos próprios sentidos” (ICN, 2011, p. 47). É a crença mais referida nos artigos analisados, e está associada sobretudo ao mito do risco inerente ao uso de opióides, aos efeitos colaterais associados e ao risco de dependência física, Tabela 10.

A CIPE refere uma outra crença, a espiritual, que é um tipo de crença em que existe a “convicção e disposição pessoal para reter e abandonar ações tendo em conta a opinião e princípios religiosos próprios, fé religiosa que impregna, integra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um” (ICN, 2011, p. 47). No entanto, nesta revisão ela não é referida em nenhum artigo.

**Tabela 10 – Dimensão - Crenças.**

<b>Crenças</b>	<b>Nº de Artigos</b>
Crenças (sem especificação)	3
Culturais	11
Erróneas	17
<b>Total</b>	<b>31</b>

Num estudo realizado por Pimenta (1999), as crenças disfuncionais exacerbam a experiência de *dor*, limitam a capacidade física e psíquica dificultando a adesão ao tratamento. Os valores, as atitudes e as crenças dos doentes influenciam os seus julgamentos e a confiança na capacidade de lidarem e gerirem a *dor*, e no julgamento sobre a eficácia da analgesia prescrita.

Na perspetiva da Teoria Cognitivo-Comportamental a pessoa é vista como processadora das informações, e o seu comportamento é determinado pela interação das suas crenças, regras e emoções com o ambiente. Seguindo essa linha de pensamento, os enfermeiros devem considerar importante a identificação das atitudes, crenças, pensamentos e emoções dos doentes que condicionam comportamentos pouco adaptativos. As intervenções de enfermagem devem usar uma abordagem variada como reorganização cognitiva, exercícios de relaxamento e não apenas administração de analgésicos (DeGood e Shutty, 1992; Bradley, 1996). Assim, considera-se que as crenças são suposições sobre a realidade que condicionam comportamentos, através de informações que o indivíduo possui referente a um assunto em particular; e as atitudes são as disposições afetivas que implicam determinada ação face a um determinado assunto. As crenças e as atitudes podem ser entendidas como constructos cognitivos que funcionam como “lentes” para interpretar e tomar decisões sobre um determinado assunto, devendo o enfermeiro identificar e valorizar as crenças e atitudes dos doentes face à *dor*.

A segunda dimensão identificada na análise dos artigos foi a “**Autoimagem**”, que segundo o ICN é também uma crença: “conceito ou imagem mental de si próprio” (2011, p. 41). As noções preexistentes e a perceção de nós mesmos interferem na valorização, por exemplo da *dor*, na verbalização da mesma e nas pressuposições que cada indivíduo identifica.

Vários foram os autores que se dedicaram ao estudo da autoimagem (Mosquera, 2008; Rogers, 2005; Rudio, 2003). Para Mosquera (2008), a autoimagem é o (re) conhecimento que fazemos de nós mesmos, como encaramos as nossas

potencialidades, sentimentos, atitudes e ideias. A autoimagem pode ser real ou subjetiva, uma vez que depende da organização da própria pessoa. A autoimagem esta intimamente relacionada com a autoestima, residindo no conhecimento individual de si mesmo e no desenvolvimento das próprias potencialidades, na percepção dos sentimentos, atitudes e ideias. A autoimagem e a autoestima são dimensões do comportamento humano que estão intimamente relacionadas com a cognição e afetividade. Os enfermeiros durante a sua atividade diagnóstica necessitam de procurar dados para inferir uma perturbação na autoimagem, com potencial para influenciar o comportamento do doente face à presença de *dor*, bem como de avaliar a cognição, as características afetivas e atitudes que ele detém.

O desenvolvimento da autoimagem acontece através de um processo contínuo influenciado pela vida individual e social (Mosquera, 2008), que vai de encontro ao que defende Rogers (2005). Para este autor a autoimagem é fluida e está sempre a ser modificada, é construída por meio das relações com os outros e com o mundo, tendo necessariamente que existir congruência entre a autoimagem idealizada e a autoimagem real (Rogers, 2005).

Para Rudio (2003), a incongruência é desencadeada quando existem experiências que, porque se opõem à autoimagem são impedidas de chegar à consciência na sua versão verdadeira, sendo representadas de uma forma distorcida para garantir a autoimagem. Segundo este autor, para as experiências serem corretamente representadas na consciência, precisam de passar por um crivo que é a autoimagem que a pessoa faz de si (Rudio, 2003). Os enfermeiros, na prática clínica em contacto com os doentes, necessitam de identificar quando essas incongruências existem, por forma a darem um contributo no sentido de se alcançar o equilíbrio. Num único artigo desta revisão, a alteração da autoimagem por parte dos doentes dificulta a verbalização da sua experiência dolorosa, o que trás como consequência uma abordagem terapêutica ineficaz e o prolongamento da *dor*.

Da análise dos artigos, emergiu uma outra dimensão: o **autocontrolo**, que segundo a CIPE é a “volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (ICN, 2011,p. 41). Da análise dos artigos, ressalta a ideia de incentivar as ações que conduzem ao autocontrolo, proporcionando um alívio da *dor*. Essas ações incluem a opção por medidas não farmacológicas se for essa a vontade do doente, através do envolvimento do indivíduo na escolha do tratamento mais adequado. As disposições tomadas para dominar ou promover atividades que ajudem a controlar a *dor*, devem ter

presente a tríade: Envolvimento do indivíduo com *dor*; Comprometimento em todo o processo; Responsabilização pelo controlo da *dor*. O indivíduo detém um papel ativo na determinação do seu comportamento, e o autocontrolo tem um poder incontestável em todo o processo. Dependendo da reação e das relações estabelecidas entre o estímulo que provocou a *dor*, a resposta que o indivíduo teve e as consequências das mesmas, não deixando de parte o papel das variáveis internas e pessoais, o sucesso depende do equilíbrio de todos os fatores por parte do doente, cabendo ao enfermeiro avaliar as variáveis existentes para poder intervir eficazmente.

Segundo Kanfer e Gaelick (1986) o autocontrolo é fundamental pois é transversal a toda a prática clínica, e a mudança de comportamentos só é acessível se efetuado pelo próprio indivíduo, tendo necessariamente que existir responsabilização e um enorme comprometimento. Remetendo para o controlo da *dor*, é essencial remover a causa do sintoma, quando tal é possível mas também é essencial fornecer competências de confronto.

Existem três modelos explicativos do autocontrolo, o modelo de autocontrolo de Thorensen e Mahoney (1974), o modelo de autodeterminação de Kanfer (1989) e o modelo de autorregulação de Bandura (1986). O modelo de autocontrolo de Thorensen e Mahoney (1974) considera o autocontrolo como um traço da personalidade que possibilita ao indivíduo deter controlo sobre as suas próprias ações, mediante a sua motivação intrínseca. No modelo de autodeterminação de Kanfer (1989) o autocontrolo é a capacidade para trocar a ocorrência de um comportamento. Que passa por uma auto-monitorização dos comportamentos anteriores, por uma autoavaliação da adequação desses mesmos comportamentos, culminando num autorreforço das reações individuais. Por último, o modelo de autorregulação de Bandura (1986) é muito semelhante ao anterior; inicialmente realiza-se uma auto-observação dos comportamentos e das mudanças, passando posteriormente para um processo de julgamento baseado nos processos cognitivos do indivíduo, terminando num processo de auto-reação com atribuições das consequências.

De acordo com a CIPE o *coping* surge associado ao autocontrolo, e é uma atitude para “gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (ICN, 2011, p. 46). Nos artigos analisados, o *coping* surgiu como a atitude para gerir a *dor* de forma a promover o seu controlo. O controlo da *dor* passa por um equilíbrio entre as estratégias usadas para lidar com a situação stressante (estímulo doloroso), o autocontrolo, o envolvimento e a capacidade de adaptação, na gestão de novas situações.

Os profissionais de saúde, em geral, e os enfermeiros, em particular, pela sua proximidade natural devem desenvolver estratégias que possibilitem a estes doentes a

identificação e utilização dos seus recursos internos para gerir e controlar adequadamente a *dor*. Essas estratégias de *coping*, isto é, ações intencionais após um agente stressante, podem ser aprendidas e ajustadas a cada situação. Existem estratégias de *coping* focadas no problema, que tenta atuar diretamente na situação stressante e controlá-la, e estratégias focadas na emoção, que tentam adequar a resposta emocional ao agente stressante (Lazarus e Folkman, 1984).

Todo o processo de autocontrolo pode ser influenciado por autoconhecimento que é a “consciencialização: perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação” (ICN, 2011, p. 40) e por autoconsciência que segundo o ICN é uma crença comprometida, uma “opinião que cada um tem de ser uma pessoa separada e distinta das outras, com fronteiras pessoais, de ser um indivíduo com experiências, desejos e atos” (2011, p. 40). Para um eficaz controlo da *dor* é necessária uma consciencialização da *dor* e uma autoconsciência para iniciar esse mesmo controlo.

Meleis descreveu uma série de propriedades universais de transição que são comuns a todo o tipo de transições. Identifica cinco propriedades: (a) consciencialização, (b) envolvimento; (c) mudança e diferença; (d) intervalo de tempo, e (e) os pontos críticos e eventos. Meleis *et al.* (2000) afirmou que essas propriedades não são necessariamente distintas, mas estão inter-relacionadas como um processo complexo. Segundo a autora (2000, p. 18) a consciencialização relaciona-se com a “perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição”. Chick e Meleis (1986) incluíram a consciencialização como uma característica fundamental da transição e defendem que para estar a vivenciar uma transição, a pessoa deve ter alguma consciência das mudanças em curso. Sugeriram que a ausência de consciencialização pode significar que a pessoa talvez não tenha iniciado a experiência de transição. Assim, os enfermeiros necessitam de avaliar se a consciencialização da experiência dolorosa já se iniciou, para ele ser capaz de promover atividades que ajudem a controlar a *dor*, encetando-se o processo de mudança.

São por isso vários os fatores que interferem na vivência da experiência dolorosa (consciencialização, estratégias de *coping*, crenças, autoimagem, limitações no autocuidado e técnicas de autocontrolo). A DGS identificou dois tipos de técnicas de autocontrolo da *dor*: Técnicas comportamentais e Técnicas cognitivas; ambas têm como objetivo diminuir a intensidade da *dor* através de ações realizadas pelo próprio doente, essencialmente técnicas não farmacológicas de apoio. As técnicas comportamentais passam por relaxamento, programação de atividades e, registo da *dor* e atividades. As técnicas cognitivas subdividem-se em distração ou atenção dirigida, estratégias de conforto e

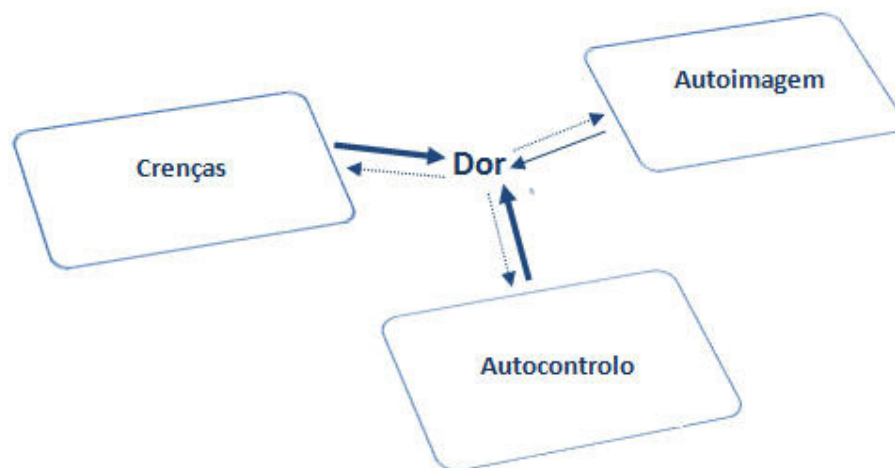
reestruturação cognitiva (DGS, 2005). Os enfermeiros podem e devem identificar os condicionalismos facilitadores e inibidores da experiência dolorosa, promovendo ações que auxiliam o doente nas suas vulnerabilidades.

Com a valorização das dimensões que podem estar associadas ao fenómeno *dor* e com o estabelecimento de intervenções de enfermagem para essa dimensão, os resultados obtidos proporcionariam ganhos em saúde para os doentes. A *dor* pode ser um dado relevante para a identificação de outros problemas dos doentes, devendo os enfermeiros valorizar esse facto.

Múltiplos fatores interferem nas disposições tomadas para dominar ou promover atividades que ajudem a controlar a *dor* sejam elas crenças, expectativas, disponibilidade, habilidades/capacidades e conhecimento. Na atividade diagnóstica dos enfermeiros é fundamental avaliar o valor, significado e percepção que o indivíduo atribui à *dor*, e o impacto que a mesma produz na sua vida. Verificando se o processo de consciencialização já se iniciou, quais as expectativas sobre a evolução, o tratamento e as manifestações da *dor*. Avaliar o nível de autoeficácia de controlo da *dor* sendo que autoeficácia é uma crença (ICN, 2011) que promove ou dificulta o envolvimento da pessoa no controlo da sua *dor*.

Foram descritas as dimensões que emergiram da análise dos artigos associadas à *dor*. No entanto, os condicionalismos que a *dor* pode provocar nas três dimensões identificadas: Autoimagem, Crenças e Autocontrolo, e as ingerências que elas provocam na *dor*, não são totalmente conhecidas, mas influenciam-se reciprocamente, Figura 3.

**Figura 3 - Dimensões associadas ao foco dor.**



No subcapítulo seguinte serão descritos e analisados os conceitos associados à *dor* que emergiram dos artigos.

### 3.3- Conceitos Associados à Dor

Da análise dos artigos da revisão integrativa surgiram diversos conceitos de *dor* e seus subtipos, que vão ser analisados usando como guia orientador os conceitos da CIPE.

Iniciou-se a análise pela conjugação das várias definições encontradas nos artigos. A *dor* é definida como uma *experiência complexa, individual, subjetiva com múltiplas dimensões*: fisiológica, afetiva, cognitiva, comportamental, sensorial, sociocultural, psicológica, espiritual, que causa desconforto e é desagradável; pode ser *localizada* ou *generalizada*, pode ser *aguda* ou *crônica*, *contínua* ou *intermitente*, ocorrer em *repouso* ou com o *movimento*, *influenciada pela personalidade* e por último, pode ser *influenciada pela experiência* do doente e pela sua *interpretação*. A *dor* é portanto uma experiência multidimensional e essas componentes são indissociáveis, daí que para uma melhor caracterização, na avaliação da *dor* devam estar presentes fatores como a intensidade, qualidade, duração, localização, fatores despoletadores e de melhoria, bem como interferências nas atividades de vida, repercussões sociais e psico-comportamentais (Briggs, 2010; McCaffery e Beebe, 1999; NPC e JCAHO, 2001; JCR e JCI, 2010; Ribeiro e Cardoso, 2007).

