

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

UM CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE  
ARQUÉTIPOS - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA  
SOBRE A 'DOR'

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pelo  
Professor Doutor Paulo Marques

Carla Alzira de Castro Araújo

Porto, 2014



## **Agradeço,**

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

À Professora Doutora Célia Santos por me ter motivado a terminar esta jornada.

À Sara pela ajuda e paciência que teve comigo durante estes meses.

Aos meus avós por me fazerem sentir o orgulho que têm em mim.

Ao Adão por me ensinar que tudo é possível com trabalho, dedicação e esforço.

À Amélia pela preocupação e pela disponibilidade que tem para mim nos bons e maus momentos (principalmente nos maus).

Ao Cristiano por me ter proporcionado as condições necessárias e por me proteger quando precisei.

Ao João por ser a pessoa que é para mim.

À Júlia pela preocupação diária.

À Daniela por ser a minha “prima”...

Aos meus amigos pela compreensão das minhas ausências.

Ao Joel pelo apoio incondicional.

Muito obrigada!



## RESUMO

A dor, pela sua frequência e potencial para causar incapacidades é um importante problema de saúde pública, que justifica uma atuação planejada, organizada e validada cientificamente, justificando-se, assim, a investigação neste domínio problemático. Neste sentido, foi realizado um estudo que tem por objetivo identificar os conceitos e termos necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “dor”, contribuindo para o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados centrados na problemática da “dor”, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. A construção destes modelos de partilha de informação visa melhorar de modo significativo o acesso aos cuidados de enfermagem e a sua qualidade.

A metodologia adotada foi a Revisão Integrativa da Literatura, com uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE *with Full Text*, MedicLatina, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* presentes no motor de busca EBSCOhost Web, 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. Após a identificação de uma amostra de 500 artigos, passíveis de serem abordados por um investigador, a análise mais pormenorizada veio a selecionar 89 artigos.

No que diz respeito aos resultados encontrados, os dados relativos à dor podem ser obtidos diretamente a partir do doente quando este é capaz de se expressar verbalmente ou indiretamente através da observação e obtenção de alguns indicadores comportamentais (choro, gemido, a fâcias, entre outros) e dos

processos corporais (alteração dos sinais vitais). Foram encontradas duas dimensões que afetam a dor assim como a dor afeta estas dimensões de alguma forma, considerando-se as Crenças e o Autocontrole. A escolha do instrumento de avaliação da dor deve atender ao tipo de dor, à idade e à situação clínica do doente. Para avaliar a intensidade da dor devem ser sempre privilegiados os instrumentos de autoavaliação (unidimensionais) que devem ser escolhidos de acordo com as características do doente. Nos doentes com alterações cognitivas e/ou incapacidade de comunicar devem ser privilegiados os instrumentos de heteroavaliação (multidimensionais) baseados nos sinais fisiológicos e comportamentais observáveis. De forma geral, este estudo evidenciou que os conceitos e termos constantes da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem são suficientes para uma descrição completa e abrangente dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a dor e que emergem desta revisão integrativa, embora as suas limitações, em termos de amostra, não permitam a sua afirmação inequívoca. Não obstante, considera-se necessária a realização de outros estudos idênticos e complementares a este, bem como uma análise à documentação em uso nos estabelecimentos que utilizam aquela linguagem classificada.

**Palavras-chave:** Dor; Diagnóstico; Enfermagem; Sistemas de Informação em Enfermagem e Modelos Clínicos de Dados.

# **A CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF ARCHETYPES - INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE ON A 'PAIN'**

## **ABSTRACT**

Pain, by its frequency and potential to cause disability is a major public health problem that justifies a planned, organized action and scientifically validated, thus justifying research in this problem area. In this sense, a study that aims to identify the concepts and terms necessary to the description of nursing diagnoses by taking the "pain" as a focus, contributing to the development of clinical data models centered on the "pain" problematic was carried out based on the International Classification for Nursing Practice. The construction of these models of information sharing aims to significantly improve access to nursing care and its quality.

The methodology adopted was an Integrative Literature Review, with a literature search in the databases CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews present in EBSCOhost Web search engine using the following inclusion criteria: in Portuguese, English and Spanish, abstracts or full texts free access; publication from 01/01/2002 to 31/12/2012, including the title (TI) , abstract (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 \*algnesia \*. All article categories in adult humans. After identification of a sample of 500 articles, which can be addressed by a researcher, the most detailed analysis came to select 89 items.

With regard to the results, the data relating to pain can be obtained directly from the patient when he is able to express themselves verbally or indirectly through observation and getting some behavioral indicators (crying, moaning, the face expression, among others) and bodily processes changes in vital signs. Two dimensions that affect the pain as well as pain affects these dimensions somehow, considering the beliefs and auto control were found. The choice of instrument for pain assessment must consider the type of pain, age and clinical status of the patient. To assess the intensity of pain should always be privileged instruments of self-assessment (one-dimensional) which must be chosen according to the characteristics of the patient. In patients with cognitive and/or inability to communicate must be privileged the instruments of hetero evaluation (multidimensional) based on physiological and behavioral observable signs. Overall, this study showed that the concepts and terms contained in the International Classification for Nursing Practice are sufficient for a complete and comprehensive description of nursing diagnoses related to pain and emerge from this integrative review, although its limitations in terms of the sample prevent its unequivocal affirmation. Nevertheless, it is considered necessary to carry out other similar and complementary studies to this one and a review of the documentation in use in establishments that use that classified language.

**Keywords:** Pain; Diagnosis; Nursing; Nursing Information Systems; Clinical Data Models.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

ADL - Archetype Definition Language

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CINAHL-Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

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

EF - Escala de faces

EN - Escala numérica

EQ - Escala qualitativa

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVA - Escala visual analógica

IASP- International Association for the Study of Pain

ICN - International Council of Nurses

ISO - International Standardization Organization

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)

PBE - Prática Baseada na Evidência

PIPP - Premature Infant Pain Profile (PIPP)

PNCODOR - 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

TIC - Tecnologias e Informação e Comunicação

## INDICE

0. INTRODUÇÃO.....	15
1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO E CONCEITOS CENTRAIS.....	19
1.1.1. <i>Classificação da dor</i> .....	22
1.1.2. <i>Avaliação da dor</i> .....	24
1.1.3. <i>Intervenções na dor</i> .....	26
1.2. Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).....	27
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	35
2.1. Justificação do estudo.....	35
2.2. Finalidade e Objetivos.....	36
2.3. Desenho do estudo.....	37
2.3.1. <i>Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa</i> .....	39
2.3.2. <i>Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura</i> .....	42
2.3.3. <i>Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos</i> .....	44
2.3.4. <i>Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa</i> .....	48
2.3.5. <i>Interpretação dos resultados</i> .....	48
2.3.6. <i>Apresentação da revisão/síntese do conhecimento</i> .....	49
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
3.1. Dados Necessários ao Processo Diagnóstico.....	51
3.2. Dimensões associadas ao diagnóstico dor.....	65
3.2.1. <i>Crenças</i> .....	66
3.2.2. <i>Autocontrolo</i> .....	68
3.3. Conceitos associadas à dor.....	70

3.3.1. <i>Dor</i> .....	70
3.3.2. <i>Dor lombar</i> .....	72
3.3.3. <i>Dismenorreia</i> .....	73
3.3.4. <i>Dispareunia</i> .....	74
3.3.5. <i>Dor crónica</i> .....	74
3.3.7. <i>Dor aguda</i> .....	75
3.3.8. <i>Dor Pós-operatória</i> .....	75
3.3.9. <i>Dor oncológica</i> .....	76
3.4. Foco da Prática de Enfermagem.....	77
3.5. Cliente.....	78
3.6. Juízo para o foco dor.....	79
3.7. Tempo associado ao diagnóstico da dor.....	80
4. CONCLUSÕES.....	83
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	97
ANEXO 1 - Tabela mestra dos dados recolhidos.....	99
ANEXO 2 - Bibliografia e numeração dos artigos incluídos.....	109

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos encontrados em cada uma das bases de dados. ....	43
Tabela 2 - Tipo de estudos da categoria “Interessam” .....	45
Tabela 3 - Categorias dos artigos “não interessam” .....	47
Tabela 4 - Instrumentos de avaliação da Dor. ....	54
Tabela 5 - Indicadores comportamentais de Dor. ....	59
Tabela 6 - Parâmetros fisiológicos/processos corporais da Dor. ....	60
Tabela 7 - Impacte nas atividades de vida/autocuidado. ....	65
Tabela 8 - Dimensões da definição da Dor. ....	72
Tabela 9 - Focos presentes nos artigos. ....	78
Tabela 10 - Eixo tempo. ....	81



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de terminologia de referência para enunciar o diagnóstico de Enfermagem, segundo a Norma ISO 18104. ....	31
Figura 2 - Localização anatômica da dor.....	52
Figura 3 - Dimensões associadas ao diagnóstico de dor. ....	69



## 0. INTRODUÇÃO

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e interferindo no seu estado físico e psicossocial. A dor é uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, pois envolve componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. Embora se consiga sobreviver com dor, constata-se uma interferência no bem-estar, nas relações sociais e familiares e no desempenho profissional, influenciando assim o bem-estar das pessoas. Nessa medida, a avaliação da dor constitui-se como uma premissa na prática clínica do enfermeiro, que tem por objetivo a prestação de um cuidado individualizado, dirigindo-se à causa desencadeante a fim de aliviá-la (Rigotti e Ferreira, 2005).

Os avanços da tecnologia e a melhoria dos cuidados de saúde, entre outros fatores, têm aumentado a esperança média de vida e a sobrevivência de pessoas com doenças crónicas. Tal circunstância acarreta um exponencial aumento na incidência e prevalência de situações desencadeadoras de dor (Ribeiro e Santos, 2008).

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital, o que implica a sua avaliação e registo ao mesmo tempo e no ambiente clínico em que são monitorizados os sinais vitais clássicos como a temperatura, o pulso, a respiração e a pressão arterial (Rigotti e Ferreira, 2005).

Em Portugal, sendo o controlo da dor um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, a Direção Geral de Saúde (2003) instituiu a dor com o 5º sinal vital, determinando-se, como norma de boa prática, que a presença de dor e sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, avaliadas, diagnosticadas, documentadas e, em consonância, implementadas medidas para a sua minimização e controlo.

Simultaneamente e em consequência, a dor e as suas características têm vindo a assumir um destaque cada vez maior para as organizações e para os profissionais de saúde, pelo facto da sua integração nos Sistemas de Informação. Os debates sobre o desenvolvimento de Sistemas de Informação em saúde têm revelado a existência de uma preocupação crescente com a informação e, sobretudo, com o aproveitamento que dela se faz na área da saúde. Alguns investigadores que se têm debruçado sobre este domínio, em particular na área dos sistemas de informação em enfermagem (Silva, 2001; Sousa, 2006; Pereira, 2007), salientam que a informação em saúde é, se não o mais importante, pelo menos um dos recursos fundamentais para o sucesso das instituições de saúde, e um dos contributos essenciais para a excelência dos cuidados que se prestam.