Uma outra definição universal de *dor* é a da *International Association for the Study of Pain* (IASP) que define a *dor* como uma "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano real ou potencial ou descrita em termos de danos". Esta definição foi referida em diversos estudos (ex.: E2, E8).

A definição de McCaffery (1972) continua atual e em uso, sendo descrita em três estudos. Refere que, a *dor* é "o que a pessoa que experimenta diz que é, existindo sempre que ele ou ela diz que sente.", Tabela 11.

Fazendo uma análise comparativa com as três definições que surgiram dos artigos da revisão integrativa com a definição de *dor* da CIPE, que a apresenta como uma "percepção comprometida: 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, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (ICN, 2011, p. 50), percebe-se que a primeira parte da definição (percepção comprometida: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento) é referida na primeira definição como desconfortável e subjetiva. A segunda parte do conceito da CIPE (expressão facial

característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite), não aparece em nenhuma definição na literatura, no entanto são dados clínicos significativos para a enunciação do diagnóstico *dor*. Considera-se por isso que o conceito de *dor* do ICN é abrangente e incluiu todas as características definidoras do fenómeno *dor*; no entanto, a definição não referencia as dimensões da *dor*, pelo que consideramos uma mais-valia a identificação das oito dimensões da *dor* (fisiológica, afetiva, cognitiva, comportamental, sensorial, sociocultural, psicológica e espiritual) que emergiram da análise efetuada, porque, sendo a *dor* uma experiência complexa e com múltiplas vertentes, a identificação das dimensões colabora na compreensão do fenómeno na sua plenitude.

**Tabela 11 - Dimensões da definição da *dor* (artigos e definições).**

<b>Dimensões da <i>dor</i></b>	<b>Nº de Artigos</b>
Fisiológica	9
Afetiva	5
Cognitiva	3
Comportamental	4
Sensorial	3
Sociocultural	7
Psicológica	4
Espiritual	2
<b>Definição de <i>dor</i> da IASP</b>	<b>12</b>
<b>Definição de <i>dor</i> de McCaffery (1972)</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>52</b>

Da análise dos artigos emergiram sete tipos de *dor*: crónica; aguda; oncológica; visceral; vascular; músculo-esquelética; e neurológica, que serão de seguida analisados criticamente à luz da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

- ***Dor crónica***: da reunião dos conceitos presentes nos artigos da revisão integrativa, emerge o pressuposto de que a *dor* crónica é a *dor* que dura mais tempo do que o tempo esperado de cura, ou que surge a partir de processos de doença em que a cura não acontece. É uma *dor* contínua ou intermitente durante um período de

pelo menos 6 meses ou mais, embora alguns outros artigos refiram ter uma duração de 3 a 6 meses. O início, meio e fim da *dor* pode não estar bem definido e, pode ou não estar relacionada com um processo de doença. Pode ser o resultado de causas não fatais, ou ter sido resistente ao tratamento e tem o potencial de continuar para o resto da vida do indivíduo.

Realizando uma análise comparativa da definição anterior com a definição da IASP em que a *dor* crónica é a *dor* que persiste além do tempo normal da cura e/ou persiste por 3-6 meses ou mais, e com a definição da CIPE que *dor* crónica “ocorre ao longo do tempo, com duração prolongada” (ICN, 2011, p. 103), percebe-se que se trata de uma *dor* que persiste ao longo do tempo, sendo que a CIPE não é tão taxativa, logo é mais flexível e menos condicionante.

- **Dor aguda:** nos artigos, as definições de *dor* aguda e *dor* pós-operatória surgiram associadas, no entanto, e segundo a CIPE a *dor* aguda é de “ocorrência abrupta, num curto intervalo de tempo” (ICN, 2011, p. 103) que vai de encontro ao início da definição presente num dos artigos em que a *dor* aguda tem “geralmente um início repentino, uma duração limitada e é muitas vezes associada a uma lesão ou doença”. No entanto, o mesmo artigo refere que a *dor* aguda ocorre frequentemente no “pós-operatório”, sendo possível a sua classificação no eixo tempo – intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno de enfermagem (CIPE). O foco para descrever a *dor* no período pós-operatório é *dor* por ferida, que é uma *dor* “com origem numa ferida ou na periferia de uma ferida, consoante a natureza desta; é habitualmente descrita como uma *dor* aguda, cortante e lacerante, ou como uma *dor* embotada, surda, incómoda, com hipersensibilidade, a menos que a lesão tenha destruído as terminações nervosas e as sensações da *dor*” (ICN, 2011, p. 51). Sendo assim, quer a *dor* aguda quer a *dor* por ferida definem uma *dor* de início abrupto, associado a uma lesão potencial ou real (ferida cirúrgica). Ainda de acordo com os artigos, a *dor* pós-operatória é uma *dor* com um “início agudo com trauma cirúrgico, diminuindo gradualmente e terminando com recuperação do tecido”. É possível com os termos da CIPE, nomear os diferentes diagnósticos assinalados.
- **Dor oncológica:** foi outro foco que emergiu dos artigos e segundo o ICN, é “uma sensação concomitante de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade” (ICN, 2011, p. 51). Nos artigos analisados a *dor* oncológica “possui vários tipos de *dor*, variando em intensidade, frequência e localização”. Na definição da CIPE a *dor* oncológica pode ser “associada à disseminação invasiva de

células cancerígenas no corpo” (ICN, 2011, p. 51), sendo que na literatura “pode resultar da própria doença”. E ainda, segundo a CIPE, a *dor* oncológica pode ser uma “consequência do tratamento do cancro, como a quimioterapia, ou condições relacionadas com o cancro, como *dor* por ferida” (ICN, 2011, p. 51), o que é sobreponível ao descrito nos artigos. A definição do ICN contém todas as características deste tipo de *dor* no seu conceito.

- ***Dor visceral:*** que na CIPE se subdivide em cólica, dismenorreia, dispareunia e tensão pré-menstrual, surgiram apenas como **dismenorreia** e **cólica**. Dismenorreia para o ICN é uma “sensação de *dor* com origem em espasmos dos músculos uterinos” (ICN, 2011, p. 49); nos artigos analisados é referida como o tipo de *dor* resultado de uma “contração uterina espasmódica” e que se “caracteriza por uma *dor* uterina grave durante a menstruação”. Persistindo com a definição da CIPE, dismenorreia é uma “sensação que é habitualmente referida como contrações intensas tipo cólica, latejantes e sensação de desconforto no abdómen e região lombar” (ICN, 2011, p. 49); nos artigos a dismenorreia foi descrita como uma “*dor* afiada, latejante, ou *dor* maçante”, uma “*dor* associada com cólicas menstruais”; e caracteriza-se por ser uma “*dor* abdominal, imediatamente antes ou durante o fluxo menstrual”. A definição da CIPE engloba todas as características deste tipo de *dor*.

Em relação ao subtipo cólica e segundo a CIPE é um “desconforto ligeiro a intenso devido ao espasmo da musculatura lisa em órgãos ocos, como intestino, ureteres ou vias biliares” (ICN, 2011, p. 44) e segundo os artigos a cólica é o resultado de “contrações intestinais dolorosas”. A definição do ICN de *dor* visceral, comparativamente com as definições encontradas nos artigos apresenta-se mais completa e os termos são mais abrangentes.

- ***Dor vascular:*** que segundo o ICN é uma “sensação de *dor* com origem no sistema vascular em consequência de dilatação ou insuficiência vascular, possivelmente referida como uma *dor* latejante ou de esmagamento” (ICN, 2011, p. 51), subdividindo-se em isquémica e enxaqueca. Segundo os artigos a “cefaleia quanto ao diagnóstico e etiologia pode ser dividida em enxaqueca e cefaleia tensional”; dissecando estas subdivisões pode-se considerar a cefaleia como uma *dor* vascular que se pode subdividir em enxaqueca e cefaleia tensional.

Analisa-se agora a definição do subtipo enxaqueca: “sensação de *dor* com origem numa cefaleia unilateral recorrente” (ICN, 2011, p. 52). De acordo com os artigos a “enxaqueca está associada às variações hormonais relacionadas com o ciclo

menstrual”, ou seja, referem-se à sua causa. Enquanto na definição da CIPE a centralidade está no seu aparecimento; é “desencadeado por estímulos externos, como a luz, barulho ou odor, bem como estímulos internos, tais como intolerância alimentar, stresse ou outro tipo de *dor*, a sensação de *dor* pode ser antecipada por pródromos de clarões luminosos e aura. Esta sensação é habitualmente descrita como unilateral atroz, constritora, aniquilante, acompanhada de náuseas, vômitos, sede e de alterações do humor” (ICN, 2011, p. 52). Para além disso, nos artigos são apontadas outras características, cuja classificação é capaz de suprir: “pulsante/latejante e de intensidade moderada a grave”.

- **Dor músculo-esquelética:** de acordo com ICN subdivide-se em artrítica, muscular e óssea, no entanto, nos artigos a definição encontrada foi lombalgia. Analisando a definição de *dor* muscular da CIPE, que é a “sensação de *dor* com origem em tensões e esforços musculares associados ao exercício, infeções e doença músculo-esquelética; sensação habitualmente referida como uma câibra, uma *dor* compressiva e latejante, muitas vezes acompanhada de *dor* irradiada” (ICN, 2011, p. 50). No artigo a definição de lombalgia vai de encontro a definição anterior referindo que é um tipo de *dor* que “pode estar associada a entorses e distensões dos músculos e ligamentos” e que pode ser “aguda ou crónica nas regiões lombar ou sacral”. A definição de lombalgia encontrada no mesmo artigo, menciona que pode ter origem no “deslocamento do disco intervertebral e outras condições” estando de acordo com a definição de *dor* músculo-esquelética da CIPE que a refere como sendo uma *dor* “com origem nos músculos, articulações ósseas ou dentes; esta sensação é habitualmente referida como profunda, maciça e surda, ativada pelos movimentos de partes do corpo ou de todo o corpo, mas presente também nos períodos de repouso” (ICN, 2011, p. 51). A definição do ICN de dor muscular e dor músculo-esquelética é mais abrangente do que a encontrada nos artigos, e detém um conjunto de termos definidores completos.
- **Dor neurológica:** num artigo surge associada a uma “componente neurológica subjetiva e objetiva, inclusive de reflexos, força, pinos e sensibilidade de vibração e estudos de condução nervosa” indo de encontro à definição da CIPE de *dor* neurológica que refere esta *dor* com “origem em lesões que afetam os nervos periféricos” e que é “acompanhada por perturbações das sensações” (ICN, 2011, p. 51). Nos artigos as sensações são descritas como: reflexos, força, pinos e sensibilidade de vibração, alargando a possibilidade de descrição através de um leque maior de termos. A *dor* neurogénica pode também ter origem nos nervos

principais mas “surge associada a intervenções cirúrgicas ou a lesão cerebral” (ICN, 2011, p. 51).

No subcapítulo seguinte serão apresentados e analisados os focos da prática de enfermagem que resultam da análise dos artigos incluídos na revisão integrativa.

### 3.4 - Foco da Prática de Enfermagem

Dando seguimento à análise e tendo por base a CIPE foram verificados os focos da prática de enfermagem utilizados nos artigos da revisão integrativa, Tabela 12. Os focos mais referenciados foram a **dor crónica** e a **dor oncológica**, talvez revelando a incidência e prevalência destes dois tipos de *dor*, bem como as implicações que um controlo inadequado tem na qualidade de vida, produtividade e gastos em saúde, e nesta medida estimulando a investigação e a descoberta de formas de as atenuar. A prevalência de *dor* em doentes durante o tratamento do cancro vai desde 59%, com cancro metastizado, até 64 a 75% na fase terminal da doença (Meeker, Finnell e Othman, 2011). Num outro artigo, as taxas de prevalência durante o tratamento variam de 30 a 60% e na fase terminal da doença de 70 a 90% (Al Kalaileh e Al Qadire, 2011). A *dor* oncológica pode resultar da própria doença ou do tratamento (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia) (Wingart *et al.*, 2012). Por outro lado, a *dor* crónica tem um impacte negativo sobre o indivíduo que sofre desta condição (Fenwick, Chaboyer e John, 2012). É um grave problema de saúde em todo o mundo, causando sofrimento e incapacidade, sendo frequentemente mal tratada (Dysvik, Kvaloy e Natvig, 2012).

A **dor aguda** não tratada foi abordada como tendo um impacte negativo sobre a saúde, qualidade de vida, emprego, produtividade e utilização de cuidados de saúde. No entanto, apesar das tentativas internacionais para melhorar a gestão da *dor*, as evidências indicam que continua a ser sub-tratada (Stenner, Carey e Courtenay, 2012; Lindberg e Engstrom, 2011). Também é reforçada a ideia da importância de uma eficaz gestão da *dor* aguda, no sentido de impedir que se torne persistente e crónica (Harmom *et al.*, 2012).

A **dor visceral** foi referida no seu subtipo de cólica e dismenorreia; a dispareunia e tensão pré-menstrual não foram referidas em nenhum artigo.

A **dor neurogénica** foi abordada num artigo; por outro lado a **dor de trabalho de parto** não foi referenciada em nenhum artigo.

A **dor músculo-esquelética** foi referida em três artigos. Apesar de ter um prognóstico favorável é experienciada por um grande número de doentes; 80% da

população experimental um episódio agudo de *dor* músculo-esquelética, e 5% desenvolve *dor* crónica após o episódio agudo (Pavarini *et al.*, 2012). Acima de tudo é uma *dor* altamente prevalente, um problema de saúde global associado a níveis elevados de incapacidade e sofrimento (Griffin, Harmon e Kennedy, 2012).

No que diz respeito à ***dor vascular*** foi referida em três artigos no subtipo enxaqueca. Segundo a OMS a enxaqueca afeta dois terços dos homens e mais de 80% das mulheres nos países desenvolvidos. É responsável por uma alta incapacidade, maior vulnerabilidade e redução da qualidade de vida, e é dispendiosa para a sociedade, devido à sua prevalência e implicações de absentismo no trabalho e na atividade social.

A ***dor cutânea*** (por ferida) foi referida em dez artigos, denominada por *dor* pós-operatória, no entanto, como exposto anteriormente a designação *dor* pós-operatória está a usar termos da duração (período pós-operatório) e não do tipo de *dor*, que tem como causa uma ferida. Esse tipo de *dor* provoca várias respostas fisiológicas que podem ser prejudiciais para os doentes, e tem neles um profundo impacto psicológico. Apesar dos avanços na analgesia e nas técnicas multimodais avançadas, a *dor* pós-operatória continua a ser subtratada. Vários estudos referem que cerca de 80% de doentes sentem *dor* nas primeiras 24 horas de pós-operatório e que 60% dos doentes que experimentam *dor* pós-operatória foram tratados inadequadamente (Yin, Tse e Wong, 2012). A gestão da *dor* pós-operatória tem como finalidade impedir os efeitos colaterais da *dor*, para a recuperação e reduzir custos do tratamento. Apesar do significativo desenvolvimento tecnológico e da investigação sobre o controlo da *dor*, a *dor* pós-operatória não pode ser eliminado na maioria dos doentes (Topcu e Findik, 2012).