No caso da dor, o processo de documentação de dados torna-se problemático para os enfermeiros devido à natureza complexa do fenómeno, ao tipo de intervenções e ao contexto em que ocorre. Esta situação implica uma recolha sistemática de dados a partir de atividades diagnósticas, com o intuito de formular diagnósticos de Enfermagem, planear intervenções e formas de avaliar o seu impacte no cliente, o que leva a uma grande quantidade de dados. É, por isso, necessário saber proceder à sua gestão, de forma a validar a informação, conferindo-lhe aplicabilidade, sendo indispensável a sua disponibilidade no momento e no local em que é necessária. Nessa medida, torna-se fundamental o desenvolvimento de Sistemas de Informação, centrados em Modelos Clínicos de Dados (MCD), capazes de transformar a informação em conhecimento (Goossen, 2000; Sousa, 2006; Pereira, 2007).

Os factos apontados levaram à identificação da necessidade de produzir estudos centrados na substância dos fenómenos relevantes para a prática clínica de enfermagem, que pudessem ser uma mais-valia para o desenvolvimento dos referidos MCD. Nessa medida e com o propósito de dar subsídios sobre esta temática, desenvolveu-se um estudo com os seguintes objetivos:

- Identificar os conceitos necessários à descrição dos diagnósticos de enfermagem no domínio da ‘dor’; e
- Identificar os termos necessários à descrição dos diagnósticos de enfermagem relativos à ‘dor’.

E cuja finalidade passou por contribuir para o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados em Enfermagem centrados na problemática da dor, com

potencial para influenciaram de forma positiva a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O estudo que aqui se explana decorreu no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e a metodologia adotada insere-se no paradigma qualitativa, recorrendo-se a uma Revisão Integrativa da Literatura, por ser o método que permite a procura sistemática, a avaliação crítica e a síntese das evidências encontradas sobre um dado tema em estudo, possibilitando o estabelecimento de conclusões gerais sobre determinado assunto.

Este estudo passou por várias fases que serão descritas neste documento, que se encontra dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo será abordada a problemática em estudo e os conceitos centrais, bem como a sua importância para a enfermagem no domínio Médico-Cirúrgico; no segundo capítulo será descrita a metodologia utilizada para a realização desta revisão; no terceiro capítulo serão apresentados os resultados e a respetiva discussão; e no quarto capítulo apresentar-se-ão as conclusões que se retiraram da respetiva análise dos dados.



## 1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO E CONCEITOS CENTRAIS

A apresentação da problemática em estudo e dos conceitos centrais é fundamental para a compreensão da investigação desenvolvida. Esta exposição será sustentada por um conjunto de referências e autores “peritos” na temática em análise.

A dor é, pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, um verdadeiro problema de saúde pública, que justifica, a bem da promoção da redução das desigualdades, da qualidade de vida e da humanização dos cuidados de saúde, uma atuação planeada, organizada e validada cientificamente (Direção Geral de Saúde, 2001). Esta atuação envolve a avaliação, o planeamento e a documentação diária das características da dor.

A preocupação e a importância atribuída à existência e produção de documentação de enfermagem já existem desde o tempo de Florence Nightingale, que assumia a importância dos registos e a necessidade de os preservar, no sentido de que essa documentação espelhasse o cuidado de enfermagem sobre o estado de saúde do indivíduo. Hoje em dia, as preocupações de Nightingale continuam bem atuais, não só devido às dificuldades sentidas aquando dos registos, mas também no encontrar caminhos que salientem o papel primordial da documentação de enfermagem na evolução da profissão (Pinto, 2009).

Segundo Figueiroa-Rêgo (2003, p. 39), “registar em enfermagem é a ação de colocar por escrito factos (dados interpretados) relacionados com a pessoa/indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, ou seja, os registos/documentação de enfermagem geram informação”. Essa informação serve como base para a prestação de cuidados e deverá conter não só os dados observados e interpretados (diagnóstico de enfermagem), mas também as intervenções e os resultados de enfermagem.

Durante muitos anos, a documentação da prática clínica diária dos enfermeiros assentou num suporte de papel, o que dificultava a continuidade de cuidados, a produção de indicadores e a investigação. Essa documentação levava a uma vasta produção de dados sem qualquer agregação, tornando ineficiente a

gestão do recurso “informação”, para uma tomada de decisão racional e objectiva por parte dos enfermeiros, o que é destacado por Goossen (2000, p. 6) quando afirma que “os suportes de papel não podem apreender e transferir apropriadamente todos os dados que são necessários”. Estes factos levaram à necessidade de mudanças no modelo de documentação e à utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC (Goossen, 2010). Alguns autores, como Sousa, salientaram o facto de que esta transformação nos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) poderia constituir “uma mais-valia, no aspeto de servir de suporte legal nos cuidados de enfermagem prestados (documentação legal); dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente para os ganhos em saúde das populações; facilitar a gestão e formação; promover a investigação e promover a continuidade nos cuidados” (2006, p. 42).

Devido à alteração no padrão de documentação dos cuidados de enfermagem, surgiu a “necessidade de uma nomenclatura comum em enfermagem com a finalidade de melhorar a comunicação entre enfermeiros, bem como, entre estes últimos e outros profissionais; de descrever o cuidado de enfermagem ao longo do contínuo dos cuidados; de garantir que os dados de enfermagem possam ser comparados; de calcular, com mais rigor, a alocação de recursos de enfermagem de acordo com as necessidades dos clientes/utentes; de estimular a investigação em enfermagem, através dos dados disponíveis nos SI; de proporcionar a observação da prática de enfermagem através dos SI e, deste modo, influenciar as decisões políticas na área da saúde e de promover os sistemas electrónicos de documentação clínica otimizando a comunicação, bem como, a tomada de decisão em enfermagem” (Silva, 2006, p. 112), o que veio a ser conseguido com a utilização de diversas linguagens classificadas.

Atualmente, a nomenclatura utilizada nos SIE mais usados em Portugal é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), na sua versão Beta. 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 clínica, 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 através da investigação, educação, gestão e política (International Council of Nurses, 2005).

No sentido de contribuir para a progressão dos dados até ao conhecimento de enfermagem e dada a pertinência atribuída aos registos/documentação de enfermagem, importa perceber se a classificação em uso é suficiente para descrever de uma forma abrangente e completa os problemas relacionados com o fenómeno da dor.

Deste modo, os conceitos centrais abordados neste capítulo serão a dor, os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

## 1.1. A dor como um fenómeno complexo

A dor que as pessoas sentem, constitui um aspeto de saúde com relevância para a prática clínica de enfermagem e para a investigação. Efetivamente, os enfermeiros, de acordo com o seu mandato social, têm como um dos seus desígnios o cuidado às pessoas com dor. Por isso, é essencial que possuam conhecimentos e capacidades para proceder ao diagnóstico da dor que a pessoa percebe e, que prescrevam e implementem as intervenções mais apropriadas (Ribeiro e Cardoso, 2007).

A presença de dor acarreta um aumento substancial de desconforto, além de muitos dos doentes estarem impossibilitados ou com dificuldade em comunicarem a dor que sentem, pelo uso frequente de dispositivos médicos e restrições impostas pelos métodos terapêuticos (Pimenta et al, 1995 cit. por Vila e Mussi, 2001). Deste modo, o alívio da dor e a promoção do conforto devem ser prioritários, não apenas por razões humanas e éticas, mas também pela melhoria que produz no estado físico, mental e social do doente.

Enquanto profissional de saúde com elevada proximidade e tempo de contacto com o doente, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para promover o controlo da dor. As intervenções de enfermagem junto à pessoa com dor devem incluir a avaliação, o controlo e o ensino, acerca das estratégias não farmacológicas que contribuam para a sua diminuição, por exemplo, sendo também importante proceder à sua documentação (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Os autores são unânimes em considerar que a atuação do enfermeiro, junto do doente com dor, deve ter em consideração que cada indivíduo é culturalmente único e o produto de experiências, crenças e valores passados que foram ensinados e transmitidos de geração em geração. As percepções sobre saúde e doença são construídas através de fatores culturais e, em consequência, os indivíduos apresentam comportamentos distintos em relação aos cuidados de saúde (Potter e Perry, 2006).

Nessa medida, o papel do enfermeiro, nomeadamente na área da enfermagem médico-cirúrgica, consiste em valorizar as queixas dos doentes sem fazer juízos sobre a intensidade que lhe é relatada e sem projetar os seus próprios valores e comportamentos, ao avaliar a atitude daqueles que necessitam dos seus cuidados (Metzger, Schwetta e Walter, 2002). Deste modo, para o enfermeiro, o processo de tomada de decisão implica um conhecimento acerca do que é a dor, como se manifesta, bem como os conhecimentos e as habilidades que a pessoa tem para lidar com o seu problema.

### **1.1.1. Classificação da dor**

Apesar de a dor se manifestar através de distintas respostas em diferentes pessoas, condicionadas pelas circunstâncias e história de vida, o enfermeiro necessita de saber reconhecer o padrão mais comum, isto é, as suas características definidoras. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro serão mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e a interpretação da dor (Ribeiro e Cardoso, 2007).

Devido às diferentes manifestações da dor, esta é de difícil definição, surgindo por isso variações na literatura. Uma das primeiras definições de dor que surgiu na literatura é de 1979 e pertence à *International Association for the Study of Pain* (IASP). Esta associação 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” (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 2003, p. 4). Por seu lado, a Direção Geral de Saúde, no Programa Nacional de Controlo da dor (PNCODOR) 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), remetendo para múltiplas dimensões.

Nesse mesmo ano, a Ordem dos Enfermeiros (2008) caracterizou a dor como uma experiência subjetiva de sofrimento, em que existe uma sensação corporal desconfortável e que pode ser expressa através de diversas características (por exemplo: expressão facial, alteração do tónus muscular e inquietação). Por seu turno, na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), o foco dor é definido como uma “perceção comprometida: aumento da 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 contacto social, processo do pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (ICN, 2011, p. 50). É por isso bem evidente a existência de particularidades e aspetos comuns entre os diferentes autores.

Complementarmente, a dor, de acordo com as suas características específicas - a origem, as manifestações, a duração, a intensidade, a frequência e os fatores relacionados - assume diferentes designações e implica, frequentemente, distintas intervenções. Daí a importância do diagnóstico diferencial (Ribeiro e Cardoso, 2007, p.4). A versão 2.0 da CIPE<sup>®</sup> (2011) distingue vários tipos de dor: dor oncológica, dor cutânea, dor músculo-esquelética, dor visceral, dor neurogénica, dor vascular, dor de trabalho de parto e disúria. Na estrutura de organização dos tipos de dor apresentados, surgem alguns subtipos. Relativamente à dor visceral é possível distinguir quatro: a) cólica, b) dismenorreia, c) tensão pré-menstrual e d) dispareunia. A dor por ferida é um tipo de dor cutânea. Relativamente à dor de trabalho de parto podemos distinguir a dor por falso trabalho de parto, a dor por período de dilatação cervical e a dor por período expulsivo. A dor fantasma é um tipo de dor neurogénica. Em relação à dor vascular, faz-se a distinção entre a enxaqueca e a dor isquémica. A dor por fratura é um tipo de dor óssea, que por sua vez é um tipo de dor musculo-esquelética assim como a dor muscular e a dor artrítica.

Em suma, o conhecimento dos conceitos dos diferentes tipos de dor é essencial para a enunciação dos diagnósticos de Enfermagem.

### 1.1.2. Avaliação da dor

De acordo com o Guia Orientador para a Boa Prática da Dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008), a avaliação é fundamental para o controlo da dor. Margo McCaffery (cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2008) salienta o carácter pessoal e subjetivo da experiência de dor dando relevância ao auto-relato, ao afirmar que dor é “aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”.

Para proceder à avaliação da dor existem diversas estratégias, como a entrevista, a observação do comportamento, o autorrelato, entre outras. A utilização sistemática de instrumentos (ex. escalas, questionários, inventários) tem sido entendida como uma mais-valia na avaliação da dor (Metzger, Schwetta e Walter, 2002). Existem instrumentos que avaliam uma dimensão, sendo considerados unidimensionais. São disso exemplo a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces; pelo contrário, há aqueles que avaliam várias dimensões (multidimensionais), de que são exemplos o Brief Pain Inventory, o Questionário de Dor de McGill (Pimenta e Teixeira, 1997 cit. por Ribeiro e Cardoso, 2007), os Diários de Dor. E outros que constituem escalas comportamentais (Doloplus f - utilizada em idosos; *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau - Né* (EDIN); *Neonatal Infant Pain Scale* - NIPS; *Crying Requires Oxygen for saturation Increase Vital Signs Expression and Sleeplessness* - CRIES; *Premature Infant Pain Profile* - PIPP; Sistema de codificação da atividade facial Neonatal - NFCS; *Échelle Douleur Aigue du Nouveau - Né* (DAN); e Escala Objetiva de Dor - OPS, utilizada em crianças).

As escalas unidimensionais avaliam somente uma dimensão da dor através do autorrelato da sua intensidade. Embora úteis na dor aguda de etiologia clara (ex. dor aguda no pós-operatório), podem simplificar em demasia a avaliação de alguns tipos de dor. Assim, estudiosos na área da dor recomendam a utilização de instrumentos de avaliação multidimensionais na avaliação da dor complexa ou persistente (NPC e APS, 2005, cit. por Ribeiro e Cardoso, 2007). 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 a sua

utilização consiste na observação de parâmetros comportamentais e fisiológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Existem características da dor que, com ou sem aqueles instrumentos, devem ser sistematicamente avaliadas na pessoa com dor, como a localização, a intensidade e a qualidade da dor. A localização pode ser determinada pelo próprio, tanto pela descrição verbal como pela delimitação da área, ou até por alguma outra indicação que sugira indiretamente o local da sua manifestação. Com o propósito de determinar a extensão e a irradiação da dor devem ser colocadas questões, sempre que possível, tais como: “onde lhe dói? A dor estende-se do local onde começou? É superficial ou profunda?” (Ribeiro e Cardoso, 2007, p.8). A intensidade pode ser obtida pelo relato individual, já que a pessoa que experimenta a dor é a única que conhece a sua intensidade (Metzger, Schwetta e Walter, 2002).

A consistência na classificação da dor, para efeitos da sua caracterização, promove a sua monitorização, desde a avaliação inicial à avaliação da eficácia das intervenções, sendo extremamente importante para a continuidade de cuidados e também para a investigação. A utilização de um instrumento de medida impõe a partilha do que está a ser avaliado e do seu significado, isto é, quando o doente classifica a intensidade da sua dor num dado valor, esse valor terá um significado comum entre a pessoa e o enfermeiro. Está também implícito o uso da mesma escala para o mesmo doente e a especificação do significado de cada parâmetro (DGS, 2003).

A qualidade da dor é também um aspeto relevante para a sua caracterização. As palavras e os gestos da pessoa podem constituir dados relevantes para o processo diagnóstico, na medida em que cada indivíduo tem um modo próprio de expressar o que sente. McCaffery e Beebe (1992 cit. por Ribeiro e Cardoso, 2007) destacam ainda a importância de observar e valorizar os comportamentos da pessoa. O modo de expressar a dor pode ser condicionado tanto pelas características pessoais - experiências anteriores, capacidade de comunicação, idade, entre outras -, como pela perceção da dor - estado de consciência, integridade do sistema nervoso, estado físico e estado emocional -, ou até por aspetos socioculturais e ambientais (Carpenito, 1997; Black e Matassarini-Jacobs, 1996, cit. por Ribeiro e Cardoso, 2007).

O início e duração da dor, as variações ao longo do tempo, os fatores que aliviam e/ou que agravam a perceção da dor constituem, também, dados que auxiliam na caracterização da dor (Ribeiro e Cardoso, 2007), daí que a recolha,

valorização e interpretação de todos os dados que permita determinar a necessidade em cuidados - os diagnósticos de enfermagem (Ribeiro e Cardoso, 2007).

### **1.1.3. Intervenções na dor**

A identificação do diagnóstico de enfermagem condiciona a etapa seguinte: a decisão acerca da melhor intervenção de enfermagem, que para o International Council of Nurses “é entendida como a ação implementada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, no sentido de produzir um resultado” (ICN, 2006, p. 16).

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, de tal modo que, sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou identifique a sua presença deve intervir na promoção de cuidados que a aliviem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Controlar a dor e promover o conforto são dois aspetos importantes nos cuidados de enfermagem. Sempre que possível, o enfermeiro deve planear intervenções que consigam um alívio satisfatório da dor, com medidas não farmacológicas (Elkin, Perry e Potter, 2005), como sejam as técnicas cognitivo-comportamentais, as técnicas físicas e as técnicas de suporte emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2008). O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) recomenda que a terapêutica para a dor deve envolver não só medidas farmacológicas, mas também, medidas não farmacológicas.

Pimenta (2000), também considera que o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que atuem nos diversos elementos da dor. De acordo com esta autora, essas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos doentes e prestadores de cuidados, sempre que tal for possível e adequado, para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo da situação, incentivando a participação e responsabilização no tratamento por parte do cliente alvo dos cuidados.

Também Smeltzer e Bare (2002) corroboram esta ideia ao relatar que o alívio da dor pode ser alcançado por meios farmacológicos e não farmacológicos, mas a maior parte do sucesso será conseguido com uma combinação de ambos. Embora as técnicas não farmacológicas não substituam os analgésicos, sobretudo nas situações agudas, podem funcionar como adjuvante ao tratamento farmacológico, logrando ser úteis na redução da dosagem da medicação e na diminuição da dor enquanto a medicação não produz efeito (Phipps, Sands e Marek, 2003).

No próximo subcapítulo será demonstrada a importância dos Sistemas de Informação em Enfermagem e da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para a profissão de Enfermagem, nomeadamente no que se reporta ao domínio em estudo.

## **1.2. Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**

A documentação da atividade diária dos enfermeiros, sustentada em Sistemas de Informação, tem conduzido a uma elevada quantidade de dados relativos à condição de saúde das pessoas. Os dados de Enfermagem são ferramentas para a elaboração e registo do processo de Enfermagem. Assim, estes dados, uma vez processados, produzem a informação de Enfermagem que, por sua vez, quando analisada e interpretada, produz o conhecimento de Enfermagem (Pain American health organization, 2001 cit. por Marin, Barbieri e Barros, 2010).

Para que esses dados possam conduzir a ganhos em saúde, torna-se necessário introduzir mudanças na forma como se processa a sua gestão na saúde, reduzindo a demora com que são analisados. Idealiza-se um novo sistema em que os dados passem a ser processados em tempo real, conduzindo de forma oportuna a subsídios para o planeamento e a intervenção em saúde, bem como a ações para

a melhoria da qualidade dos dados e dos cuidados, fim último de todo o processo (Cunha, 2008).

Nesse sentido, dos programas e políticas de saúde vigentes, têm emergido orientações estratégicas e intervenções em torno da gestão da informação e do conhecimento. Verifica-se um esforço com vista à melhoria dos processos de colheita, processamento, análise e transmissão da informação fundamental para o planeamento, organização, operacionalização e avaliação dos serviços de saúde, isto é, privilegia-se o aperfeiçoamento dos SI, essenciais tanto para a gestão do sistema como para o conhecimento do estado de saúde dos portugueses (Cunha, 2008).

As dificuldades sentidas na gestão de informação na saúde têm levado governos e entidades responsáveis, bem como profissionais de saúde, a demonstrarem um crescente envolvimento nos processos de desenvolvimento de SI, que permitam uma utilização racional e eficiente da informação, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados. Nesse sentido, parece ser consensual a ideia da necessidade básica de aceder à informação gerada pelos enfermeiros, garantindo que esse acesso se torne extensivo a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz, o que torna “necessário que se proceda à gestão e organização deste recurso, definindo com clareza que tipo de informação deverá ser documentada, e desta, qual deverá ser partilhada, de forma a consolidar um Sistema de Informação de Enfermagem adequado” (Sousa, Frade e Mendonça, 2005, p. 369).

Autores como Rives, Contois e Anhoury (2004), Guimarães e Évora (2004), entre outros, apontam alguns benefícios da utilização dos sistemas informatizados, dos quais destacam: a obtenção de informação organizada mais acessível que facilite o processo de comunicação; a promoção da eficiência e produtividade (facilitar o desempenho, diminuir o tempo gasto em atividades burocráticas, e maior disponibilidade para o cuidado direto ao doente); a promoção da eficácia do cuidado, pois permite auxiliar os enfermeiros na tomada de decisão - registos padronizados que facilitam a avaliação e pesquisa científica com conseqüente produção de “saber” (Cunha, Ferreira, Rodrigues, 2010).

Apesar das vantagens enumeradas, ainda existem alguns obstáculos ao desenvolvimento dos SIE. Rodrigues (2001) afirma que as principais limitações para o seu desenvolvimento incluem a pouca familiaridade dos enfermeiros com a tecnologia, a sua escassa participação no processo de decisão na aquisição de equipamentos, o não envolvimento efetivo no desenvolvimento dos sistemas, o

elevado custo da implementação das tecnologias, as diferenças entre o conhecimento formal e informal, a falta de estruturação dos dados, a inexistência de um conjunto mínimo de dados e o acesso parcial por parte dos enfermeiros a estes dados (Sousa, Frade e Mendonça, 2005), o que vem de encontro à necessidade de desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados, para o qual este estudo pretende contribuir.

De forma a ultrapassar estes entraves, a Ordem dos Enfermeiros (2007) em conjunto com o ICN elaborou um documento onde foram definidos um conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento dos SIE. Um dos princípios gerais enumerados nesse documento está relacionado com as aplicações informáticas de suporte, que deverão funcionar de modo integrado/interoperável com os módulos existentes ou a desenvolver e, ao mesmo tempo estarem em conformidade com as normas internacionais de referência (ex.: ISO, CEN, HL7, OpenEHR) e o estado da arte no momento da sua criação (Ordem dos Enfermeiros, 2007), o que remete claramente para as questões mais substantivas.