**Tabela 12 - Focos presentes nos artigos.**

<b>Focos</b>	<b>Nº de Artigos</b>
<b>Dor Aguda</b>	9
<b>Dor Crónica</b>	14
<b>Dor músculo-esquelética</b>	3
<b>Dor vascular</b>	3
<b>Dor cutânea</b>	10
<b>Dor neurogénica</b>	1
<b>Dor oncológica</b>	13
<b>Dor visceral</b>	4
<b>Total</b>	57

No subcapítulo seguinte são apresentados os beneficiários (ex. Membro da Família Prestador de Cuidados).

### 3.5 - Clientes dos cuidados

Da análise dos artigos da revisão integrativa relativamente ao eixo cliente, quatro estudos abordam o Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC), como “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2011, p. 115). Nos restantes estudos o cliente foi o indivíduo. Nenhum estudo referiu a comunidade, a família ou o prestador de cuidados. A prestação de cuidados é uma tarefa intrínseca ao ser humano e à sua vida social. O ato de *tomar conta* de alguém emerge quando um indivíduo que nos é próximo precisa de ajuda na realização dos autocuidados, devido por exemplo a uma diminuição da sua capacidade funcional, tendo como origem uma doença aguda ou crónica, ou pela debilidade associada ao envelhecimento (Pereira, 2009). No entanto, a família é uma “instituição” inserida num processo de mudança e de adaptação às novas realidades sejam elas o aumento da esperança de vida e consequente aumento do número de doentes com dependência nos autocuidados, ou alterações na constituição da família deixando de existir a família tradicional, passando a existir uma família mononuclear ou mesmo desfragmentada (Campos, 2008). Contrapondo para o fenómeno em estudo, a *dor*, a maioria dos artigos dedicou-se ao estudo no indivíduo para aumentar o conhecimento sobre a forma como a experiência de *dor* é vivenciada. No entanto, em quatro artigos o MFPC foi o alvo do estudo indo de encontro à crescente importância que lhe tem sido atribuída (Pereira, 2009; Petronilho, 2007; Campos, 2008; Lage, 2007), na prestação de cuidados a nível das diversas dependências nos autocuidados. Nestes artigos foram essencialmente abordadas as implicações da *dor* nas limitações dos autocuidados e as necessidades dos MFPC na gestão da *dor* e dos regimes terapêuticos. A ausência de artigos com a comunidade como alvo, talvez tenha que ver com o facto do apoio existente na comunidade, para a gestão da *dor*, ainda esteja numa fase embrionária.

No subcapítulo seguinte serão descritos os juízos para o foco *dor* que emergiram dos artigos da revisão integrativa.

### 3.6 - Juízo para o Foco *Dor*

Segundo o ICN, o juízo é uma “opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem sobre o estado de um fenómeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau de manifestação do fenómeno de enfermagem” (ICN, 2005, p. xv). Da análise dos artigos foi possível perceber a utilização de trinta e quatro juízos diferentes, relativos à intensidade da *dor*. No entanto, existem dois que foram referidos na maioria dos artigos, o juízo **leve** (17 vezes) e o juízo **moderado** (16 vezes). Por semelhanças de significado relativamente ao juízo **grave** agrupamos os seguintes juízos: pior *dor*-9 artigos, severa-6 artigos, horrível/insuportável-8, grave-8 artigos. Os restantes vinte e sete juízos foram referidos na maioria das vezes por apenas um artigo e são somente variações de adjetivos com os mesmos significados dos juízos referidos com maior frequência. Na CIPE o juízo-gravidade subdivide-se em ligeiro, moderado e grave, o que vai de encontro aos juízos referidos nos artigos da revisão integrativa. O juízo leve referido nos artigos associa-se a juízo **ligeiro** da CIPE; o juízo **moderado** referido nos artigos é igual ao juízo moderado da CIPE; e por último, o juízo **grave** também foi usado nos artigos mas houve uma maior dispersão no uso de outros juízos com semelhantes significados ou maior granularidade.

Na CIPE o juízo-gravidade possui três graus, ao passo que nos artigos os juízos variaram de dois (Leve/moderado e grave E101; Suportável e Insuportável E103 E106) até onze graus (0=Sem dor, 1=dor leve, 2=muito desconfortável, 3=dor tolerável, 4=doloroso, 5 =muito doloroso, 6=dor intensa, 7=dor muito intensa, 8=dor absolutamente horrível, 9=dor insuportável e 10=inimaginavelmente dor E89), no entanto, a maioria dos artigos também referiram três graus, Tabela 13. Com quatro juízos, conforme existe na CIPE versão Beta 2 (reduzido, moderado, elevado e muito elevado) é possível englobar graduações de gravidade dentro de alguma amplitude, o que pode ser feito localmente, ainda que respeitando a melhor evidência disponível, quando existe; pode-se convencionar, por exemplo, que a uma pontuação de 0 a 3 numa escala de monitorização da *dor*, corresponda a *dor reduzida*.

**Tabela 13 – Graus de juízo referidos nos artigos.**

<b>Graus de juízo</b>	<b>Nº de artigos</b>
<b>Dois</b>	3
<b>Três</b>	11
<b>Quatro</b>	6
<b>Cinco</b>	4
<b>Seis</b>	2
<b>Onze</b>	1
<b>Total</b>	27

No último subcapítulo será apresentado o período de tempo ou duração da *dor* nos artigos incluídos na revisão integrativa.

### **3.7- O Tempo na Caracterização da Dor**

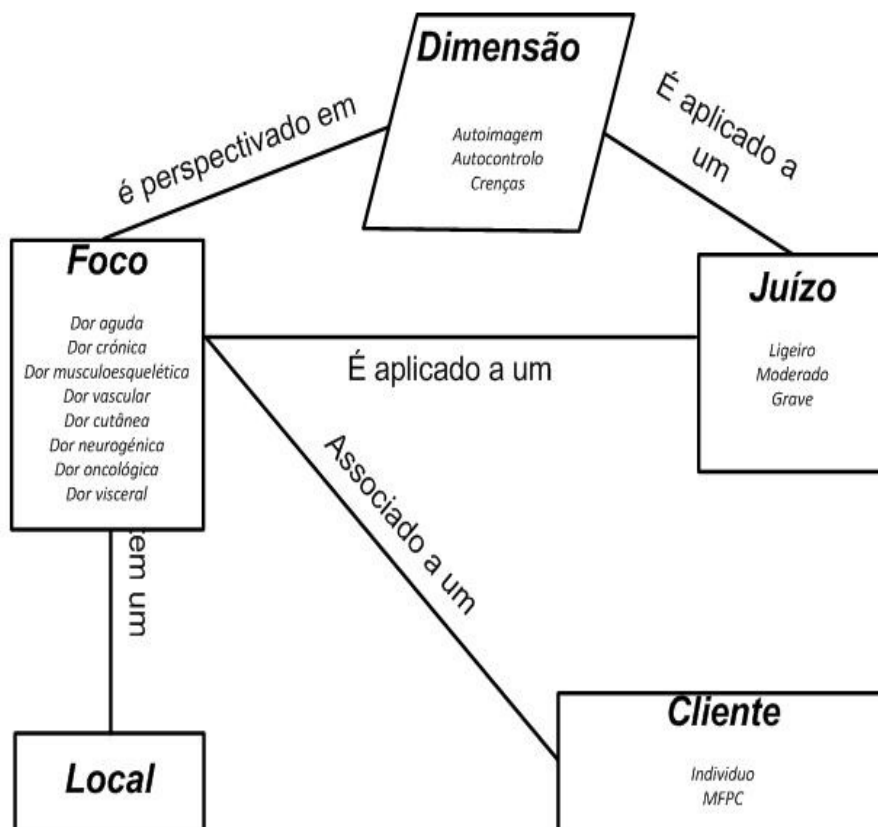
Da análise ao eixo tempo o mais usado é o referente ao início do fenómeno-**crónico** porque “ocorre ao longo do tempo, com duração prolongada” (ICN, 2011, p. 103), seguido do **agudo** pois surge de uma “ocorrência abrupta, num curto intervalo de tempo” (ICN, 2011, p. 103). Em relação à sequência de tempo em que o fenómeno ocorre, cinco artigos referiam-se ao estudo da *dor contínua* que “ocorre sem parar, uma sequência ininterrupta” (ICN, 2011, p. 103) e os mesmos estudos referiam a *dor intermitente*: “interromper ou efetuar pausa em intervalos” (ICN, 2011, p. 103). Quanto à **frequência** da ocorrência da *dor* foi apenas referido num estudo como sendo o “número de ocorrências durante um dado período de tempo”; para o ICN é o “número de repetições por unidade de tempo” ICN, 2011, p. 103), Tabela 14. Não existem diferenças fundamentais entre as definições do ICN e as encontradas nos artigos.

**Tabela 14 – O tempo na caracterização da Dor.**

<b>Eixo tempo</b>	<b>Nº de artigos</b>
<b>Agudo</b>	11
<b>Crónico</b>	13
<b>Intermitente e contínua</b>	5
<b>Frequência</b>	5
<b>Total</b>	30

A norma ISO 18104 e a CIPE, nortearam a análise e categorização da informação obtida nos artigos. Tendo por base esse modelo, foram identificados 9 focos, abrangendo a totalidade dos focos referidos na CIPE, com a exceção da *dor* por trabalho de parto. Relativamente às dimensões, emergiram quatro. Os artigos utilizaram uma variedade de juízos para caracterizar o foco, no entanto, a maioria dos artigos utilizou o juízo gravidade para quantificar a intensidade da *dor*, subdividido em três graus (ligeiro, moderado e grave). O cliente da maioria dos artigos foi o indivíduo e uma pequena parte dos artigos dedicaram-se ao estudo dos membros de família prestadores de cuidados, o que traduzirá a sua crescente mas ainda incipiente importância. Na Figura 4 procura-se fazer a síntese dos elementos encontrados nesta revisão, segundo a categorização da norma ISO 18104.

**Figura 4 - Adaptação do modelo de terminologia de referência para caracterização dos conceitos e termos associados à dor segundo a Norma ISO 18104.**



## CAPÍTULO 4: CONCLUSÃO

Neste capítulo serão apresentadas as considerações finais referentes ao estudo realizado, tendo em consideração os objetivos que nortearam a sua realização. As apreciações expostas são o produto de uma interpretação que realizamos, preponderada pelo contexto onde está inserida e influenciada pelas circunstâncias envolventes

Tendo como referência os objetivos delineados importa realçar que:

- Emergiram dos artigos três dimensões associadas ao diagnóstico *dor*: Crenças, Autoimagem e Autocontrolo;
  - Essas quatro dimensões provocam interferências na *dor* em diferentes níveis, mas a *dor* condiciona essas quatro dimensões também de distintas formas.
- Da conjugação dos artigos foram identificadas oito *dimensões* do conceito de *dor*: fisiológica, afetiva, cognitiva, comportamental, sensorial, sociocultural, psicológica e espiritual;
- A *dor* expressa-se e manifesta-se através de *indicadores comportamentais*, como as vocalizações/verbalizações, expressões faciais e expressões corporais; e por *indicadores fisiológicos* associados a três processos corporais: processo do sistema circulatório, processo do sistema respiratório e processo do sistema gastrointestinal;
- Emergiram nove termos para descrever as características qualitativas da *dor*: aguda, formigueiro, lancinante, espasmódica, violenta, apunhalante/esfaqueante, sensação de queimadura, sensação de peso e latejante;
- A *dor* tem impacte nos autocuidados, na qualidade do sono, no domínio psicossocial e espiritual;

- A escolha do instrumento de avaliação deve ser adequada ao tipo de *dor*, à idade do doente e à sua situação clínica;
- Os instrumentos para avaliar a intensidade da *dor* devem ser preferencialmente de autoavaliação (padrão de ouro);
- Nos doentes com alterações cognitivas e/ou com incapacidade de comunicação e nas crianças pré-verbais a avaliação da *dor* passa pelo uso de escalas de heteroavaliação.

Finalmente e, apesar das limitações que decorrem deste estudo estar inserido num percurso académico, com um tempo definido e de ter-se utilizado uma amostra temporal que capaz de ser gerível por um investigador, foi possível perceber que a ontologia que é a CIPE, abarca os conceitos e os termos adequados para descrever de uma forma completa as necessidades em cuidados relacionados com o fenómeno *dor*. Reconhecemos que são necessários estudos similares e complementares a este, bem como outros que analisem a documentação produzida pelos enfermeiros que utilizam a linguagem CIPE, no sentido de validarem e acrescentarem dados aos que aqui se apresentam, por forma a se evoluir para a construção de Modelos Clínicos de Dados.

Mesmo defendendo que as considerações finais deste estudo devam ser usadas com prudência, temos a convicção de ter dado um passo importante no sentido da nossa intenção inicial.

## BIBLIOGRAFIA

ALCÂNTARA, Marcus Alessandro - *O efeito mediador das crenças e atitudes frente à dor na relação entre dor crônica e incapacidade em trabalhadores com ler*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2008.

AL KHALAILEH, M.; AL QADIRE, M.-Barriers to cancer pain management: Jordanian nurses' perspectives. *International Journal Of Palliative Nursing*, 2012. 18(11), 535-540.

ALVES, V. S. [et al.]- Conhecimento de Profissionais da Enfermagem sobre Fatores que Agravam e Aliviam a Dor Oncológica .*Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57(2):199-206.

ANGELONI, M. – Elementos intervenientes na tomada de decisão. Brasília: *Revista Ciência e Informação*, 2003, V.32, nº1 (jan./Abr.), p. 17-22.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR- O que é a dor. [Em linha]. 2013. [Consultado em Fevereiro de 2013]. Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c&id=1afa34a7f984eeabdbb0a7d494132ee5>

AZEVEDO, Paulo - *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.2010.