Constata-se assim a necessidade de facilitar a partilha e uso da informação produzida pelos enfermeiros, assegurando que a mesma é compreendida pelos seus utilizadores. Embora a literatura científica remeta com frequência para a interoperabilidade técnica, como o desafio central para manter os sistemas de informação interoperáveis, o problema não se limita a essa dimensão. De acordo com Sousa (2006), a referência à partilha de dados produzidos pelos enfermeiros, em particular à sua compreensão pelos utilizadores, mantendo o objetivo clínico e operacional, o contexto e o significado da informação, reporta-se à interoperabilidade semântica, que é um aspeto basilar da interoperabilidade, e que é fundamental quando se trata dos cuidados de enfermagem.

É neste contexto, que emerge a importância das terminologias em Enfermagem, facto que levou a Ordem dos Enfermeiros a assumir a CIPE<sup>®</sup>, como o standard internacional de terminologia de enfermagem, a ser garantido em todos os Sistemas de Informação em Saúde, nomeadamente no Registo de Saúde Eletrónico (Sousa, 2006).

O primeiro grande contributo em Portugal para a implementação da CIPE emerge da investigação de Silva (1995). A curiosidade em relação aos benefícios desta nova linguagem gerou um grande movimento de formação em contextos da prática clínica e várias pesquisas foram emergindo (Fernandes, 2005; Leal, 2006; Sousa, 2006; Simões e Simões, 2007; Pereira, 2007; Cunha, 2008 cit. por Cunha, Ferreira e Rodrigues, 2010).

A CIPE<sup>®</sup>, enquanto classificação - estrutura organizadora do conhecimento da Enfermagem - fornece termos para enunciar diagnósticos e intervenções de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem é entendido como o enunciado que resulta do processo de diagnóstico que o enfermeiro realiza - recolha e valorização dos dados -, determinando as intervenções a implementar. Esta noção é veiculada pelo ICN (2002) que define diagnóstico de enfermagem como a designação atribuída à decisão sobre o fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem.

Para descrever o diagnóstico, o ICN definiu que podiam ser usados termos de qualquer um dos sete eixos: o foco, a localização (orientação anatómica), tempo (intervalo ou duração de uma ocorrência) ou mesmo outro foco (conhecimento, capacidade). Entretanto, a conceção de que a CIPE é uma classificação estruturada em eixos deixou de ser atual, passando a ser perspetivada mais como uma ontologia, isto é, um conjunto de conceitos e termos para descrever uma área de conhecimento ou para construir uma representação desse conhecimento.

Nesse sentido justifica-se a realização deste estudo, pois pretende contribuir para a identificação dos conceitos e termos apontados na literatura científica, necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “dor”, e saber se a classificação em uso na maioria das instituições de saúde, em Portugal, permite a sua enumeração exaustiva. Deste modo, espera-se poder auxiliar a construção de Modelos Clínicos de Dados, no domínio dos conteúdos relativos ao fenómeno dor.

As atuais orientações para a construção dos diagnósticos de enfermagem seguem a norma 18104: 2003 da International Standardization Organization e são apresentadas na Figura 1.

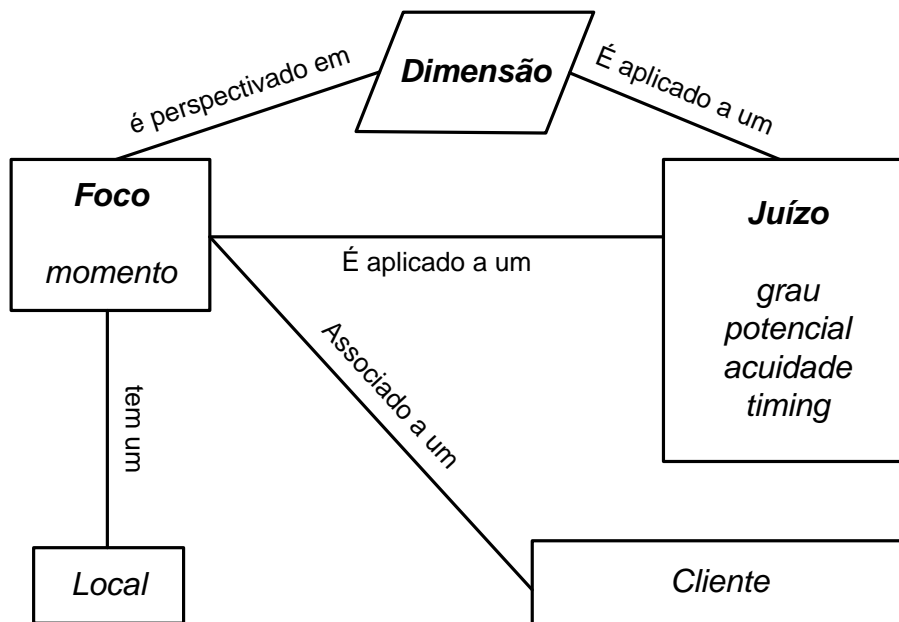


Figura 1- Modelo de terminologia de referência para enunciar o diagnóstico de Enfermagem, segundo a Norma ISO 18104.

De acordo com esta norma, um diagnóstico de enfermagem é perspectivado como um julgamento sobre um foco ou como um julgamento numa determinada dimensão (qualidade detida por um indivíduo ou grupo, 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 (ISO 18104: 2003).

O propósito desta norma é “acomodar as várias terminologias e classificações atualmente usadas pelos enfermeiros, para a documentação de dados dos clientes. Uma terminologia de referência com representação de conceitos facilita o mapeamento dos termos de enfermagem em outras terminologias de saúde, promovendo a integração dos sistemas de informação. Desde o início, a criação das terminologias de enfermagem foi motivada pela necessidade de obter um formato de registo compatível com a necessidade de processamento computacional, viabilizando pesquisas comparativas e análises de resultados a fim de melhorar e fortalecer o corpo de conhecimento da enfermagem” (Marin, 2009, p.446). A mesma autora salienta ainda que “um modelo de terminologia de referência pode servir de instrumento para facilitar a representação dos diagnósticos e ações de enfermagem e seus relacionamentos, de forma a que se possa realizar análise computacional, promovendo avaliações sistemáticas das terminologias e dos modelos existentes, facilitando a

harmonização entre as diversas terminologias em uso, para fornecer uma linguagem que descreva a estrutura dos conceitos dos diagnósticos e ações de enfermagem, de forma a integrar os modelos de informação” (2009, p.446).

Deste modo e de acordo com a norma ISO 18104, na estrutura de organização dos conceitos incluídos na CIPE® cada termo tem associado a sua definição. Tanto a definição como a posição que cada termo ocupa na estrutura da classificação remetem para a área de atenção que é o foco da prática do enfermeiro. Por isso, a utilização da CIPE® implica o conhecimento aprofundado dos conceitos nela inscritos.

Através desta classificação procedeu-se à articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada; incorporaram-se enunciados diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; e, entre outros contributos, melhorou-se a integridade referencial entre os elementos da documentação de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Em Portugal, o SIE mais usado é o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), cujo processo de implementação envolveu a OE, a Associação Portuguesa de Enfermeiros e a ESEP. Foi aprovado e o módulo foi desenvolvido, tendo como base fundamental a CIPE. A CIPE disponibiliza uma terminologia para a prática clínica de enfermagem que deseja ser uma matriz convergente de todas as classificações de enfermagem já existentes através da criação de uma linguagem comum para a descrição dessa prática. Através da utilização da linguagem CIPE pretende-se a interoperabilidade técnica e semântica assegurando a partilha e reutilização dos dados em saúde de forma a possibilitar a representação da estrutura e o significado dos conceitos que são utilizados. Deste modo, torna-se possível o desenvolvimento de modelos clínicos de dados baseados em arquétipos (Hovenga, Garde e Heard, 2005), aspeto esse que representa o futuro nesta área.

Os arquétipos são pedaços de conhecimento que indicam como representar conceitos ou informação (Nardon, França e Naves, 2008). Constituem modelos estruturados, baseados na evidência científica, que correspondem a um conjunto de especificações formais do conteúdo clínico, com recurso às terminologias para identificar os conceitos que representam (Hovenga, Garde e Heard, 2005). Os arquétipos são definidos numa linguagem computável chamada ADL (Archetype Definition Language) e são descritos como um modelo formal e reutilizável de um conceito do domínio (Nardon, França e Naves, 2008). Assim, se um conceito é representado por um arquétipo, este conceito pode ser reutilizado nos vários

cenários em que se aplica (Nardon, França e Naves, 2008). Deste modo, o grau de interoperabilidade do sistema semântico é altamente dependente da qualidade da terminologia utilizada (Hovenga, Garde e Heard, 2005).

Como pretendemos salientar neste capítulo, tentar-se-á perceber se a linguagem classificada em uso tem a capacidade de traduzir de forma completa a necessidade em cuidados relacionada com a dor. Ao realizar este estudo acerca do fenómeno dor, pensamos estar a contribuir para a construção de Modelos Clínicos de Dados capazes de descrever de uma forma abrangente e completa os problemas que emergem da prática clínica relacionados com este foco de grande importância para a área médico-cirúrgica, e dessa forma dar um impulso na transformação da informação em conhecimento de enfermagem.

No próximo capítulo será explicitada com o máximo de detalhe possível a metodologia adotada durante este estudo, para permitir a sua compreensão na totalidade.



## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo serão apresentadas e justificadas as opções metodológicas adotadas, tendo em consideração a finalidade e os objetivos do estudo, que se desenvolveu no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

### 2.1. Justificação do estudo

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (2011), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também uma vertente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão, ou seja, a dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial; a dor é também um fenómeno subjetivo, pelo que cada pessoa sente a dor à sua maneira ('da minha dor só eu sei'); não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objectivamente a dor; não existe relação directa entre a causa e a dor; a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diversos ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que ele se encontra nesse momento; e, por vezes existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem.

O conceito de dor tem acompanhado o processo de afirmação disciplinar da Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela relevância que assume para o quotidiano profissional dos enfermeiros deste domínio. Sendo umas das áreas de atenção dos enfermeiros e um direito dos doentes, é imperioso estabelecer uma estratégia terapêutica adequada ao seu controlo, o que vai contribuir decisivamente para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir a morbilidade, justificando-se todo o investimento a que assistimos, em termos de investigação, neste domínio problemático. Esta estratégia terapêutica envolve a avaliação, o planeamento e a documentação diária das características da dor.

Ao refletir-se sobre os dados que resultam da documentação de enfermagem, enquanto matéria-prima, emergem algumas questões relativas à sua qualidade. A existência de dados em abundância não garante, desde logo, a possibilidade da sua utilização de forma ágil, sistemática, regular e em larga escala. Neste sentido, urge consolidar alguns requisitos que facilitam a gestão da informação a que se conduz. Os desenvolvimentos verificados nos últimos anos no âmbito dos Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem surgem como um discurso de resposta às questões relativas aos processos de agregação e gestão dos dados de enfermagem (Pereira, 2007), sendo um passo no sentido que se pretende.

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade das informações na área da dor, consideramos necessário o desenvolvimento de um estudo que contribua para dar resposta à seguinte pergunta: será que os conceitos e os termos presentes na estrutura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem são adequados para a nomeação completa e exaustiva dos diagnósticos de enfermagem que se relacionam com o fenómeno dor?

## **2.2. Finalidade e Objetivos**

De forma a dar resposta à problemática em estudo, a opção metodológica recaiu na utilização de uma revisão integrativa da literatura. Os objetivos definidos para este estudo foram os seguintes:

- Identificar os conceitos necessários à descrição dos diagnósticos de enfermagem no domínio da ‘dor’; e

- Identificar os termos necessários à descrição dos diagnósticos de enfermagem relativos à ‘dor’.

Tendo em conta os objetivos definidos, a sua finalidade passou por contribuir para o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados em Enfermagem centrados na problemática da dor, com base na linguagem classificada CIPE, com potencial para influenciarem de forma positiva a qualidade dos cuidados de enfermagem.

### **2.3. Desenho do estudo**

A revisão integrativa da literatura emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados significativos na prática. Desta forma, a revisão integrativa da literatura é uma ferramenta importante no fornecimento de investigação científica (evidências) para a tomada de decisão na prática clínica de Enfermagem.

Este método constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada na Evidência (PBE). A PBE teve origem com o trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, caracterizando-se por uma abordagem voltada para o cuidado clínico e o ensino, fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Envolve a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação da sua utilização para o doente (Galvão, Sawada, Trevizan, 2004 cit. por Souza, Silva e Carvalho, 2010).

As iniciativas da PBE têm gerado um incremento na necessidade de produção de todos os tipos de revisões de literatura. Embora importantes, os métodos de revisão mais utilizados, a revisão sistemática e a meta-análise, não contemplam importantes questões de enfermagem relacionadas aos cuidados e/ou ao impacto da doença ou do tratamento. A revisão integrativa, nesse âmbito, em

virtude da sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem (Whittemore, Knafl, 2005 cit. por Souza, Silva e Carvalho, 2010).

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e não-experimental proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse. Este método também permite a combinação de dados da literatura teórica e empírica. Assim, o revisor pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, ou seja, pode ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular.

A variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades deste método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde relevantes para a Enfermagem (Broome, 2000 cit. por Mendes, Silveira e Galvão, 2008), tornando-se nessa medida, adequado aos propósitos que enunciamos.

Embora a inclusão de vários estudos com diferentes delineamentos de pesquisa possa complicar a análise, uma maior variedade no processo de amostragem tem o potencial de aumentar a profundidade e abrangência das conclusões da revisão. A riqueza do processo de amostragem também pode contribuir para um retrato compreensivo do tópico de interesse (Whittemore, 2005 cit. por Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

A revisão integrativa tem igualmente o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade, que pode ser feito por via direta ou indireta, campo onde entendemos situar-se este estudo. Além disso, pode reduzir alguns obstáculos da utilização do conhecimento científico, tornando os resultados de pesquisas mais acessíveis, uma vez que num único estudo o leitor tem acesso a diversas investigações realizadas, ou seja, o método permite agilidade na divulgação do conhecimento (Whittemore e Knafl, 2005; Whittemore, 2005 cit. por Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

De forma a elaborar uma revisão integrativa relevante e que possa subsidiar o conhecimento de Enfermagem no que respeita aos conceitos e termos utilizados para a formulação dos diagnósticos da dor, é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. O processo de elaboração da

revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura, no entanto, diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão de tal processo, com pequenas modificações (Cooper, 1984; Ganong, 1987; Beyea, 1998; Broome, 2000; Whittemore e Knafl, 2005; Rother, 2007; Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010 cit. por Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

A estrutura para a revisão integrativa da literatura foi sustentada pelas 6 etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão, 2008. Estas etapas são:

1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura;
3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, categorização dos estudos;
4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
5. Interpretação dos resultados;
6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

### ***2.3.1. Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa***

A primeira etapa serve como norte para a construção de uma revisão integrativa. A construção deve subsidiar um raciocínio teórico e incluir definições aprendidas de antemão pelos pesquisadores. Assim, a primeira etapa do processo de elaboração da revisão integrativa inicia-se com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

A Prática Baseada em Evidências propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou de investigação, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando-se a estratégia PICO. PICO representa um acrônimo para Participante, Intervenção, Comparação e "Outcomes", que representam os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a procura bibliográfica de evidências (Higgins e Green, 2011). Apesar da estratégia

PICO ser aquela que melhor se adequa a uma busca bibliográfica de evidências, não é bem este o propósito deste estudo. Na verdade, não se quer a melhor evidência sobre um tratamento específico da dor (Intervenção), eventualmente comparando-o com um outro 'padrão' (comparação), para ver qual o mais adequado, mas tão-só encontrar todos os conceitos e termos que descrevem a ampla necessidade em cuidados relacionada com a dor e, nessa medida, não há restrição.

O passo seguinte consistiu na definição dos descritores ou palavras-chave da estratégia de busca, bem como das bases de dados a serem utilizadas (BROOME, 2006 cit. por Botelho, Cunha e Macedo, 2011). Cada passo dado na 1ª etapa da revisão integrativa deve estar relacionado e ser sistemático. Com a pergunta de pesquisa definem-se os descritores e constrói-se a estratégia de busca.

A estratégia de busca é uma técnica ou um conjunto de regras para tornar possível o encontro entre uma pergunta formulada e a informação armazenada numa base de dados. Isto significa que, a partir de um arquivo, um conjunto de itens que constituem a resposta de uma determinada pergunta serão selecionados (Lopes, 2002 cit. por Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

O recurso utilizado para a pesquisa seguiu a estratégia baseada na utilização do conector booleano OR e não nos conectores 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 sua abrangência.