- BACKMAN, K. & HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, Sep; 30 (3), 564, 1999.
- BANDURA, A.-*Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.1986.
- BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATALHA, L. ; SANTOS, L. A. ; GUIMARÃES, H.- Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2005. Vol. 36, nº 4, p. 201-207.
- BEALE, T. - Synopsis The Health Record – why is it so *hard*? *IMIA Yearbook of Medical Informatics 2005: Ubiquitous Health Care Systems*. Haux R, Kulikowski C, editors. Stuttgart: Schattauer; 2004. p. 301-304.
- BECK, C.T. - Facilitating the work of a meta-analyst. *Research in Nursing and Health* 22, 1999. p. 523–530.
- BEYAEA, S.C.; NICOLL, E.L.H. - Writing integrative review. *Aorn J*. 1998; 67(4), p. 877-80.
- BRADLEY, L. A. – Pain. *Clinical Care in the rheumatic diseases*. 1996. Atlanta: American College of Rheumatology. P. 111-115.
- BRAGA, A.- A gestão da informação. *Millennium Internet*, Viseu, nº 19, Junho. [Em linha], 2000. [Consultado em 27 Maio de 2013].Disponível em: [http://www.ipv.pt/millennium/19\\_arq1.htm](http://www.ipv.pt/millennium/19_arq1.htm)
- BRIGGS, Andrew M.-Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *PAIN*.Volume 150, Issue 2, August 2010, Pages 275–283.
- BRITO, M. – A representação do juízo diagnóstico em enfermagem – dos dados – “matéria prima” – aos juízos dos enfermeiros sobre os seus focos da prática, Porto. [s.n.], 2004. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências da enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- BROOME, M.E. - *Integrative literature reviews for the development of concepts*. In *Concept Development in Nursing*, 2nd edn (Rodgers B.L. & Knafel K.A., eds), W.B. Saunders Co., Philadelphia, PA, 1993 p. 231–250.
- BROWN, S.J. - *Knowledge for Health Care Practice: A Guide to Using Research Evidence*. WB Saunders Co., Philadelphia, PA.1999.

BROWN, S.A., UPCHURCH, S.L. & ACTON, G.J. - *A framework for developing a coding scheme for meta-analysis*. Western Journal of Nursing Research 25, 2003. p. 205–222.

CAMPOS, M. – *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado: impacto da ação do enfermeiro no processo de transição*. Tese de mestrado apresentado na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Saúde. Porto. 2008.

CAMPOS, Tânia Emília Figueiredo – *Dificuldades Manifestadas pelos enfermeiros na avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência*. Tese de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, apresentada na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. 2012.

CHICK, N.; MELEIS, A.- *Transitions: a Nursing Concern*. Nursing Research Methodology. Rockeville: Aspen, 1986, p. 237-257.

CLEELAND, C.S.; RYAN, K.M.- *Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory*. *Ann Acad Med Singapore* 23(2): 129-138, 3/1994.

CONN, V.S.; RANTZ, M.J.-*Managing primary study quality in meta-analyses*. Research in Nursing and Health 26, 2003.p. 322–333.

CONN, V.S., [et al.] - *Beyond MEDLINE for literature searches*. Journal of Nursing Scholarship 35, 2003a.p. 177–182.

CONN, V.S., [et al.]- *Grey literature in meta-analyses*. Nursing Research 52, 2003b. p. 256–261.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta2*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Em linha] 2010. [Consultado em 28 Março de 2013]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

COOPER, H. - *Synthesizing Research: A Guide for Literature Reviews*, 3rd edn. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.1998.

CORREIA, Cristina Isabel Moreira - *Fatores que influenciam os enfermeiros na adoção de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor do recém-nascido*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. 2011.

CUNHA, Teresa - Características e tratamento da dor irruptiva. [Em linha] ROF98 Maio/Agosto 2011. [Consultado em Maio de 2013]. Disponível em: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc6283.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc6283.pdf)

DEGOOD, D.E. & SHUTTY, M.S. – Assessment of pain beliefs, coping, and Self-Efficacy, In: Turk, D.C. & Melzack, R. (eds.): *Handbook of Pain Assessment*. Guilford, New York, pp. 214-35, 1992.

DIJK, J. F. M. [et al.]-The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 2012. 21 (21/22), 3018-3024

DYSVIK, E.; KVALØY, J. T.; NATVIG, G. K.-The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6- and 12-month follow-up study. *Journal Of Advanced Nursing*, 2012. 168 (5), 1061-1072.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. – *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo*. Lisboa: Lusodidata, 1992.

DOLIN, S.J.; CASHMAN, J.N.; BLAND, J.M. - Effectiveness of acute postoperative pain management: evidence from published data. *Br J Anesth*. 2002; 89: 409-423.

DUDECK, J. – Aspects of implementing and harmonizing healthcare communication standarts. *International Journal of Medical Informatics*, Volume 48, Issues 1-3, February, 1998, p. 163-171.

ESTABROOKS, C.A. - Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research* 30, 1998.p. 15–36.

EVANS, D.; PEARSON, A. - Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *Journal of Clinical Nursing* 10, 2001.p. 593–599.

FENWICK, C.; CHABOYER, W.; ST JOHN, W.-Decision-making processes for the self-management of persistent pain: A grounded theory study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 2012. 42 (1), 53-66.

FORTIN, M. F. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009.

GANONG, L.H. - Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing and Health* 10, 1987. p. 1–11.

GARRARD, J. - *Health Sciences Literature Review Made Easy: The Matrix Method*, 2nd edn. Aspen Publication, Gaithersburg, MD.2004.

GINNEKEN, A. – The computerized patient record: balancing effort and benefit. *International Journal of Medical Informatics*, Volume 65, Issues 2, June, 2002, p. 97-119.

GLASER, B.G. - *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. The Sociology Press, Mill Valley, CA.1978.

GOOSSEN, W. - Nursing information management and processing: a framework and definition for systems analysis, design and evaluation. *International Journal of Bio-Medical Computing*, 40, 1996.p. 187-195.

GOOSSEN, W. - Uso de registos eletrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. *Enfermagem*, 18 (2ª série), (Abr. /Jun.), 2000a, p. 5-22.

GOOSSEN, W. - *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Amsterdam, Netherlands: Gegevens Koninklijke Bibliiltheek Den Haag.2000b.

GOOSSEN, William; BAREMANS, Anneke Goossen; VAN DER ZEL, Michael - *Detailed Clinical Models: A Review Health Informatic Reserch*. 2010 December; 16(4):201-214.

GREENHALGH, T. - Papers that summarize other papers (systematic reviews and meta-analyses). *British Medical Journal* 315,1997, p. 672– 675.

GUARDA, H. – Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente – Escala Doloplus 2. in Revista DOR, 2007, Vol.I , n.º 15, pág. 42-47.

GRIFFIN, D. W.; HARMON, D. C.; KENNEDY, N. M.-Do patients with chronic low back pain have an altered level and/or pattern of physical activity compared to healthy individuals? A systematic review of the literature. *Physiotherapy*, 2012. 98 (1), 13-23

GUINSBURG, R.; CUENCA, M. C. – A linguagem da dor no recém-nascido [Em linha]. 2010 [Consultado em Maio de 2013]. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/pdfs/doc\\_linguagem-da-dor-out2010.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf).

HARMON, J. R. [et al.]- Efficacy of the use of evidence-based algorithmic guidelines in the acute care setting for pain assessment and management in older people: a critical review of the literature. *International Journal Of Older People Nursing*, 2012. 7 (2), 127-140.

HASLAM, L. [et al.]- Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal Of Advanced Nursing*, 2012.68 (5), 1082-1089.

HANSON, S. – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família – Teoria, Prática e Intervenções*. 2ª Ed., Loures: Lusociência.2005.

HOVENGA, E.; GARDE, S.; HEARD, S. – Nursing Constraint Models For Electronic Health Records: A Vision for Domain Knowledge Governance. *International Journal of Medical Informatics*. Vol. 74, 2005, p. 886-898.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) – *Assess the person, not just the pain*. *PAIN: Critical Updates*, vol I, Issue 3, September 1993.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) – *Global Year Against Acute Pain - Interventions: Benefits and Barriers*. [Em linha].2011. [Consultado a 9 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iasp-pain.org>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) – *Global Year Against Acute Pain - Because there are gaps between evidence and practice?* [Em linha].2011. [Consultado a 9 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iasp-pain.org>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) - *Global Year Against Acute Pain – Facts Sheets* [em linha]. 2011 [Consultado a 9 Maio de 2013]. Disponível em WWW:< URL: <http://www.iasp-pain.org>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) - *Global Year Against Acute Pain – Resources* [em linha]. 2011 [acesso em 9 de Maio de 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.iasp-pain.org>

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) - *TR 9007, Information Processing Systems-Concepts and Terminology for the Conceptual Schema and the Information Base*, 1987.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) - *Technical Report (ISOTR20514) - Health Informatics-Electronic Health Record- Definition, Scope, and Context*. [Em linha]. 2005.[Consultado em 20 Abril de 2013]. Disponível em: [http://tc215.behdasht.gov.ir/uploads/244\\_514\\_ISO\\_TR\\_20514\\_2005\(E\).pdf](http://tc215.behdasht.gov.ir/uploads/244_514_ISO_TR_20514_2005(E).pdf)

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) - *ISO/TS18308, Health Informatics, Requirements for an electronic health record architecture*.2011.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) - *ISO/FDIS 18104, Health Informatics, Integration of a Reference Terminology Model for Nursing*, [Em linha]. 2003. [Consultado em 20 Abril de 2013]. Disponível em: [http://www.umed.pl/pl/akt/inf\\_tmp/2013/ISO\\_18104\\_2003\\_ICNP.pdf](http://www.umed.pl/pl/akt/inf_tmp/2013/ISO_18104_2003_ICNP.pdf)

JACKSON, G. - *Methods for integrative reviews*. Review of Educational Research 50, 1980. P. 438–460.

JADAD, A.R.; MOHER, D.; KLASSEN, T.P. - *Guides for reading and interpreting systematic reviews: II. How did the authors find the studies and assess their quality?* Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 152, 1998. p. 812–817.

JCAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Pain current understanding of assessment, management and treatments* [Em linha] 2010. [Consultado em Fevereiro 2013] Disponível em: [www.reliefinsite.com/downloads/pain](http://www.reliefinsite.com/downloads/pain).

JCR; JCI - *Pain Management: A Systems Approach to Improving Quality and Safety*. 2010. Janssen Pharmaceuticals.

KANFER, R.; ACKERMAN, P. L.-*Motivation and cognitive abilities: An integrative/aptitude-treatment interaction approach to skill acquisition*. *Journal of Applied Psychology - Monograph*, 74, 1989. P. 657-690.

KANFER, F. H.; GAELICK, L. – Self management methods – helping people change. 1986. New York: Pergamon. P. 283-345.

KAPPEN, T. H. [et al.]-Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 2012. 49 (1), 65-71.

KAZANOWSKY, Mary; LACETTI, Margaret Saul – Dor: Fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S.A.; 2005.

KIRKEVOLD, M. - Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 25, 1997. p. 977–984.

KNAFL, K.A.; WEBSTER, D.C. – Managing and analyzing qualitative data: a description of tasks, techniques, and materials. *Western Journal of Nursing Research* 10, p. 195-210.

LAGE, M. I. – Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacto do Cuidado no Cuidador Informal. Tese de Mestrado apresentado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto, 2007.

LATORRE, M. I. [et al.]-Validation of the Scale of Behavior Indicators of Pain (ESCID) in critically ill, non-communicative patients under mechanical ventilation: results of the ESCID scale [Spanish]. *Enfermería Intensiva*, 2011. 22 (1), 3-12.

LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. - *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Comp. 1984.

LEMOS, Adail Ivan - *Dor crônica: diagnóstico, investigação e tratamento*. São Paulo : Atheneu, 2010.

LIN, P.C. [et al.]-Predictors of pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. *Journal Of Clinical Nursing*, 2011. 20 (13/14), 1849-1857.

LINDBERG, J.-O.; ENGSTRÖM, Å.- Critical Care Nurses' Experiences: “A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management”. *Pain Management Nursing*, 2011. 12(3), 163-172

LINDEN, Helma van der; AUSTIN, Tony; TALMON, Jan - *Generic screen representations for futureproof systems, is it possible? There is more to a GUI than meets the eye.* computer methods and programs in biomedicine 9 5. 2 0 0 9.p. 213–226.

LORENZI, M.; RILEY, R. – Organizational ISSUES- change. *International Journal of Medical Informatics*, Volume 69, Issues 2-3, March, 2003, p. 197- 203.

MACINTYRE, P.E.; SCOTT, D.A.; SCHUG, S.A., [et al.]- *Acute pain management: scientific evidence*, 3rd edition. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine [Em linha]. 2010 [Consultado em 9 Maio de 2013]. Disponível em <http://www.anzca.edu.au/fpm/resources/books-and-publications>.

MACRAE, W.A.- Chronic post-surgical pain: 10 Years on. *Br J Anaesth*. 2008; 101. P. 77-86.

MARTINS, G. A.; LINTZ, A. - *Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de cursos*. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, M.; TRAVANCA, G. - *A caminho do cuidar em enfermagem...um outro olhar à pessoa com dor*. Dor. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 11 (4),2003.p. 23-28.

MCCAFFERY, M.; BEEBE, A. - *Pain: Clinical Manual*, 2nd edn. St Louis: The C.V. Mosby Company.1999.

MCAULIFFE, L.; BROWN, D.; FETHERSTONHAUGH, D.-Pain and dementia: an overview of the literature. *International Journal Of Older People Nursing*, 2012. 7 (3), 219-226.

MCDONALD, D. D.; GIFFORD, T.; WALSH, S. -Effect of a virtual pain coach on older adults' pain communication: a pilot study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 2011. 12(1), 50-56.

MCGUIRE, D. B. [et al.]-Assessing Pain in Nonresponsive Hospice Patients: Development and Preliminary Testing of the Multidimensional Objective Pain Assessment Tool (MOPAT). *Journal Of Palliative Medicine*, 2011. 14 (3), 287-292.

MELEIS, A ; SAWYER, L; Im, E-O; MESSIAS, D; SCHUMACKER, K - Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* Sep 2000; 23, (1), p. 12- 28.

MEEKER, M. A.; FINNELL, D.; OTHMAN, A. K.-Family caregivers and cancer pain management: a review. *Journal Of Family Nursing*, 2011. 17(1), 29-60.

MESKO, P. J. [et al.]-Use of Picture Communication Aids to Assess Pain Location in Pediatric Postoperative Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2011. 26 (6), 395-404.

MELZACK, R.; CASEY, K.L. - *Sensory, motivational and central control determinants of chronic pain: A new conceptual model*. In: Kenshalo DR. *The skin senses: Proceedings of the first International Symposium on the Skin Senses, held at the Florida State University in Tallahassee, Florida. 1968*. p. 432.

MELZACK, R. – The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1: p. 277-299.

MELZACK, R.; WALL, P.D. – *The Challenge of Pain*. 2nd ed. London, Penguin Books, pp. 15-33, 1991.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M.- Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4). P. 758-64.

MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai – *Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. In *Classification of chronic pain*. 2ª ed., pp. 209-214. 1994. Seattle, WA: IASP Press.

MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. - *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA. 1994.

MONROE, T. [et al.]-Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life. *Journal Of Advanced Nursing*, 2012. 68 (9), 2070-2078.

MORENO, Adélia Sofia Machado e Silva - *O controlo da dor em neonatologia: intervenções não farmacológicas*. Tese de mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, apresentada na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. 2012.

MORRISON, R.S.; FLANAGAN, S.; FISCHBERG, D. [et al.]- A novel interdisciplinary analgesic program reduces pain and improves function in older adults after orthopedic surgery. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57. P. 1–10.

MOSQUERA, Juan Jose Mourinõ; STOBAUS, Claus Dieter – *Autoimagem, autoestima e autorrealização na Universidade*. 2ª edição. Edipucrs. 2008.

NPC; JCAHO - Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. 2001. National Pharmaceutical Council

NPC; JCAHO - Improving the Quality of Pain Management Through Measurement and Action. 2003. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

OJUGAS, A. C. A dor através da história e da arte. Cleveland: Atlas Medical Publishing; 1999. 159 p.

O'MATHUNA, D.P. - Evidence-based practice and reviews of therapeutic touch. *Journal of Nursing Scholarship* 32, 2000, p. 279–285.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Dor: Guia Orientador De Boa Prática*. Lisboa.2008. Cadernos OE. Série I. Numero 1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. [em linha] 2007 [Consultado em 6 de Junho de 2013]. Disponível em WWW: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Resumo Mínimo de dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. [em linha] 2007 [Consultado em 6 de Junho de 2013]. Disponível em WWW: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)

OREM, D.; *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. p. 131– 161. Barcelona: Masson. 1991.

OXMANN, A.D. - Checklists for review articles. *British Medical Journal* 309, 1994. P. 648–651.

PADILHA, J. – *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa, Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*, Porto. [s.n.], 2006. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

PATTON, M.Q. - *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3rd edn. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.2002.

PAVARINI BORGES, T. [et al.]-Massage application for occupational low back pain in nursing staff. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 2012. 20 (3), 511-519.

PEREIRA, F.- Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de Enfermagem. Porto, 2009.

PEREIRA, Filipe Miguel Soares - *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros-Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2007.

PEREIRA, Filipe Miguel Soares – *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem*, Porto. [s.n.], 2001. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

PEREIRA, Isabel Maria Gomes - *A dor no exercício profissional do enfermeiro, num serviço de urgência: processo de tomada de decisão, fatores inibidores e estratégias de melhoria*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto 2011.

PETRONILHO, F. – *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.2007.

PIMENTA,Cibele Andrucio de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da - Crenças em dor crónica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006, 40 (3),p. 365-373.

PIMENTA, C.A.M.- *Atitudes de doentes com dor crónica frente à dor* [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999

PIMENTEL, F.L.- *Qualidade de Vida e Oncologia*. 2006. Coimbra: Almedina.

PORTUGAL. Ministério da Saúde- Direção Geral de Saúde – Plano Nacional de Luta Contra a Dor – [em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2001. [Consultado a 12 de Janeiro de 2013]. Disponível em WWW: <URL: [URL:http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf)

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa Nº 09/ DGCG de 14 /06/2003, *A Dor como 5ª sinal vital*. [Em linha]. Lisboa. 2003. [Consultado a 1 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: [http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – Dor. [Em linha]. Lisboa. 2005. [Consultado a 12 Julho 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/cuidados+paliativos/dor.htm>>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa Nº 11/ DSCS de 18 /06/2008, *Programa Nacional de Controlo da Dor*. [Em linha]. Lisboa. 2008. [Consultado a 1 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: [http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. ACSS – RSE – Registo de Saúde Eletrónico, R1: Documento de Estado da Arte. 2009.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa Nº 003/2012 de 19 /10/212, *Organização das Unidades Funcionais da Dor Aguda*. [Em linha]. Lisboa. 212. [Consultado a 1 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: [http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)>

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Manual de normas de enfermagem: Procedimentos técnicos*. [Em linha]. Lisboa 2008. 2ª Edição. [Consultado a 1 Julho de 2013]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Manual%20Proc\\_Enfermagem.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Manual%20Proc_Enfermagem.pdf)>

POZZA, D.H.; CASEIRO, J.M.; AZEVEDO, L.F. [et al.]- *Estudo epidemiológico prospetivo e multicêntrico sobre dor aguda pós-operatória em Portugal – resultados preliminares* [em linha]. Outubro de 2010. [acesso em 8 Maio de 2013]. Disponível em

[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Ffiles.mafvalente.webnode.com.pt%2F200000070-233a624346%2FLivro%2520do%2520Congresso.pdf&ei=DNCLUfKOPKrg7QaguYDgDw&usq=AFQjCNE0xZBms\\_ck73XFj1xFZ0m3aV-KoA&sig2=nJgRU\\_KMMkD8TWFD2a9SiA&bvm=bv.46340616,d.ZWU](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Ffiles.mafvalente.webnode.com.pt%2F200000070-233a624346%2FLivro%2520do%2520Congresso.pdf&ei=DNCLUfKOPKrg7QaguYDgDw&usq=AFQjCNE0xZBms_ck73XFj1xFZ0m3aV-KoA&sig2=nJgRU_KMMkD8TWFD2a9SiA&bvm=bv.46340616,d.ZWU)

RAWAL, N. – Organization, function and implementation of Acute Pain service. *Anesthesiol Clin N Am*. 2005; 23: 211-225.

RIBEIRO, Ana Leonor; CARDOSO, Alexandrina – Dor: um foco da prática dos enfermeiros. *Revista DOR*. Vol 15, nº1, 2007, p. 6-15.

ROGERS, C.R. – *Psicoterapia e consulta psicológica*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fonte. 2005.

ROULIN, M.J.; RAMELET, A.S.-Pain indicators in brain-injured critical care adults: an integrative review. *Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*, 2012. 25(2), 110-118.

RUDIO, F.V. – *Orientações não diretiva: na educação, no aconselhamento e na psicoterapia*. 14ª ed. Petrópolis:vozes. 2003.

SANDELOWSKI, M. - Qualitative analysis: what it is and how to begin. *Research in Nursing and Health* 18, 1995, p. 371–375.

SANTOS, Emanuel Francisco Morgado dos - *Dor crónica dos mais velhos: adaptação de instrumentos de avaliação da dor e papel do enfermeiro*. Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 2007.

SANTOS, Marcelo Rodrigues dos - *Sistema de registo eletrónico de saúde baseado na norma ISO 13606: aplicações na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais Belo Horizonte*. 2011.

SARTI, Cynthia A. -A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade* 10 (1):3-13, 2001

SAVOIA, G.; ALAMPI, D.; AMANTEA, B. [et al.]- *Postoperative pain treatment: SIAARTI Recommendations 2010 (Shortversion)*. *Minerva Anesthesiol* 2010; p. 76:657-667.

SCHUG, S.A.- 2011 The Global Year Against Acute Pain. *Anaesth Intensive Care*. 2011;39. P. 11-14.

SCHUG, S.A.; POGATZKI-ZAHN, E.M.- *Chronic Pain after surgery or injury*. *Pain: Clinical Updates* [em linha]. 2011;xix(1).[acesso em 8 de maio 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.iasp-pain.org>

SCHUMACHER, Karen; MELEIS, Afaf-Transitions: a central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*.Indianápolis.Vol.26, Nº 2, 1994 p. 119-127.

SILVA, A. – *Registos de enfermagem: da tradição escrito ao discurso informo*, Porto. [s.n.],1995. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências da enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SILVA, A. – *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*, Porto. [s.n.], 2001. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SILVA, A. – *Sistemas de Informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formasau. 2006.

SIMPSON, R. – The Role of IT in Health Care Quality Assessment. *Nursing Administration Quarterly. Quality Assessment, Assurance, and Improvement.* 27 (4), October/November/December, 2003, p. 355-359.

SMITH, G. B.- Persistent pain in older adults. Don't be afraid to prescribe opioids. *Advance For Nps & Pas*, 2011. (9), 23-27.

SÖDERHAMN, O. – Health and the Internal Structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 8 (2), 67-71. 2001b).

SOUSA, Paulino A. F. [et al.] – Projeto Enflnco, ARSN,SRS Vila Real e ESEnfSJ, Disponível no Centro de Documentação da ESEnfSJ, 1999.

SOUSA, Paulino A. F.-*Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo* 1ª ed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. 2006.

SOUTO, Melo Burity; MIRIAM LIMA, M.-Pain in critical patients from the perspective of intensive care nurses: assessment and interventions [Portuguese]. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2011. 12(3), 540-547.

STORY, D.A.; SHELTON, A.C.; POUSTIE, S.J. [et al.]- *Effect of an anaesthesia department led critical care outreach and acute pain service on postoperative serious adverse events.* *Anaesthesia* 2006; 61(1): p. 24–28.

STENNER, K.; CAREY, N.; COURTENAY, M.-Prescribing for pain - how do nurses contribute? A national questionnaire survey. *Journal Of Clinical Nursing*, 2012. 21 (23/24), 3335-3345.

TEIXEIRA, M.J.; YENG, L.T. – *Avaliação da dor*. São Paulo: Atheneu; 2007. P. 25-51.

THORESEN, Carl E.; MAHONEY, Michael J.- *Behavioral self-control*. Holt, Rinehart and Winston, 1974. P. 177.

- TOPCU, S. Y.; FINDIK, U. Y.-Effect of Relaxation Exercises on Controlling postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 2012. 13 (1), 11-17.
- TOYOSHIMA, M. T. K. – Dor. [Em linha]. 2009. [consultado em Junho de 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1215/dor.htm>
- VARAJÃO, J. – *A arquitetura da gestão de sistemas de informação*, FCA- Editora de Informática, 1998.
- VILELA, F.[et al.]-The occurrence of headaches and their effect upon nursing undergraduate students [Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*,2012. 46(1), 138-144.
- WEIR, H.- *Digital Education, proceedings of Digital knowledge conference*. Canada. February. 1996. P. 6-7.
- WERLEY, H. [et al.] – *The nursing minimum data set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data* ; AJP. 1991. 81(4), p. 421-426.
- WHITTEMORE, R. - Combining the evidence in nursing research: methods and implications. *Nursing Research* 54, 2005 a, p. 56–62.
- WHITTEMORE, R. - Analysis of integration in nursing science and practice. *Journal of Nursing Scholarship* 37, 2005b, p. 261–267.
- WHITTEMORE R.; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 2005, p. 546–55
- YIN, H. H.; TSE, M. M. Y.; WONG, F. K. Y.- Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 2012. 21(9/10), 1232-1243.
- ZORRINHO, C. – *Gestão da Informação, Condições para vencer*. lapmei, 1995.

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **Tipos de estudos da revisão integrativa**



				Nº de artigos	
Quantitativo	Observacionais	Exploratórios		1	
		Descritivos	Simples	Transversal	28
				Longitudinal	Retrospectivo
			Prospetivo		4
		Comparativos	Transversal		2
			Longitudinal	Retrospectivo	1
				Prospetivo	1
		Correlacionais	Transversal		2
			Longitudinal	Retrospectivo	1
				Prospetivo	1
	Exploratórios e descritivos				1
	Experimentais	Experimentais	Cego	Transversal	5
				Longitudinal Prospetivo	2
			Duplamente Cego	Transversal	3
		Longitudinal Prospetivo		3	
Quasi-experimentais		Transversal	8		
		Longitudinal Prospetivo	6		
Survey				1	
Qualitativo	Observacionais	Exploratórios		Transversal	1
				Longitudinal Prospetivo	1
		Descritivos	Simples		6
		Hermenêutico			1
		Etnográfico			1
		Fenomenológico			3
		Observação participante			1
		Quasi-experimentais			1
Revisão sistemática da literatura				7	
Revisão integrativa da literatura				2	
Estudo misto sequencial explicativo quantitativo-qualitativo				1	
Artigo de revisão				9	
Estudo qualitativo Ground Theory				3	
Estudo quantitativo observacional de validação de escalas				3	
Estudo de caso com triangulação				1	
<b>Total</b>				<b>115</b>	



## **ANEXO 2**

### **Tabela mestra dos dados recolhidos**



Artigos		
<b>Termos</b>	<b>Dados/Escalas</b>	<p>Escala Checklist de Avaliação de dor para Idosos com capacidade limitada para se comunicar (PACSLAC - D). [E1] [E52] [E77] [E84]</p> <p>Breve Inventario da dor (BPI) [E2] [E3] [E4] [E85] [E90] [E105] [E114]</p> <p>Escala modificada de avaliação sintomas (CMSAS-M) [E6]</p> <p>Escala numérica verbal 0 a 10 [E15] [E18] [E19] [E24] [E29] [E40] [E42] [E50] [E64] [E69] [E73] [E80] [E86] [E92] [E99] [E101] [E103] [E106] [E112]</p> <p>Escala Visual Analógica [E16] [E20] [E21] [E22] [E25] [E28] [E43] [E48] [E49] [E78] [E79] [E86] [E95] [E104] [E108] [E112]</p> <p>Escala tipo de Goldberg - escala sinalização três níveis [E20]</p> <p>Escala do Impacto da dor na Família (FIPS) [E21]</p> <p>Questionário de McGill [E24]</p> <p>Questionário reduzido de McGill (SF-MPQ) [E76] [E79] [E115]</p> <p>Escala de Avaliação de Sintomas (MSAS) [E37]</p> <p>Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) [E41]</p> <p>Escala de dor Comportamental (BPS) [E62] [E75] [E87]</p> <p>Escala de faces [E79]</p>
<b>Termos</b>	<b>Dados</b>	<p>Indicadores comportamentais da dor: Verbalizações repetitivas, insônia / alteração de sono, triste, choro, movimentos físicos repetitivos, reduzida interação social, Comportamento verbal e fisicamente incorreto, socialmente inadequados, e resistência aos cuidados. [E68]</p> <p>Alterações fisiológicas (cor, sinais vitais padrão de sono, sudorese, perda de apetite); Alterações da linguagem corporal (agitação, agressividade, reação chorando ao toque) e mudanças comportamentais (expressão facial, posição fetal). [E70]</p> <p>Indicadores comportamentais da dor: Verbalizações repetitivas, insônia / alteração de sono, triste, choro, movimentos físicos repetitivos, reduzida interação social, Comportamento verbal e fisicamente incorreto, socialmente inadequados, e resistência aos cuidados. [E68]</p>