É importante selecionar termos descritores MeSH porque o vocabulário em língua inglesa é o mais usado para indexar artigos. 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 intitulado 'Conceção de Cuidados de Enfermagem: Desenvolvimento de Competências, Modelos Clínicos de Dados e Sistemas de Informação' e foi a seguinte:

```
((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 "\*algisia\*") 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 "\*algisia\*") 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 "\*algisia\*") 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 "\*algisia\*").

Tendo a pergunta de pesquisa e frase booleana definida, pôde-se iniciar a procura e seleção dos artigos. Neste sentido, para a identificação bibliográfica de publicações indexadas recorreu-se às seguintes bases de dados:

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

Embora as duas últimas bases de dados contenham fundamentalmente revisões sistemáticas e por isso artigos secundários, decidimos incluí-las com pressupostos centrados na sua idoneidade e qualidade, sem pôr em causa as regras de construção de uma revisão integrativa, já que é presumido que os artigos secundários empreguem os conceitos e os termos utilizados pelas pesquisas analisadas.

O acesso às bases de dados foi realizado através da EBSCO com o link: <http://search.ebscohost.com/>, disponibilizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

### **2.3.2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura**

Após a escolha do tema e a formulação da pergunta de pesquisa, iniciou-se a procura nas bases de dados, para identificação dos artigos a incluir na revisão. Esta etapa depende muito dos resultados encontrados ou delineados na etapa anterior, pois um problema amplamente descrito tenderá a conduzir a uma amostra diversificada, exigindo maior critério de análise do pesquisador. Frequentemente, a seleção de artigos inicia-se de forma mais ampla e afunila-se na medida em que o pesquisador retorna à sua questão inicial, pois o movimento de busca na literatura nem sempre é linear (BROOME, 2006 cit. por Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

Para Ganong (1987), os critérios de inclusão e exclusão devem ser identificados no estudo, sendo claros e objetivos, mas podem sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos e durante a elaboração da revisão integrativa (Ursi, 2005 cit. por Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

Assim, os critérios de inclusão definidos foram os seguintes:

- Todas as categorias de estudos (originais, revisões da literatura, reflexões, entre outros);
- Estudos com data de publicação entre 01/01/2002 e 31/12/2012;
- Estudos com resumo e texto completo disponíveis com acesso gratuito;
- Estudos disponibilizados no idioma português, inglês ou espanhol;
- Estudos 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\*);
- Estudos revistos por peritos;
- Estudos dedicados aos Seres Humanos e na população adulta.

Através da pesquisa efetuada nas bases de dados com os limitadores já descritos surgiram 3999 artigos como está demonstrado na Tabela 1.

Base de Dados	Limitadores
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 acadêmicos, 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)

Tabela 1 - Artigos encontrados em cada uma das bases de dados.

Esta pesquisa foi realizada através da introdução da frase booleana e dos limitadores definidos, nas bases individualmente. As referências bibliográficas dos artigos encontrados em cada uma das bases de dados foram importadas para o *software* EndNote X5<sup>®</sup>. Este aplicativo foi desenvolvido pela Thomson Reuters e permite gerir as referências bibliográficas, organiza-las em grupos e usá-las na criação de documentos através do processador Microsoft Office.

Uma vez importadas todas as referências para o EndNote, foi efetuada a análise da duplicação de artigos, através da opção “*Find Duplicates*”. Foram encontrados 153 artigos em duplicado que foram eliminados um a um, para comprovação da sua real duplicação. Com esta operação, o total de artigos considerados através da busca efetuada nas bases de dados sem os duplicados foi 3846. Este processo de busca e seleção dos artigos incluídos foi realizado por duas revisoras de forma independente, tendo sido obtido o mesmo resultado.

Tratando-se de um número elevado para gerir por um investigador e dar resposta aos objetivos pré-definidos, tendo também em consideração 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. Dado que existe um estudo a ser realizado paralelamente a este e os artigos encontrados serem os mesmos optou-se por se ordenar os artigos pela data de publicação, do mais recente para o mais antigo. Assim, um estudo centrou-se nos primeiros 500, enquanto a amostra que aqui se analisou diz respeito aos segundos 500. Desta forma, considera-se que será analisada a bibliografia mais atual, incluindo certamente dados de pesquisas anteriores.

### ***2.3.3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos***

Depois de selecionados os artigos a incluir nesta pesquisa, foi realizada a leitura criteriosa dos títulos, dos resumos e das palavras-chave de todas as publicações através das referências bibliográficas no EndNote e criados 3 grupos de artigos em função da apreciação do nível de interesse que poderiam suscitar para o estudo: “Interessam”, “Podem interessar” e “Não interessam”. Depois desta leitura inicial, cada um dos artigos lidos foi colocado num destes grupos. Em caso de dúvida, foi preferida a inclusão do estudo, de forma a evitar a perda de artigos relevantes para a investigação.

Nos casos em que o título, o resumo e as palavras-chave não foram suficientes para definir a sua seleção, foi necessário realizar uma leitura na íntegra do artigo. A pesquisa do texto completo foi realizada em casa, através de login e *password* disponibilizada pela Biblioteca da ESEP e, presencialmente na ESEP. No caso dos artigos que não foram encontrados em texto completo por estes dois meios, foi realizada a busca no Google, Google académico, bases de dados de outras universidades, na página oficial da revista e da editora e também, através de uma solicitação ao Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação da ESEP.

Depois de eliminados os artigos não relevantes, foram aplicados os critérios de inclusão previamente definidos, conforme foi apresentado acima, visando a

seleção dos artigos que permitissem dar resposta aos objetivos definidos. Após a conclusão desta fase, foram selecionados 89 artigos no grupo dos artigos “Interessam”. Foram encontrados 45 artigos sem resumo, 26 artigos com texto incompleto, 2 artigos em duplicado e os restantes artigos que não foram incluídos na investigação abordam outras temáticas não respondendo às perguntas de investigação.

Na categoria “Interessam”, foram encontrados diferentes tipos de estudo de acordo com as suas características metodológicas, como se pode verificar na Tabela 2.

Tipos de estudos	N.º de artigos
Estudo experimental	22
Estudo descritivo	24
Revisão sistemática da literatura	6
Estudo quasi-experimental	7
Estudo exploratório	13
Estudo observacional prospetivo	1
Estudo quantitativo observacional de validação de escalas	6
Estudo qualitativo descritivo	8
Estudo observacional restrospetivo	1
Estudo descritivo, correlacional, transversal	1
<b>Total</b>	<b>89</b>

Tabela 2 - Tipo de estudos da categoria “Interessam”

No que diz respeito à categoria “Não Interessam”, os artigos foram distribuídos em diferentes classes, como se pode verificar na Tabela 3. A maior parte destes artigos abordaram os cuidados de enfermagem, nos quais a dor apareceu apenas como um sintoma sem se proceder à sua apreciação. Nas outras classes, a dor também surgiu como um dos sintomas, contudo não se realiza qualquer descrição do conceito e, ainda, em alguns artigos, a dor foi apresentada

como um dos itens das escalas que avaliam a qualidade de vida ou a qualidade dos cuidados, no entanto não aparecem mais detalhes.

<b>Categorias</b>	<b>N.º de artigos</b>
Alcoolismo	2
Barreiras à investigação	1
Condições de trabalho dos enfermeiros	12
Cuidador Informal	12
Cuidados de Enfermagem	106
Cuidados Paliativos e Morte	14
Diabetes	2
Diarreia	2
Emigração na Enfermagem	1
Escolha do curso de Enfermagem	1
Espiritualidade	3
Farmacologia/Tratamentos e seus efeitos secundários	50
Gradidez/Parto/Aborto	3
Hemodiálise/Diálise Peritoneal	8
Mitos e lendas urbanas	1
Obstipação	1
Opinião dos enfermeiros	12
Pediatria	5
Psiquiatria	17
Qualidade de vida	14
Qualidade dos cuidados	19
Registos de Enfermagem	4
Risco Profissional	13
Transições	22
Traqueostomias	1
Úlceras de pressão/venosas	8
Validação de instrumentos	4
<b>Total</b>	<b>338</b>

Tabela 3 - Categorias dos artigos “não interessam”.

Tratando-se de um conjunto de artigos que não interessam consideravelmente grande, realizou-se uma apreciação aleatória de cinco desses artigos, através da leitura do texto integral com o objetivo de assegurar que a sua exclusão foi acertada. Os motivos que levaram aqueles artigos a serem excluídos permanecem os mesmos, ou seja, os artigos foram selecionados devido aos descritores, mas a dor não foi explorada ou esmiuçada de nenhuma maneira.

A partir da conclusão deste procedimento, iniciou-se a colheita dos dados relevantes de cada artigo incluído na revisão integrativa da literatura.

#### ***2.3.4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa***

Esta etapa teve por objetivo sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores. Numa primeira fase os dados retirados dos artigos são comparados item a item, 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 (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

De forma a esta documentação ser concisa e fácil foram elaboradas tabelas com a extração de dados de cada artigo separadamente. Posteriormente, foi construída uma Tabela Mestra com os dados extraídos dos artigos em cada categoria. Esta tabela será apresentada no Anexo 1.

#### ***2.3.5. Interpretação dos resultados***

Esta etapa diz respeito à discussão sobre os textos analisados na revisão integrativa e será apresentada no respectivo capítulo desta dissertação. O pesquisador, guiado pelos achados, realiza a interpretação dos dados e, com isso, é capaz de identificar as lacunas de conhecimento existentes e sugerir pautas para

futuras pesquisas (Ganong, 1987; Mendes, Silveira e Galvão, 2008cit. por Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

Para a análise dos dados resultantes da revisão integrativa da literatura procedeu-se à análise de conteúdo sustentada na versão de 2011 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) e na Norma ISO 18104. Neste estudo, a busca teve como alvo os termos e os conceitos relativos à dor, não tendo como preocupação os resultados das investigações.

Segundo Bardin (2009, p. 44), a análise de conteúdo traduz 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) desta mensagem”*. Foi tido em atenção a possibilidade de surgirem na análise de conteúdo unidades de registo que correspondam a conceitos e/ou termos que não se encontrem na linguagem classificada que serviu como modelo *à priori*, mas que os autores considerem para a sua enunciação diagnóstica.

### **2.3.6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

A revisão deve possibilitar a replicação do estudo. Dessa forma, a revisão integrativa deve permitir informações que possibilitem que os leitores avaliem a pertinência dos procedimentos empregues na sua elaboração. Esta última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição de todas as fases percorridas pelo pesquisador, de forma criteriosa, e deve apresentar os principais resultados obtidos. Para Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 763), esta etapa é *“um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada”*.

O estudo apresentado foi realizado utilizando uma frase booleana ampla construída por um grupo de peritos no sentido de abarcar o maior número de artigos possível. Posteriormente os artigos foram organizados de acordo com a data de publicação e foram selecionados os mais recentes. Depois desta fase, foi realizada a extração dos dados de cada artigo de forma rigorosa, a categorização

dos dados tendo por base a estrutura da norma ISO 18104 e de seguida os dados foram comparados com a CIPE versão 2.0.

No próximo capítulo serão apresentados os resultados e respetiva discussão.

### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, tal como já foi descrito, será realizada a análise dos dados resultantes da revisão integrativa da literatura recorrendo à análise de conteúdo sustentada na versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) e na Norma ISO 18104. De forma a simplificar e a tornar mais clara a análise de conteúdo realizada e a apresentação dos resultados, procedeu-se à numeração e identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa com a denominação A1, A2,..., encontrando-se no Anexo 2 a respetiva numeração com a bibliografia associada.

#### 3.1. Dados Necessários ao Processo Diagnóstico

O Guia Orientador de Boa Prática da Dor da OE apresenta a descrição e organização dos dados necessários ao processo diagnóstico da dor. Esses dados são referentes às características da dor; à forma habitual de comunicar, manifestar e expressar a dor; aos fatores de alívio e de agravamento da dor e às implicações da dor nas atividades de vida.