<b>Termos</b>	<b>Dados</b>	<p>Alterações fisiológicas (cor, sinais vitais padrão de sono, sudorese, perda de apetite); Alterações da linguagem corporal (agitação, agressividade, reação chorando ao toque) e mudanças comportamentais (expressão facial, posição fetal). [E70]</p> <p>Descritores da dor neuropática: sensação de queimadura, tiro, ou uma sensação tipo choque elétrico na área em torno do local de tratamento dor, calor, ardor, afiado, esfaqueamento, e frios, e alodinia e sensações não-dolorosas tais como formigueiro, comichão, dormência, e sensações de alfinetes e agulhas [E114]</p> <p>Comportamento, como vocalizações (Chorando, gritando), respiração ruidosa, expressões faciais (fazer caretas), expressões corporais inquietos ou tensas, agressividade e resistência no cuidar. [E52]</p> <p>Indicadores sensoriais: intensidade da dor, a frequência, a qualidade localização e todos os fatores que intensificam ou aliviam; indicadores afetivos: como a dor é percebida; indicadores de impacto: na capacidade funcional. [E80]</p> <p>O caráter da dor, qualidade e localização da dor, como medir a intensidade da dor. [E50]</p> <p>Localização, intensidade, tipo de dor (visceral, neuropática e somático), fatores temporais, história de dor, causa, história médica, avaliação física, questões psicossociais, fatores de risco fatores para o subtratamento ou uso inadequado, e expectativas do paciente. [E22]</p> <p>Dor está relacionada com a agitação, mas não explica mudanças na pontuação agitação. [E23]</p> <p>Período do dia (Manha, tarde ou noite); Duração (algumas horas, metade do dia, o dia todo, uma parte da semana, uma parte do mês ou o mês todo); A frequência (nenhuma vez, algumas vezes, frequentemente, continuamente); Os fatores relacionados ao surgimento. [E24]</p> <p>Dor no peito, falta de ar, palpitações, hipertensão, dor abdominal, dor retroesternal, sensação de aperto no peito [E27]</p>
---------------	--------------	--

<b>Termos</b>	<b>Dados</b>	<p>Indicadores de dor comportamentais: como expressões faciais, movimentos corporais e tensão muscular; Mudanças na sincronia com o ventilador; Sinais fisiológicos (TA, FC, FR e Saturação O2 capilar); caretas, gritos sudorese, e qualidade do sono. [E62]</p> <p>Sinais de dor: grito alto, estridente, contorcendo-se, flexionando, ou trazendo os joelhos para abdômen. [E67]</p> <p>Indicadores de dor: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao Ventilador; vocalização [E75]</p> <p>Indicadores comportamentais da dor: expressões faciais, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ao ventilador [E93]</p> <p>Indicadores da dor: respiração, vocalização independente, vocalização negativa, expressão facial, a linguagem corporal e consolabilidade [E77] [E84]</p> <p>Indicadores da dor: ocorrência de dor, intensidade, qualidade, localização e duração da dor [E86]</p> <p>Dor: Latejante, apunhalando e dor pungente, dor associada a movimentos à respiração, tosse, movimento de tórax e ambiente barulhento. [E87]</p> <p>Variantes da dor: angústia, pânico ou outros. [E1]</p> <p>Dor debilitante, sofrimento emocional, angústia do paciente [E3]</p> <p>Tipo de dor (nociceptiva / neuropática), qualidade da dor, origem, localização, intensidade, duração / curso do tempo, efeito sobre a vida pessoal, a eficácia de tratamentos prescritos. [E3]</p> <p>Comportamentos que comunicam a dor, incluindo sons para-verbais (como suspiros), postura corporal e gesticulando, esfregando, fazendo uma careta. [E7]</p> <p>Olhar contraído; gritos, hiperventilação, ansiedade, e / ou suor frio, linguagem corporal, confuso ou com raiva; agressividade, agitação, ou aumentado de estimulação. [E8]</p> <p>Avaliação da dor, incluindo a localização, qualidade, frequência e duração (contínua ou intermitente), fatores que agravam ou aliviar a dor, a história da gestão da dor e impacto da dor [E47]</p> <p>Indicadores de dor, incluindo gemendo, chorando, fazendo uma careta, e franzindo a testa e outras expressões faciais e postura, como guardam ou proteger uma área do corpo. [E30]</p>
---------------	--------------	--

Termos	Dados	<p>Sinais de cefaleia (pressão ou aperto, que não pulsam; apresentar em ambos os lados da testa tensos, ou na zona posterior da cabeça; não se agravar por atividade física; fotofobia ou fonofobia, mas sem náusea ou vômitos comum para enxaqueca. [E36]</p> <p>Dor, formigamento, queimação, sensação de peso, localização [E38]</p> <p>Indicadores de dor: Expressões faciais; movimentos do corpo; vocalizações e verbalizações. [E44]</p> <p>Indicadores comportamentais da dor: inquieto, músculos tensos, franzindo a testa / caretas, sons; Indicadores fisiológicos: frequência cardíaca, respirações e sudorese; Indicadores sensoriais: dor (breve / momentânea / transitória, rítmico / periódica / intermitente, contínuo [E45]</p> <p>Localização, intensidade, descrição (aguda, lancinante, espasmódica, violenta), duração e recorrência, fatores desencadeantes; qual a sua expressão facial: se chora; como reage (tem medo, fica angustiado, irritável, ou com insônias); os fatores fisiológicos associados: se manifesta taquicardia, aumento da pressão arterial, taquipneia, palidez, sudorese ou alteração da tensão muscular.[E14]</p>
Termos	Focos	<p>Dor aguda [E8] [E14] [E34] [E62] [E94] [E95] [E100] [E104] [E108]</p> <p>Dor pós-operatória [E2] [E6] [E31] [E87] [E92] [E95] [E103] [E106] [108] [E113]</p> <p>Cólica [E5]</p> <p>Dor Crónica [E7] [E18] [E21] [E26] [E29] [E35] [E49] [E53] [E60] [E89] [E90] [E96] [E102] [E105]</p> <p>Dor Neurogénica [E9]</p> <p>Dismenorreia [E11] [E20] [E48]</p> <p>Dor oncológica [E10] [E16] [E17] [E22] [E37] [E41] [E43] [E46] [E56] [E59] [E68] [E76] [E114]</p> <p>Enxaqueca [E24]</p> <p>Cefaleias [E24] [E36]</p> <p>Lombalgia [E42] [E38] [E96]</p>

<b>Termos</b>	<b>Juízo</b>	<p><b>Duas divisões:</b></p> <p>Leve/ Moderada (0,6); Grave (7,10) [E101]</p> <p>Nenhuma dor; Pior dor [E41] [E101] [E103] [E106] [E114] [E115]</p> <p>Sem dor (0);Pior dor (10) [E2]</p> <p>Suportável (Nenhuma dor; pouca dor; doloroso mas suportável); Insuportável (dor considerável; Terrível dor). [E103] [E106]</p>
		<p><b>Três divisões:</b></p> <p>Pior dor, menos dor e média [E2]</p> <p>Leve, moderada, severa [E11] [E79]</p> <p>Leve (1 a 4), moderada (5 e 6), forte (7 e 9) [E24]</p> <p>Leve (1 a 3), moderada (4 e 6), pior dor (7 e 10) [E42]</p> <p>Leve (1 a 4); Moderada (5 a 7); Pior dor (8 a 10) [E86]</p> <p>Leve (1 a 4), moderada (5 e 6), severa (7 e 10) [E114]</p> <p>Nenhuma; leve; moderada; dor horrível/insuportável [E52]</p> <p>Nenhuma dor (0 e 1); Leve (2 e 3); Moderada e Pior (&gt;4) [E84]</p> <p>Sem dor; dor moderada; dor severa. [E98]</p> <p>Leve, moderada ou grave [E99]</p>
		<p><b>Quatro divisões:</b></p> <p>Leve (0 a 2), moderada (3 a 5), severa (6 a 8), e o mais grave (9 a 10) [E76]</p> <p>Sem dor (1); Leve (2); Moderada (3); Grave (4) [E87]</p> <p>Leve, moderada, grave, insuportável [E30]</p> <p>Ausente, leve, moderada ou grave [E79]</p> <p>Nenhum (0), discreto (1), moderado (2), grave (3). [E76]</p> <p>Nenhum (0), leve (1), moderado (2), grave (3). [E115]</p>
		<p><b>Cinco divisões:</b></p> <p>Sem dor, dor leve, dor irritante, dor muito grave, dor insuportável [E31]</p> <p><i>Dor</i> incômoda às vezes, incomoda muito, desconfortável, muito desconfortável, insuportável. [E38]</p> <p>Nenhuma dor; pouca dor; doloroso mas suportável; dor considerável; Terrível dor. [E103] [E106]</p>

<b>Termos</b>	<b>Juízo</b>	<p><b>Seis divisões:</b></p> <p>0 = Sem dor, 1 = leve desconforto, 2 = desconforto, 3 = desconfortável, 4 = terrível dor, e 5 = extremamente doloroso) [E76]</p> <p>Sem dor, leve, desconfortável, dor angustiante, horrível/ insuportável [E79]</p> <p><b>Onze divisões:</b></p> <p>0 = Sem dor, 1 = dor leve, 2 = muito desconfortável, 3 = dor tolerável, 4= doloroso, 5 = muito doloroso, 6 = dor intensa, 7 = dor muito intensa, 8 = dor absolutamente horrível, 9 = dor insuportável e 10 = inimaginavelmente dor. [E89]</p>
	<b>Tempo</b>	<p>Intermitente e contínua [E5] [E38] [E45] [E47] [E52]</p> <p>Agudo [E2] [E5] [E8] [E34] [E62] [E94] [E95] [E100] [E104] [E108] [E114]</p> <p>Crónica [E7] [E21] [E26] [E29] [E35] [E49] [E53] [E60] [E89] [E90] [E96] [E102] [E105]</p> <p>Frequência (às vezes, frequente, nunca) [E5]</p>
	<b>Cliente</b>	<p>Comunidade</p> <p>Família</p> <p>Indivíduo</p> <p>Membro da família prestador de cuidados [E10] [E21] [E39] [E46]</p> <p>Prestador de cuidados Indivíduo</p>

<b>Dimensão</b>	<p>Interferência da dor nas atividades de vida diárias: [E10] [E38] [E71]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferência da dor nas atividades diárias: como mudar de posição, respirar profundamente, tossir e andar. [E2] [E14]</li> <li>• Interferência funcional [E3]</li> <li>• Impacto/ Interferência da dor nas atividades de vida diárias (dormir, participar em atividades como jardinagem, compras, trabalho em casa, atividade sexual) [E21]</li> <li>• Atividades de vida diárias afetadas pela dor [E24] [E65] [E80] [E86]</li> <li>• Incapacidade funcional associado a dor [E43] [E98]</li> <li>• Interferência da dor nas atividades de vida diárias como: dormir; andar; trabalhar [E4]</li> <li>• Interferência nas atividades funcionais como: sentar, deitar, andar, eliminação, comer, dormir e manter a higiene íntima, além de amamentação [E64]</li> <li>• Interferência na atividade: dormir [E72]</li> </ul> <p>Crenças:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crenças, conhecimento, atitudes, habilidades. [E10] [E61] [E63] [E70]</li> <li>• Crenças [E8] [E18] [E22] [E50] [E53] [E55] [E61] [E63] [E66] [E80] [E92] [E99] [E100] [E103] [E106] [E107] [E7] [E4] [E2] [E46]</li> </ul> <p>Autocontrole:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulando-o a usar as medidas não farmacológicas como autocontrole de alívio da sua dor [E14]</li> <li>• Incentivar a participação ativa e aumentar a capacidade de autocontrole da dor. [E18]</li> <li>• Estratégias de <i>Coping</i> [E86]</li> <li>• Reforço do Empowerment; autodeterminação; Estratégias de <i>coping</i> (controle interno); e elevada autoconsciência [E102]</li> <li>• Autogestão e de enfrentamento através da terapia cognitiva comportamental [E105]</li> <li>• Promover a conscientização do público sobre a gestão da dor. [E88]</li> </ul> <p>Autoimagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A dor ameaça a autoimagem dessas pessoas como indivíduos independentes e por isso a relutância em falar abertamente sobre a sua experiência de dor. [E60]</li> </ul>
-----------------	---

Conceitos	<p>A <b>dor</b> é "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano real ou potencial ou descrita em termos de danos" , tal como definido pela AISP (1979) [E2] [E8] [E31] [E47] [E50] [E54] [E62] [E65] [E75] [E76] [E77] [E92]</p> <p><b>or</b> é " o que a pessoa que experimenta diz que é, existindo sempre que ele ou ela diz que faz." (McCaffery,1972). [E47] [E83]</p> <p><b>Dor</b> é um fenômeno individual e subjetivo, cuja interpretação e expressão envolvem elementos sensitivos, emocionais e culturais. A <i>dor</i> é um estímulo nociceptivo desagradável que causa desconforto [E14]</p> <p>A <b>Dor</b> foi definida como qualquer tipo de <i>dor</i> ou desconforto físico, em qualquer parte do corpo nos 3 dias antes a avaliação. [E30]</p> <p><b>Dor</b> " refere-se a qualquer tipo de <i>dor</i> ou desconforto físico do corpo, pode ser localizada ou generalizada, pode ser aguda ou crônica, contínua ou intermitente, ou ocorre em repouso ou com o movimento. A experiência da <i>dor</i> é muito subjetivo; <i>dor</i> é tudo o que o doente diz que é. [E52]</p> <p><b>Dor</b>, por definição, é um fenômeno multifatorial no qual fatores biomédicos interagiram com uma teia de fatores psicossociais e fatores comportamentais. [E53]</p> <p><b>Dor</b> é uma experiência complexa, subjetiva com múltiplas dimensões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dor</b> é uma experiência complexa com componentes fisiológicas, afetivas, cognitivas e comportamentais. [E85]</li> <li>• A <b>dor</b> é uma experiência altamente subjetiva com múltiplas dimensões: fisiológica, sensorial, cognitiva, afetiva, comportamental e sociocultural. [E45]</li> <li>• A <b>dor</b> é uma experiência subjetiva complexa, que inclui dimensão fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e a componente sociocultural. [E28]</li> <li>• A <b>dor</b> é um fenômeno multidimensional com uma dimensão biológica, psicológica, social e espiritual que precisam de ser considerados. [E18]</li> <li>• <b>Dor</b> é uma experiência subjetiva desagradável, multifacetada que pode ser física, emocional e pessoal. [E80]</li> <li>• <b>Dor</b> é uma experiência subjetiva, ao contrário de outras sensações, percepção de dor é pessoal e pode ser influenciada por idade, passado uso de drogas analgésicas. [E95]</li> <li>• <b>Dor</b> é uma experiência multidimensional influenciada pela biologia, psicologia, condicionamento cultural, as expectativas e contingências sociais. [E115]</li> <li>• A <b>dor</b> é uma experiência complexa é formado por componentes físicas, psicológicos, sociais e espirituais. [E89]</li> </ul> <p><b>Dor</b> é uma experiência complexa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dor</b> tem uma avaliação complexa e influenciada pela personalidade, relacionamento e outros fatores contextuais, tanto para o paciente e para o cuidador. [E10]</li> <li>• <b>Dor</b> é uma experiência complexa, com muitas variáveis que podem influenciar a experiência do paciente e interpretação. [E97]</li> </ul>
-----------	--