As **características da dor** são a localização, a qualidade, a intensidade, a duração e a sua frequência. De forma geral, os dados retirados dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura são semelhantes aos dados preconizados pela OE. O diagnóstico diferencial da dor depende do tipo (ou qualidade) da dor, da sua localização e irradiação, do tamanho da área do desconforto, do momento do início, da frequência dos episódios, dos fatores que

os precipitam e aliviam e do que o doente faz quando tem a dor. A presença de sintomas associados pode-nos fornecer indícios sobre a correta etiologia.

Embora o conhecimento das diferentes características da dor seja fundamental para o diagnóstico diferencial, cada pessoa é única, tem comportamentos, experiências, atitudes e personalidades diferentes, o que leva a que interprete a dor de forma diferente. Neste domínio, a percepção da dor não depende somente da lesão corporal ocorrida, mas também de factores psicossociais como a ansiedade, as experiências anteriores, o significado da dor, entre outras (Coniam e Diamond, 1999 cit. por Fernandes, 2009).

Relativamente à **localização da dor**, a dor pode aparecer em qualquer local do corpo quer seja interno quer seja externo. Neste sentido, a OE refere que se deve perguntar diretamente ao doente “onde é que dói?” e se “irradia para algum local”. No caso dos doentes incapazes de comunicar podemos pedir ao doente para apontar e poderá ser útil a utilização de um diagrama corporal. No que diz respeito à localização da dor, vários foram os locais referidos nos artigos da revisão integrativa como se pode verificar na Figura 2.

Região pélvica [A14] [A26]	Cabeça [A14] [A21][A50] [A58]	Braços [A14] [A21] [A55]	Pernas [A14] [A26]
Costas [A14] [A48][A49] [A56] [A58]	Região Lombar [A1] [A2] [A21] [A27] [A61] [A77]	Ombros [A76]	Dentes [A58]
Incisão Cirúrgica [A55]	Região Torácica [A55]	Tornozelos [A26] [A48]	Joelhos [A26] [A48] [A76]
Cervical [A19] [A22]	Peito [A14] [A27] [A47]	Abdómen [A14] [A54]	Região perineal [A13] [A68]

**Figura 2** - Localização anatómica da dor.

No que concerne à **qualidade da dor**, a OE refere que os Enfermeiros devem incentivar o doente a utilizar as palavras que melhor descrevem a sua dor, tais como moedeira, tipo queimadura, facada, formigueiro, etc. Na análise dos estudos da revisão integrativa, as palavras que surgem para descrever a dor são: aguda, desconforto, sensação desagradável e cólica. As palavras usadas nos artigos para a descrição da qualidade da dor não coincidem com as palavras sugeridas pela OE. Este facto poder ser explicado pelo carácter subjetivo da dor, ou seja, cada um sente a dor de forma diferente, pelo que também a descreve de forma diferente, ou pelas características dos estudos incluídos na amostra. Na verdade, a multiplicidade linguística e cultural podem fazer multiplicar o rol de termos descritores da dor.

No que diz respeito à **intensidade da dor**, a OE indica que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor. Assim, os instrumentos para avaliar a intensidade da dor devem ser preferencialmente de auto-avaliação (padrão de ouro) e de acordo com uma ordem de prioridade. Como se pode verificar na Tabela 4 foram vários os instrumentos que surgiram na literatura.

<b>Escala</b>	<b>N.º de artigos</b>
Escala Checklist de Avaliação de Dor para Idosos com capacidade limitada para se comunicar (PAINAD)	4
Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)	4
Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)	2
Inventário Brief Pain Inventory (BPI)	6
Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)	3
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	1
McCaffery e Pasero's Initial Pain Assessment Tool	1
Escala Numérica Verbal 0 a 10	12
Geriatric Pain Assessment	1
Escala Visual Analógica	9
Modified Pain Assessment in the Dementing Elderly (M-PADE)	1
Questionário de McGill	2
Questionário reduzido de McGill (SF-MPQ)	3
Escala de dor Comportamental (BPS)	3
Escala de faces	2
Escala Qualitativa	2
Neonatal Inventory Pain Scale (NIPS)	1
Adult Nonverbal Pain Scale (NVPS)	1
Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID-2)	1
<b>Total</b>	<b>59</b>

Tabela 4 - Instrumentos de avaliação da dor.

A OE definiu que a avaliação da intensidade da dor deveria ser realizada preferencialmente pela Escala Visual Analógica (EVA). Esta escala é uma escala adequada para qualquer tipo de dor, pode ser aplicada a doentes com idade igual ou superior a seis anos, e consiste numa linha reta, desenhada ou impressa, de

tamanho determinado, com os descritores verbais “ausência de dor” e a “pior dor possível” em cada uma de suas extremidades, respectivamente. Usualmente a EVA consiste numa linha de 100 mm com uma linha transversal em cada extremidade, acompanhada dos descritores citados (Luffy e Grove, 2003; Beyer, Turner, Jones et al, 2005). O doente é solicitado a assinalar com uma linha transversal, na qual o intervalo representa a intensidade da sua dor atual (Luffy e Grove, 2003; McLaren, Plamandon, Ransay et al., 2000). O observador deve medir a distância entre o descritor: ausência de dor e a marcação feita pelo doente em centímetros. A EVA exige maior nível cognitivo do doente, e pode ser inadequada em doentes com baixa escolaridade; com alterações cognitivas e/ou visuais (Andrade, Pereira, Sousa, 2000). Convém ressaltar a necessidade de controlo motor para a sua utilização devido ao facto de ser necessária a marcação no instrumento com uma linha transversal, o que nem sempre é possível para o doente. Na revisão da literatura realizada esta não foi a escala mais utilizada na avaliação da dor. Este facto pode ser explicado pelas características dos artigos da amostra.

O segundo instrumento proposto pela OE é a **Escala numérica (EN)**. Esta escala permite quantificar a intensidade da dor através de números. Nesta escala o zero representa ausência de dor e 10 representa a pior dor imaginada; os demais números representam estádios intermediários da dor (Andrade, Pereira, Sousa, 2000). A EN pode ser aplicada gráfica ou verbalmente. Esta escala apresenta dificuldade de aplicação em doentes com alterações cognitivas ou baixo nível educacional, devido à necessidade de domínio das propriedades aritméticas. Este instrumento possui a vantagem de ser rápido e prático, pois não necessita, *a priori*, que se tenha o mesmo pré-impresso. Apresenta também a limitação da necessidade do doente ser capaz de se abstrair para conseguir completá-lo (Andrade, Pereira, Sousa, 2000). Esta foi a escala mais referida neste estudo.

O terceiro instrumento sugerido é a **Escala de Faces (EF)** que foi referido em dois estudos. Esta escala consiste em seis desenhos de faces ordenados de forma crescente em nível de intensidade da dor ou angústia (Andrade, Pereira, Sousa, 2000). Esta escala pode ser utilizada em crianças a partir dos 3 anos de idade e em idosos com demência (Andrade, Pereira, Sousa, 2000), mas apresenta limitação de aplicação em doentes com compromisso cognitivo grave (Luffy e Grove, 2003). Solicita-se que o doente escolha a face que melhor representa a sua dor atual. Estas faces representam níveis progressivos de angústia e associam-se à dor. Existem variações visando a adaptação a populações específicas, como os idosos, as crianças e os portadores de diversos níveis diferentes de alterações

cognitivas. Este instrumento é particularmente interessante por não sofrer influência muito grave de fatores socioculturais e educacionais, porém é importante frisar que há a necessidade do indivíduo possuir capacidade de abstração. É considerado um dos instrumentos mais fáceis de completar pelos doentes como também é um dos seus preferidos (Andrade, Pereira, Sousa, 2000).

De seguida, a **Escala Qualitativa (EQ)** foi também referida em dois artigos. Nesta escala, o doente qualifica a sua experiência dolorosa utilizando descritores como ausência de dor, dor branda, dor moderada, dor intensa e dor insuportável (McLaren, Plamandon, Ramsay et al, 2000). A EQ pode ser inadequada nos casos em que se verifiquem alterações cognitivas graves ou dificuldade para entender as palavras (Beyer, Turner, Jones et al, 2005; Willis, Merkel, Voepel-Lewis et al, 2003). É considerada a que melhor descreve a dor e a mais fácil de completar, e por consequência uma das preferidas para os doentes idosos (Willis, Merkel, Voepel-Lewis et al, 2003). Existe a variação, apresentada de forma gráfica, em forma de termómetro, que se mostra mais adequada em doentes com alterações cognitivas de moderadas a graves, ou que possuem dificuldade de abstração. Neste modelo, solicita-se ao doente que marque a palavra ou local que melhor descreve a sua dor (Beyer, Turner, Jones et al, 2005). Apresenta as vantagens da facilidade de aplicação e do tempo despendido para completar o instrumento por parte do doente, assim como não há a necessidade imperiosa de tê-lo previamente impresso.

Relativamente à avaliação da dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, as escalas de hetero-avaliação mais utilizadas foram a escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia), o Questionário MPG (McGill Pain Questionnaire), o Inventário BPI (Brief Pain Inventory) e a Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Estas quatro escalas fazem parte da lista das escalas recomendadas pela OE.

A **Escala PAINAD** é um instrumento simples, sensível, válido e confiável para a mensuração de qualquer tipo de dor em doentes não comunicantes e em idosos com demência. Este instrumento é composto por cinco itens: respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade. A cada item é atribuído um score de 0 a 2, sendo que 0 equivale a não ter dor e 10 diz respeito a dor severa (Warden, Hurley e Volicer, 2003).

O **Questionário MPG** é um questionário mais adequado para a dor crónica mas também pode ser usado na avaliação da dor aguda. A população alvo são

doentes com idade igual ou superior a dez anos. É o instrumento mais utilizado para se avaliar outras características da dor, além da intensidade. Foi elaborado para fornecer medidas quantitativas da dor, que pudessem ser tratadas estatisticamente e permitir a comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenómeno doloroso. Tem a particularidade de identificar bem a dor neuropática e a dimensão afetiva da dor. O questionário é constituído por 4 grupos (sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativo e miscelânea), 20 subgrupos e 78 descritores (Maiani e Savanio, 1985 cit. por Pimenta e Teixeira, 1996). O número de descritores escolhidos corresponde às palavras que o doente escolheu para explicar a dor. O maior valor possível é 20, pois o doente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido através do somatório dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é 78. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada 1 dos 4 componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e subgrupo de miscelânea. O questionário de McGill contém ainda uma escala de intensidade (0 a 5), um diagrama corporal para representação do local da dor e a caracterização de aspectos como periodicidade e duração da queixa álgica. Embora este questionário seja muito utilizado, os descritores são de difícil compreensão por indivíduos com baixa escolaridade, idosos ou aqueles com dificuldade de concentração (Pimenta e Teixeira, 1996). O preenchimento do questionário é demorado e o profissional de saúde tem que receber treino, sendo a sua interpretação complicada (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A versão reduzida, o questionário The McGill Questionnaire Short-Form (SF-MPQ) foi utilizada em três estudos.

O **Inventário BPI** 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 é de aplicação simples e fácil interpretação. É composto por uma escala de 0 a 10 que atribui um score aos seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade de caminhar, atividades diárias do doente, no trabalho, nas atividades sociais, no humor e no sono (Pimenta, 1994 cit. por Martinez, Grassi e Marques, 2011).

A **Escala FLACC** é de fácil utilização, só podendo ser usada para idades iguais ou inferiores a 19 anos em situações de dor aguda (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Agrega os indicadores expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade, em que cada um é medido de zero a dois pontos,

perfazendo uma pontuação total que varia entre zero e dez pontos (Batalha et al, 2009).

As restantes escalas encontradas, não fazem parte dos instrumentos da lista de recomendação da OE.

Em suma, as escalas mais referidas na literatura analisada vão de encontro aos instrumentos sugeridos pela OE. A escolha do instrumento de avaliação da dor deve atender ao tipo de dor, à idade e à situação clínica do doente. Esta avaliação deverá ser realizada de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos. Para avaliar a intensidade da dor devem ser sempre privilegiados os instrumentos de auto-avaliação (unidimensionais) que devem ser escolhidos de acordo com as características do doente. Nos doentes com alterações cognitivas e/ou incapacidade de comunicar devem ser privilegiados os instrumentos de heteroavaliação (multidimensionais) baseados em sinais fisiológicos e comportamentais apresentados pelo doente. Este tipo de instrumentos, além de avaliarem a intensidade da dor, fornece um grande número de termos através dos quais os doentes vão descrever a sua experiência dolorosa. Além disso, devemos ter em conta que, na mesma instituição devem ser usados instrumentos com as mesmas características e, no mesmo doente, em diferentes avaliações da intensidade da dor, deve ser usado sempre o mesmo instrumento para a avaliação da dor, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança.