Conceitos	<p>A <b>dor aguda</b> é geralmente de início repentino, de duração limitada e muitas vezes associada com lesão ou doença. Frequentemente ocorre no pós-operatório, e está associado com um número de condições de doenças leves a lesões como queimaduras, traumas, problemas músculo-esqueléticas e doenças de longo prazo como cancro. [E34]</p> <p>As <b>dores iatrogénicas</b> são aquelas provocadas pelos prestadores de cuidados de saúde, ou seja, correspondem às dores provocadas pelos cuidados, pelos gestos terapêuticos, de diagnóstico e tratamentos. [E56]</p> <p><b>Dor pós-operatória</b> é uma dor de início agudo com trauma cirúrgico, diminuindo gradualmente e terminando com recuperação do tecido. [E31] [E87]</p> <p><b>Cólica infantil</b> são contrações intestinais dolorosas que provocam um choro exagerado num bebe saudável por mais de três horas por dia, mais de 3 dias por semana. [E5]</p> <p><b>Dor crónica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A <b>dor crónica</b> é definida como persistindo ao longo do tempo, pelo menos 6 meses ou mais, sem facilmente definível início, meio ou fim. [E21]</li> <li>• <b>Dor crónica</b> como a dor que persiste além do tempo normal da cura e / ou quando a dor persiste por 3-6 meses ou mais, tal como definido pela AISP [E26] [E114]</li> <li>• <b>Dor persistente/ crónica</b> dor com duração de seis meses ou mais, resultando de causas não-fatais; foi resistente a tratamento, e tinha o potencial para continuar por o restante da vida do indivíduo (McCaffery e Pasero, 1999). [E102]</li> <li>• <b>Dor crónica</b> foi definida como uma experiência dolorosa que dura por um período de tempo prolongado, que pode ou não estar relacionada com um processo de doença. A dor crónica pode ser definida como a dor que durou durante mais do que 3 ou 6 meses. [E29]</li> <li>• A <b>dor crónica</b> é definida como uma dor que dura mais tempo do que o tempo esperado de cura, ou a partir de processos de doença em que a cura não acontece. [E34]</li> <li>• A <b>dor crónica</b> é a dor que dura contínua ou intermitente durante um período de 6 meses e frequentemente a sua causa é desconhecida é um fenómeno complexo. [E60]</li> <li>• <b>Dor crónica</b> -dor contínua que tem a duração de 3 de 6 meses [E94]</li> </ul> <p><b>Dor neurogénica</b> tem uma componente neurológica subjetivas e objetivas, inclusive de reflexos, força, pinos e sensibilidade de vibração e estudos de condução nervosa. [E9]</p>
-----------	--

<b>Conceitos</b>	<p><b>Dismenorreia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dismenorreia</b> caracteriza-se por uma <i>dor</i> abdominal, imediatamente antes ou durante o fluxo menstrual principalmente como um resultado da contração uterina espasmódica de aumento do nível de prostaglandina. [E11]</li> <li>• <b>Dismenorreia</b> é uma condição médica que se caracteriza por <i>dor</i> uterina grave durante a menstruação. Pode produzir diferentes tipos de sintomas, incluindo <i>dor</i> afiada, latejante, ou <i>dor</i> maçante. A náusea pode começar antes, durante ou menstruação, esses conjunto de sintomas esteve presente em pelo menos três episódios de ciclos menstruais. [E20]</li> <li>• <b>Dismenorreia</b> refere-se a qualquer grau de <i>dor</i> associada com cólicas menstruais. É geralmente classificado em dois subgrupos, ou seja, primário e dismenorreia secundária. Dismenorreia primária, ocorre na ausência de uma condição patológica, dismenorreia primária começa em ou logo depois (6e12 meses) 4 ou dentro de três anos da menarca. Geralmente coincide com a ocorrência da ovulação normal. <i>dor</i> geralmente se desenvolve dentro das horas de sangramento menstrual e picos como o fluxo torna-se mais pesada durante o primeiro ou segundo dia do ciclo. [E48]</li> </ul> <p><b>Dor Oncológica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dor oncológica</b> pode resultar da própria doença ou do seu tratamento, incluindo cirurgia, quimioterapia, ou radioterapia. [E22]</li> <li>• A <b>dor oncológica</b> possui vários tipos de <i>dor</i>, variando em intensidade, frequência e localização. [E46]</li> </ul> <p>A cefaleia quanto ao diagnóstico e etiologia pode ser dividida em <b>enxaqueca</b> e cefaleia tensional. A enxaqueca esta associada as variações hormonais relacionadas com o ciclo menstrual. A enxaqueca é descrita como pulsante/latejante e de intensidade moderada a grave. [E24]</p> <p><b>Síndrome de <i>dor</i> regional complexa</b> pode ser tipo 1 e tipo 2 e é uma anormal resposta dos nervos da face ou de uma extremidade. SDRC tipo 1 é uma neuropatia pós-traumático associado com a degeneração dos axónios periféricos distais de pequeno diâmetro. SDRC tipo 2 está associado com uma lesão do nervo identificável e, portanto, pode ser documentado com condução nervosa anormal. [E49]</p> <p>A lombalgia é um sintoma referente à dor aguda ou crónica nas regiões lombar ou sacral, podendo estar associada a entorses e distensões dos músculos, de ligamentos, deslocamento do disco intervertebral e outras condições. [E42]</p>
------------------	---

## **ANEXO 3**

### **Bibliografia e numeração dos artigos incluídos**



### **Estudos incluídos na revisão integrativa pela ordem de análise**

**E1** - Zwakhalen, S. M. G., Hof, C. E., e Hamers, J. P. H. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(21/22), 3009-3017.

**E2** -Yin, H. H., Tse, M. M. Y., e Wong, F. K. Y. (2012). Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(9/10), 1232-1243.

**E3** - McDonald, D. D., Gifford, T., e Walsh, S. (2011). Effect of a virtual pain coach on older adults' pain communication: a pilot study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12(1), 50-56.

**E4** -Roberts, T. J., e Ward, S. E. (2011). Using latent transition analysis in nursing research to explore change over time. *Nursing research*, 60 (1), 73-79.

**E5** -Landgren, K., e Hallström, I. (2011). Parents' experience of living with a baby with infantile colic - a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(2), 317-324.

**E6** -Lew, M. W., Kravits, K., Garberoglio, C., e Williams, A. C. (2011). Use of Preoperative Hypnosis to Reduce Postoperative Pain and Anesthesia-Related Side Effects. *International Journal of Clinical e Experimental Hypnosis*, 59(4), 406-423.

**E7** -Tsai, P., Kuo, Y., Beck, C., Richards, K., Means, K. M., Pate, B. L., e Keefe, F. J. (2011). Non-verbal cues to osteoarthritic knee and/or hip pain in elders. *Research in nursing e health*, 34 (3), 218-227.

**E8** -Lindberg, J.-O., e Engström, Å. (2011). Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management". *Pain Management Nursing*, 12(3), 163-172

**E9** -Lavoie, Cohen, J. A., Pett, M. A., e Beck, S. L. (2011). The Validity of Neuropathy and Neuropathic Pain Measures in Patients With Cancer Receiving Taxanes and Platinums. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 133-142.

**E10**-Meeker, M. A., Finnell, D., e Othman, A. K. (2011). Family caregivers and cancer pain management: a review. *Journal Of Family Nursing*, 17(1), 29-60.

- E11**-Omu, F. E., Al-Marzouk, R., Delles, H., Oranye, N. O., e Omu, A. E. (2011). Premenstrual dysphoric disorder: prevalence and effects on nursing students' academic performance and clinical training in Kuwait. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(19/20), 2915-2923.
- E12**- Paula de, A., Lucia Moreira, L., Farias, L. M., Gimenez, Bastos, e Caetano, J. A. (2011). Humanistic care and nursing perceptions facing the pain of newborns [Portuguese]. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(4), 694-700.
- E13** - Rennick, J. E., Lambert, S., Childerhose, J., Campbell-Yeo, M., Filion, F., e Johnston, C. C. (2011). Mothers' experiences of a Touch and Talk nursing intervention to optimise pain management in the PICU: A qualitative descriptive study. *Intensive e Critical Care Nursing*, 27(3), 151-157.
- E14** -Souto, Melo Buriti, d., e Miriam Lima, M. (2011). Pain in critical patients from the perspective of intensive care nurses: assessment and interventions [Portuguese]. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(3), 540-547.
- E15** - Spence, D., Goff, J., Mohan, E., Bowen, K., Osborne, L., e Maye, J. (2011). Perioperative Administration of Gabapentin for Shoulder Arthroscopy: A Prospective, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *AANA Journal*, 79(4 Suppl), S43-50.
- E16** - Abad-Corpa, E., Cabrero-García, J., Delgado-Hito, P., Carrillo-Alcaraz, A. s., Meseguer-Liza, C., e Martínez-Corbalán, J. T. s. (2012). Effectiveness of participatory-action-research to put in practice evidence at a nursing onco-hematology unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 20(1), 59-67.
- E17**- Al Khalailah, M., e Al Qadire, M. (2012). Barriers to cancer pain management: Jordanian nurses' perspectives. *International Journal Of Palliative Nursing*, 18(11), 535-540.
- E18** -Yee, Kuan, e Ho, S. S. K. (2012). The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes. *Archives of Gerontology e Geriatrics*, 54(2), e203-212
- E19** - Wolford, L. M., Bourland, T. C., Rodrigues, D., Perez, D. E., e Limoeiro, E. (2012). Successful reconstruction of nongrowing hemifacial microsomia patients with unilateral temporomandibular joint total joint prosthesis and orthognathic surgery. *Journal of Oral e Maxillofacial Surgery (02782391)*, 70(12), 2835-2853.

- E20** -Westerlund, S., González, e González, O. P. (2012). Effect of Human Electromagnetic Fields in Relief of Minor Pain by Using a Native American Method. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 11(1), 39-44
- E21** -West, C., Buettner, P., Stewart, L., Foster, K., e Usher, K. (2012). Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(23/24), 3532-3545.
- E22** - Weingart, S. N., Cleary, A., Stuver, S. O., Lynch, M., Brandoff, D., Schaefer, K. G., . . . Weeks, J. C. (2012). Assessing the quality of pain care in ambulatory patients with advanced stage cancer. *Journal of Pain e Symptom Management*, 43(6), 1072-1081.
- E23** -Volicer, L., Frijters, D. H., e Jt. (2012). Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 749-754.
- E24** - Vilela, Ferreira, Evangelista, R. A., e Pereira, L. V. (2012). The occurrence of headaches and their effect upon nursing undergraduate students [Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 138-144.
- E25** - Vermeulen, H. (2012). Dressings and topical agents for surgical wounds healing by secondary intention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- E26**- van Wilgen, C. P., e Keizer, D. (2012). The sensitization model to explain how chronic pain exists without tissue damage. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses*, 13(1), 60-65.
- E27** - van Tulder, R., Roth, D., Weiser, C., Heidinger, B., Herkner, H., Schreiber, W., e Havel, C. (2012). An electrocardiogram technician improves in-hospital first medical contact-to-electrocardiogram times: a cluster randomized controlled interventional trial. *American Journal of Emergency Medicine*, 30 (9), 1729-1736.
- E28** - Vaajoki, A., Pietilä, A.-M., Kankkunen, P., e Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(5/6), 708-717.
- E29** - Tse, M., Leung, R., e Ho, S. (2012). Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: an exploratory study in planning patient-centred intervention. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (2), 312-321.

- E30** - Tosato, M., Lukas, A., Hg, Danese, P., Antocicco, M., Finne-Soveri, H., . . . Onder, G. (2012). Association of pain with behavioral and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study. *Pain (03043959)*, 153(2), 305-310.
- E31**- Topcu, S. Y., e Findik, U. Y. (2012). Effect of Relaxation Exercises on Controlling postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 13 (1), 11-17.
- E32** - Tanabe, P., Paice, J. A., Stancati, J., e Fleming, M. (2012). How Do Emergency Department Patients Store and Dispose of Opioids After Discharge? A Pilot Study. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 38 (3), 273-279.
- E33** - Subramanian, P., Allcock, N., James, V., e Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (9/10), 1254-1262.
- E34** - Stenner, K., Carey, N., e Courtenay, M. (2012). Prescribing for pain - how do nurses contribute? A national questionnaire survey. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (23/24), 3335-3345.
- E35** - Steenkamp, E., Scrooby, B., e Christa. (2012). Facilitating nurses' knowledge of the utilisation of reflexology in adults with chronic diseases to enable informed health education during comprehensive nursing care. *Health SA Gesondheid*, 17(1), 1-12.
- E36** - Steefel, L., e Novak, D. (2012). When tension headaches become chronic. *The Nurse Practitioner*, 37 (11), 24-29.
- E37** - Stark, L. L., Toftagen, C., Visovsky, C., e McMillan, S. C. (2012). The symptom experience of patients with cancer. *Journal of Hospice e Palliative Nursing*, 14(1), 61-70
- E38** - Soares, M. M., Jacobs, K., Ribeiro, S. B., Gatto, e Almeida, L. C. (2012). Biomechanical and organizational risk and prevalence of low back pain in the old adults caregivers of a nursing home in Joao Pessoa/PB. *Work*, 41, 1933-1939.
- E39** - Shyu, Y.-I. L., Chen, M.-C., Liang, J., e Tseng, M.-Y. (2012). Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(3), 658-666.
- E40** – Bergman, C. L. (2012). Emergency Nurses' Perceived Barriers to Demonstrating Caring When Managing Adult Patients' Pain. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 38 (3), 218-225.

- E41** - Rhondali, W., Hui, D., Kim, S. H., Kilgore, K., Kang, J. H., Nguyen, L., e Bruera, E. (2012). Association between Patient-Reported Symptoms and Nurses' Clinical Impressions in Cancer Patients Admitted to an Acute Palliative Care Unit. *Journal Of Palliative Medicine*, 15 (3), 301-307.
- E42** - Pavarini Borges, T., Maria, Monteiro, A. P., Silva, R. S., Ariete, e Maria Julia, S. (2012). Massage application for occupational low back pain in nursing staff. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 20 (3), 511-519.
- E43** - Oh, H., Seo, Y., Jeong, H., e Seo, W. (2012). The identification of multiple symptom clusters and their effects on functional performance in cancer patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (19/20), 2832-2842.
- E44** - Liu, J. Y. W., Briggs, M., e Closs, J. (2011). Acceptability of Pain Behaviour Observational Methods (PBOMs) for use by nursing home staff. *Journal Of Clinical Nursing*, 20 (13/14), 2071-2073.
- E45** - McGuire, D. B., Reifsnnyder, J., Soeken, K., Kaiser, K. S., e Yeager, K. A. (2011). Assessing Pain in Nonresponsive Hospice Patients: Development and Preliminary Testing of the Multidimensional Objective Pain Assessment Tool (MOPAT). *Journal Of Palliative Medicine*, 14 (3), 287-292.
- E46** - Mehta, A., Cohen, S. R., Ezer, H., Carnevale, F. A., e Ducharme, F. (2011). Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 38 (1), E37-45.
- E47** - Mesko, P. J., Eliades, A. B., Christ-Libertin, C., e Shelestak, D. (2011). Use of Picture Communication Aids to Assess Pain Location in Pediatric Postoperative Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26 (6), 395-404.
- E48** - Mirbagher-Ajorpaz, N., Adib-Hajbaghery, M., e Mosaebi, F. (2011). The effects of acupressure on primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 17 (1), 33-36.
- E49** - Montana, C., e Kautz, D. D. (2011). Turning the Nightmare of Complex Regional Pain Syndrome into a Time Of Healing, Renewal, and Hope... [corrected] [published erratum appears in MEDSURG NURS 2012; 20 (40):1]. *MEDSURG Nursing*, 20 (3), 139-142.

- E50** - Muntlin, Carlsson, M., Säfwenberg, U., e Gunningberg, L. (2011). Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: a quasi-experimental study. *International Journal Of Nursing Studies*, 48(1), 13-23.
- E51** - Paparella, S. (2011). Intravenous HYDROMorphone: can you manage the risk? *Journal Of Emergency Nursing: JEN: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association*, 37(4), 377-380.
- E52**- Pieper, M. J., Achterberg, W. P., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., e Kovach, C. R. (2011). The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 11, 12-12.
- E53** - Prem, V., Karvannan, H., Chakravarthy, R. D., Binukumar, B., Jaykumar, S., e Kumar, S. P. (2011). Attitudes and Beliefs About Chronic Pain Among Nurses- Biomedical or Behavioral? A Cross-sectional Survey. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(3), 227-234.
- E54** - Rose, L., Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., Fraser, M., Pinto, R., . . . Watt-Watson, J. (2011). Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. *Intensive e Critical Care Nursing*, 27 (3), 121-128.
- E55** - Salinas, G. D., e Abdolrasulnia, M. (2011). Effectiveness of INROADS into pain management, a nursing educational intervention. *Journal of continuing education in nursing*, 42 (7), 328-336.
- E56** - Sanches. (2011). Iatrogenic pain in cancer patient [Portuguese]. *Nursing: Revista de Formacao Continua em Enfermagem*, 23 (265), 26-34.
- E57** - Sieber, F. E., Mears, S., Lee, H., e Gottschalk, A. (2011). Postoperative Opioid Consumption and Its Relationship to Cognitive Function in Older Adults with Hip Fracture. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 59 (12), 2256-2262.
- E58** - Stenner, K. L., Courtenay, M., e Cannons, K. (2011). Nurse prescribing for inpatient pain in the United Kingdom: A national questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 48 (7), 847-855.
- E59** - Sunil Santha, B., e Rolls, C. (2011). Attitudes, beliefs, and practices of Sri Lankan nurses toward cancer pain management: An ethnographic study. *Nursing e Health Sciences*, 13 (4), 419-424.

**E60** -Tollefson, J., Usher, K., e Foster, K. (2011). Relationships in pain: The experience of relationships to people living with chronic pain in rural areas. *International journal of nursing practice*, 17(5), 478-485.

**E61** - Schofield, P. (2012). Pain education and current curricula for older adults. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 13 Suppl 2, S51-S56

**E62**- Roulin, M.-J., e Ramelet, A.-S. (2012). Pain indicators in brain-injured critical care adults: an integrative review. *Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*, 25(2), 110-118.

**E63** - Reid, M. C., Shengelia, R., e Parker, S. J. (2012). Pharmacologic Management of Osteoarthritis-Related Pain in Older Adults: A review shows that many drug therapies provide small-to-modest pain relief... Reprinted with permission from American Journal of Nursing, 112(3), S38-S43, 2012. *Orthopaedic Nursing*, 31 (2), 109-114.

**E64** - Oliveira, S. M. J. V., Silva, F. M. B., Riesco, M. L. G., Rosario, D. O. d., e Nobre, M. R. C. (2012). Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth: a randomised clinical trial. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (23/24), 3382-3391.

**E65**- Nicholls, E. E., W. M, A., Jordan, J. L., Dziedzic, K. S., e Thomas, E. (2012). Factors Associated with the Severity and Progression of Self-Reported Hand Pain and Functional Difficulty in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care*, 10 (1), 51-62.

**E66** - Namnabati, M., Abazari, P., e Talakoub, S. (2012). Identification of perceived barriers of pain management in Iranian children: A qualitative study. *International journal of nursing practice*, 18 (3), 221-225.

**E67** - Murdoch, M. R., e Franck, L. S. (2012). Gaining confidence and perspective: a phenomenological study of mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal unit discharge. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (9), 2008-2020.

**E68** - Monroe, T., Carter, M., Feldt, K., Tolley, B., e Cowan, R. L. (2012). Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (9), 2070-2078.

- E69** - Mjv, Mb, Nobre, M. R. C., Osava, R. H., e Riesco, M. L. G. (2012). Low-level laser therapy for pain relief after episiotomy: a double-blind randomised clinical trial. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (23/24), 3513-3522.
- E70** - McAuliffe, L., Brown, D., e Fetherstonhaugh, D. (2012). Pain and dementia: an overview of the literature. *International Journal Of Older People Nursing*, 7 (3), 219-226.
- E71** - Mänty, M., Ekmann, A., Thinggaard, M., Christensen, K., e Avlund, K. (2012). Fatigability in Basic Indoor Mobility in Nonagenarians. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 60(7), 1279-1285.
- E72**- Mansano-Schlosser, T. C., e Ceolim, M. F. (2012). Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 20 (6), 1100-1108.
- E73** - To, T. H. M., Ong, W. Y., Rawlings, D., Greene, A., e Currow, D. C. (2012). The Disparity between Patient and Nurse Symptom Rating in a Hospice Population. *Journal Of Palliative Medicine*, 15 (5), 542-547.
- E74** - Masterson, B., e Wilson, M. (2012). Pain Care Management in the Emergency Department: A Retrospective Study to Examine One Program's Effectiveness. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 38 (5), 429-434.
- E75** - Latorre Marco, I., Solís Muñoz, M., Falero Ruiz, T., Larrasquitu Sánchez, A., e Millán Santos, I. (2011). Validation of the Scale of Behavior Indicators of Pain (ESCID) in critically ill, non-communicative patients under mechanical ventilation: results of the ESCID scale [Spanish]. *Enfermería Intensiva*, 22 (1), 3-12.
- E76**- Li, X. M., Yan, H., Zhou, K. N., Dang, S. N., Wang, D. L., e Zhang, Y. P. (2011). Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*, 128 (2), 411-419.
- E77**- Lin, P.-C., Lin, L.-C., Shyu, Y.-I. L., e Hua, M.-S. (2011). Predictors of pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. *Journal Of Clinical Nursing*, 20 (13/14), 1849-1857.
- E78** - Lin, P.-C., Lin, M.-L., Huang, L.-C., Hsu, H.-C., e Lin, C.-C. (2011). Music therapy for patients receiving spine surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 20 (7/8), 960-968.

- E79** - Manias, E., Gibson, S. J., e Finch, S. (2011). Testing an Educational Nursing Intervention for Pain Assessment and Management in Older People. *Pain Medicine*, 12 (8), 1199-1215
- E80**- Smith, G. B. (2011). Persistent pain in older adults. Don't be afraid to prescribe opioids. *Advance For Nps e Pas*, 2 (9), 23-27.
- E81**- Manias, E. (2012). Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: A qualitative observation and interview study. *International Journal Of Nursing Studies*, 49 (10), 1243-1254.
- E82**- Lundén, M., Lundgren, S. M., e Lepp, M. (2012). The Nurse Radiographers' Experience of Meeting with Patients During Interventional Radiology. *Journal of Radiology Nursing*, 31 (2), 53-61.
- E83**-Ljusegren, G., Johansson, I., Gimbler Berglund, I., e Enskär, K. (2012). Nurses' experiences of caring for children in pain. *Child: Care, Health e Development*, 38(4), 464-470.
- E84**- Liu, J. Y. W., Pang, P. C. P., e Lo, S. K. L. (2012). Development and implementation of an observational pain assessment protocol in a nursing home. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (11/12), 1789-1793.
- E85**- Ling, C.-c., Lui, L. Y. Y., e So, W. K. W. (2012). Do educational interventions improve cancer patients' quality of life and reduce pain intensity? Quantitative systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (3), 511-520.
- E86**- Lee, L., Askew, R., Walker, J., Stephen, J., e Robertson-Artwork, A. (2012). Adults with sickle cell disease: an interdisciplinary approach to home care and self-care management with a case study. *Home Healthcare Nurse*, 30 (3), 172-183.
- E87**- Kol, E., Erdogan, A., e Karşlı, B. (2012). Nature and intensity of the pain following thoracotomy. *International journal of nursing practice*, 18 (1), 84-90.
- E88**- Ware, L. J., Bruckenthal, P., Davis, G. C., e O'Conner-Von, S. K. (2011). Factors That Influence Patient Advocacy by Pain Management Nurses: Results of the American Society for Pain Management Nursing Survey. *Pain Management Nursing*, 12 (1), 25-32.

**E89** -Tse, M. M. Y., Wan, V. T. C., e Ho, S. S. K. (2011). Physical exercise: does it help in relieving pain and increasing mobility among older adults with chronic pain? *Journal Of Clinical Nursing*, 20 (5/6), 635-644.

**E90** - Karimi, L., Miller, C. N., Donohue, L. A., Nunn, R. J., McGuinness, W., Czech, T. H. E., . . . Sunderland, J. F. (2012). Resolving chronic wound pain using low intensity laser therapy (LILT): a proof of concept study. *Wound Practice e Research*, 20 (3), 159-168.

**E91**-Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K.-A., e Dihle, A. (2012). The Norwegian Version of the Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain: Reliability and Validity. *Pediatric nursing*, 38 (5), 264-269.

**E92**- Hong, S.-J., e Lee, E. (2012). Effects of a structured educational programme on patient-controlled analgesia (PCA) for gynaecological patients in South Korea. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (23/24), 3546-3555.

**E93** -Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., e Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (5), 1082-1089.

**E94**- Harmon, J. R., Higgins, I., Summons, P., e Bellchambers, H. (2012). Efficacy of the use of evidence-based algorithmic guidelines in the acute care setting for pain assessment and management in older people: a critical review of the literature. *International Journal Of Older People Nursing*, 7 (2), 127-140.

**E95**- Hardwick, M. E., Pulido, P. A., e Adelson, W. S. (2012). Nursing intervention using healing touch in bilateral total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 31 (1), 5-11.

**E96**- Griffin, D. W., Harmon, D. C., e Kennedy, N. M. (2012). Do patients with chronic low back pain have an altered level and/or pattern of physical activity compared to healthy individuals? A systematic review of the literature. *Physiotherapy*, 98 (1), 13-23.

**E97**-Gregory, J., e Waterman, H. (2012). Observing pain management practice on a medical unit following changes arising from an action research study. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (23/24), 3523-3531.

**E98**-Gaskin, D. J., e Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *Journal of Pain*, 13 (8), 715-724.

**E99**- Fry, M., Hearn, J., e McLaughlin, T. (2012). Pre-hospital pain management patterns and triage nurse documentation. *International Emergency Nursing*, 20 (2), 83-87.

- E100-** Franck, L. S., Oulton, K., e Bruce, E. (2012). Parental Involvement in Neonatal Pain Management: An Empirical and Conceptual Update. *Journal of Nursing Scholarship*, 44 (1), 45-54.
- E101-** Finn, J. C., Rae, A., Gibson, N., Swift, R., Watters, T., e Jacobs, I. G. (2012). Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 43 (1), 29-37.
- E102-** Fenwick, C., Chaboyer, W., e St John, W. (2012). Decision-making processes for the self-management of persistent pain: A grounded theory study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 42 (1), 53-66.
- E103-** F.M, J.M, Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., e Schuurmans, M. J. (2012). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 49 (1), 65-71.
- E104-** Ertuğ, N., e Ülker, S. (2012). The effect of cold application on pain due to chest tube removal. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (5/6), 784-790.
- E105-** Dysvik, E., Kvaløy, J. T., e Natvig, G. K. (2012). The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6- and 12-month follow-up study. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (5), 1061-1072.
- E106-** Dijk, J. F. M., Kappen, T. H., Wijck, A. J. M., Kalkman, C. J., e Schuurmans, M. J. (2012). The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (21/22), 3018-3024.
- E107-** Denny, D. L., e Guido, G. W. (2012). Undertreatment of pain in older adults: an application of beneficence. *Nursing Ethics*, 19 (6), 800-809.
- E108-** Crisp, C. C., Bandi, S., Kleeman, S. D., Oakley, S. H., Vaccaro, C. M., Estanol, M. V., Pauls, R. N. (2012). Patient-controlled versus scheduled, nurse-administered analgesia following vaginal reconstructive surgery: a randomized trial. *American Journal of Obstetrics e Gynecology*, 207 (5), 433.e431-436.
- E109-** Connor, L. O. (2012). Critical care nurses' judgement of pain status: A case study design. *Intensive e Critical Care Nursing*, 28 (4), 215-223.

- E110-** Cicuto, A. G., Leite Belisário, C. R., e Tavares, B. B. (2012). Puerperal women's satisfaction with their delivery. [Spanish]. *Investigacion e Educacion en Enfermeria*, 30(2), 208-214.
- E111-** Cervo, F. A., Bruckenthal, P., Fields, S., Bright-Long, L. E., Chen, J. J., Guangxiang, Z., e Strongwater, I. (2012). The Role of the CNA Pain Assessment Tool (CPAT) in the Pain Management of Nursing Home Residents with Dementia. *Geriatric Nursing*, 33 (6), 430-438.
- E112-** Byrsell, F., Regnell, M., e Johansson, A. (2012). Adherence to treatment guidelines for patients with chest pain varies in a nurse-led prehospital ambulance system. *International Emergency Nursing*, 20 (3), 162-166.
- E113-** Brooks, P. B. (2012). Postoperative Delirium in Elderly Patients. *American Journal of Nursing*, 112 (9), 38-51.
- E114-** Bokhari, F. N., McMillan, D. E., McClement, S., e Daeninck, P. J. (2012). Pilot Study of a Survey to Identify the Prevalence of and Risk Factors for Chronic Neuropathic Pain Following Breast Cancer Surgery. *Oncology Nursing Forum*, 39 (2), E141-149.
- E115-** Biçici, B., e Yapucu Güneş, Ü. (2012). The validity and reliability of the Turkish version of short-form McGill Pain Questionnaire in patients with leukemia. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (23/24), 3328-3334