Relativamente à **duração e frequência da dor**, a OE diz-nos que devemos perguntar ao doente “há quanto tempo tem dor?” e se “é uma dor contínua, intermitente ou episódica?”. Os termos que surgiram nos artigos da revisão integrativa em relação à duração da dor foram crónica e aguda. No que diz respeito à frequência da dor, os termos referidos são: dor contínua [A54], intermitente [A6], persistente [A14] [A58] [A65] [A69] [A76] e recorrente [A64]. Como se pode observar os termos sugeridos na literatura vão de encontro aos termos sugeridos pela OE.

Além dos dados obtidos a partir do autorrelato, existem também dados que podem ser colhidos através da observação do Enfermeiro relativamente à dor. A OE (2008) refere que há diversas formas de comunicar/expressar/manifestar a dor, como o gemido, o choro, a fúria, entre outras. Também Araújo (2007) reconhece a existência de indicadores não-verbais de dor. Para esta autora, perceber indicadores não-verbais e comportamentais de dor em doentes

inconscientes sedados ou com alterações cognitivas, permite ao profissional obter subsídios para qualificar e quantificar a dor.

Da análise dos artigos emergem indicadores comportamentais e parâmetros fisiológicos da manifestação de dor. Os **indicadores comportamentais** são divididos em três grupos: Vocalizações/Verbalizações (gemidos, choro, respiração ruidosa); Expressões faciais (tristeza, choro, contração muscular ao redor da boca e olhos); e Expressões corporais (descanso, movimentos lentos e cuidadosos, posição fetal) (McCafery e Pasero, 1999). Essa divisão permite estratificar as manifestações e expressões de dor, alargando a forma como os doentes comunicam a dor, como se pode ver na Tabela 5.

Indicadores comportamentais		N.º de artigos
Vocalizações/ Verbalizações	Choro	5
	Grito	7
	Vocalizações	5
Expressões faciais	Expressões faciais (caretas, franzir testa, olhas contraído)	5
Expressões corporais	Agitação	8
	Agressividade	5
	Delírio	1
	Apatia	3
	Tensão muscular	1
	Postura corporal de proteção	8
	Linguagem corporal	1
	Mobilidade reduzida	1
<b>Total</b>		<b>50</b>

Tabela 5 - Indicadores comportamentais de dor.

Os **parâmetros fisiológicos** ou **processos corporais** resultam das alterações provocadas pela estimulação autónoma (McCafery e Pasero, 1999). A dor pode gerar respostas simpáticas que incluem palidez, aumento das frequências

respiratória e cardíaca, aumento da pressão arterial, dilatação pupilar, sudorese e aumento da tensão muscular (McCafery e Pasero, 1999). Segundo Smeltzer e Bare (2002), o stress causado pela dor representa um fator importantíssimo, pois aumenta o metabolismo, o débito cardíaco, constitui resposta comprometida à insulina, produção aumentada de cortisol e retenção de líquido, pode aumentar o nível de desequilíbrio fisiológico com risco de enfarte agudo do miocárdio, tromboembolismo e íleo paralítico. Estas alterações podem ser agrupadas em três grupos: Sistema circulatório, Sistema respiratório e Sistema gastrointestinal, como se pode verificar na Tabela 6.

Parâmetros fisiológicos/ Processos corporais		N.º de artigos
Sistema Gastrointestinal	Alteração ou perda de apetite	3
Sistema Respiratório	Respiração ruidosa	3
	Frequência respiratória aumentada ou diminuída	1
	Saturação de oxigénio diminuída	1
Sistema Circulatório	Frequência cardíaca aumentada	1
	Pressão arterial aumentada	1
	Níveis de cortisol aumentados	1
	Saturação de dióxido de carbono transcutânea aumentada ou diminuída	1
	Saturação de oxigénio transcutânea aumentada	1
<b>Total</b>		<b>13</b>

Tabela 6 - Parâmetros fisiológicos/processos corporais da dor.

Para McCafery e Pasero (1999), estes indicadores não substituem o relato verbal do doente, apenas o complementam. Segundo estas autoras nenhuma outra fonte de informação se mostrou ser tão confiável quanto o relato do doente,

nem mesmo o comportamento, os sinais vitais ou a opinião de médicos e enfermeiras.

Os **fatores de alívio e de agravamento** da dor descritos pela OE (2008) foram identificados em alguns artigos (ex.: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso). De forma geral, os fatores de alívio da dor encontrados vão desde mudanças no posicionamento até à promoção de conforto e de um ambiente agradável. Além destes, são descritas medidas farmacológicas e não farmacológicas como *biofeedback*, imaginação guiada, terapia de relaxamento, massagem, hipnose, acupuntura, terapia da arte e meditação, que promovem o alívio da dor. Segundo Potter e Perry (2006), o enfermeiro deve optar pela escolha de intervenções adequadas para o alívio da dor, tendo em conta a natureza da dor e a sua interferência no bem-estar físico e psicológico de quem dela padece. Sendo responsável pela administração e monitorização das medidas terapêuticas prescritas. O enfermeiro é responsável por proporcionar medidas de alívio da dor não farmacológicas que complementam as prescritas por outros técnicos. Também, Dias (2007) refere que as técnicas não farmacológicas podem resolver algumas situações de controlo e tratamento da dor, enquanto noutras mais complexas, estas técnicas podem ser um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar da pessoa. E isto “sem os efeitos secundários associados, muitas vezes, aos tratamentos farmacológicos”. Por outro lado, a experiência da dor não engloba apenas o estímulo nociceptivo, mas também a atividade metabólica, o stresse e as respostas emocionais que agravam a percepção da dor (Smeltzer e Bare, 2002). Torna-se, assim, necessário que o enfermeiro avalie o impacte da dor na vida do doente/família, de forma, a atuar como agente de ensino junto deles, de modo a dar conhecimento de todo o leque de possibilidades existentes para o seu controlo e promover o seu envolvimento na escolha das melhores estratégias, tornando-os assim, parceiros de cuidados.

As **implicações da dor nas atividades de vida** referidas pela OE (2008) foram semelhantes às que se encontraram nos artigos. Foram mencionadas nos artigos como interferência nas atividades de vida/autocuidados, o impacte e o efeito da dor sobre a vida do doente, o impacte na capacidade emocional, na capacidade funcional e na qualidade do sono, tal como se pode verificar na Tabela 7.

A presença de dor tem um grande impacte nas atividades de vida diária e conseqüentemente nos autocuidados como nos mostra Park (2010) quando refere que a dor causa uma variedade de problemas de saúde, incluindo a diminuição das

atividades diárias, distúrbios do sono, depressão, isolamento social e baixa qualidade de vida. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Auto-cuidado é definido como “as atividades executadas pelo próprio: 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). Para Dorothea Orem, Auto-cuidado é “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações dessas alterações de saúde, contribuindo assim para sua integridade, funcionamento e desenvolvimento” (cit. por Farias e Nóbrega, 2000, p. 60). O Autocuidado é a atenção e a ação que se exerce sobre si mesmo para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para a sua realização. Por vezes, certas escolhas podem gerar dor como, por exemplo, o mau posicionamento durante determinada tarefa de trabalho e impedir a pessoa de se auto-cuidar durante um certo período de tempo ou, por outro lado, o aparecimento de uma doença crônica pode gerar dor e alterar o conjunto das atividades de vida diária. Qualquer uma destas situações pode gerar dependência e diminuição da qualidade de vida da pessoa. Na revisão da literatura efetuada, constatou-se que a dor tem impacto em todos os tipos de autocuidados (Alimentar-se; Elevar-se; Transferir-se; Virar-se; Lavar-se; Cuidar da higiene pessoal; Divertir-se). Atividades como vestir-se, apertar botões, dormir, conseguir comer e ter vontade de comer, tomar banho, tornam-se obstáculos a superar. As interações com os outros provocam ambivalência. Por um lado, a pessoa com dor foge do contacto porque conviver com os outros pode representar um consumo de energia enorme e, por outro, algumas pessoas são essenciais no seu dia-a-dia para o cumprimento das atividades de vida diária (Ribeiro e Santos, 2008). Por isso, compreende-se que as pessoas com dor crônica possuam níveis altos de ansiedade e medo, depressão e isolamento social (Ribeiro e Santos, 2008).

Na Teoria do Auto-cuidado, Orem (1991) definiu conceitos como: capacidade de auto-cuidado e demandas terapêuticas de auto-cuidado. Segundo Foster e Janssens (1993), a capacidade de auto-cuidado consiste nas habilidades que o indivíduo possui, que o faz realizar as suas actividades de auto-cuidado (cit. por Farias e Nóbrega, 2000). Segundo Peixoto (1996), demandas terapêuticas de auto-cuidado são acções necessárias e confiáveis para controlar tudo o que prejudica o desenvolvimento e a regulação do corpo humano (cit. por Farias e Nóbrega, 2000). Este conceito refere-se à soma de ações de auto-cuidado

necessárias, em momentos específicos ou temporariamente, de modo a satisfazer os requisitos de auto-cuidado, os quais que podem ser de três tipos: universais, ou seja, comuns a todos os indivíduos em todos os estádios de desenvolvimento; de desenvolvimento, relacionados às etapas de desenvolvimento humano e, de desvios de saúde, ou seja relacionados com problemas de ordem funcional, genética, bem como com diagnósticos médicos e formas de tratamento. Neste último caso, o papel do enfermeiro assume uma maior relevância na medida em que esses desvios de saúde são muitas vezes acompanhados por dor, provocando alteração na capacidade que o doente possui de efetuar o Autocuidado. O enfermeiro atua como provedor de auto-cuidado, substituindo a pessoa naquilo que ela não é capaz, orientando-a nas suas capacidades autónomas, ensinando-a, etc. Segundo Peixoto (1996), após o enfermeiro identificar os défices de auto-cuidado, estabelece o plano de ação junto da pessoa, com a finalidade de que as demandas terapêuticas para o auto-cuidado sejam atendidas (cit. por Farias e Nóbrega, 2000).

Além da dor ter impacte no autocuidado, também tem impacte a nível psicossocial e emocional através da alteração dos estados de humor (ansiedade, depressão, angústia e sofrimento), levando à diminuição da interação social. De acordo com a CIPE, angústia é uma “emoção negativa: sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição” (ICN, 2011,p.39). Os dois artigos que referem a angústia relatam-na como uma emoção associada à dor não controlada. A dor não controlada surge relacionada com a angústia psicossocial na medida em que pode levar ao isolamento social, à depressão, ao stress e ao aparecimento de emoções negativas perante a vida (Park, 2010).

Ainda no que diz respeito ao impacte psicossocial e emocional da dor, surge o conceito de sofrimento. Na revisão da literatura realizada, a dor e o sofrimento aparecem associados em dois artigos. O sofrimento é uma “emoção negativa: sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor, desconforto ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça” (ICN, 2011, p.76). O sofrimento é muitas vezes associado ou mesmo confundido com a dor, devido a raízes históricas, religiosas e culturais. Fala-se de sofrimento e de dor em diferentes situações, tais como pobreza, catástrofes, opressão entre outros, nos quais não existe dor, do ponto de vista orgânico. O que têm de semelhante é a emoção negativa ou ameaçadora da própria vida, embora possamos sofrer sem ter dor e ter dor sem sofrer. O sofrimento não pode ser

confundido com a dor, mas pode ser evocado ou enfatizado pela mesma, ou seja, embora a dor física (nocicepção) seja uma questão biológica, a sua percepção e a sua vivência são determinadas pela cultura na qual a pessoa se encontra inserida (Drummond, 2011). O sofrimento é mais englobante do que a dor, porque provoca, essencialmente, redução da qualidade de vida, como resposta negativa, induzida também por medo, ansiedade, stresse, perdas e outros estados psicológicos. A dor requer um sentido ou explicação física e existencial que, não sendo encontrada, interfere no próprio sentimento, em termos de frustração, ansiedade e depressão. Neste caso, o sofrimento é a decorrência dramática da falta de compreensão e de significado do fenómeno algico. A dor exige compreensão racional e o sofrimento pede entendimento afetivo (Drummond, 2011). De certo modo, para determinado doente e em dado momento, o seu sofrimento é a leitura racional e o significado emocional da sua própria dor – leitura e significado que se reportam ao seu passado, permeados por memórias, esperanças, preconceitos e outras idiossincrasias cognitivas internas (Drummond, 2011). Daí a necessidade de se encarar o fenómeno doloroso sob o tríptico aspeto biopsicossocial. Em alguns casos, pode-se acrescentar a dimensão espiritual, que está vinculada a valores éticos e não à mera religiosidade. A abordagem do doente, por conseguinte, não deve ser feita dentro de um prisma vertical de dominação, mas mediante uma aproximação de empatia e acolhimento, perante toda a complexidade do ser humano. É necessário estimular o doente a intervir como agente de sua própria cura, como já recomendava a medicina hipocrática, e ajudá-lo a desenvolver responsabilidade e iniciativa, ao invés de limitá-lo mediante sentimentos de culpa e normas disciplinares (Drummond, 2011). Enfim, a assistência à dor exige competência, medicação e cuidados especializados, enquanto a terapêutica do sofrimento requer atenção, aceitação e solidariedade (Drummond, 2011).

<b>Impacte da dor</b>	<b>N.º de artigos</b>
Impacte psicossocial e emocional	6
Impacte nos autocuidados em geral	5
Impacte no autocuidado “Alimentar-se”	2
Impacte nos autocuidados “Auto-elevar”, “Transferir-se” e “Virar-se”	2
Impacte no autocuidado “Divertir-se”	2
<b>Total</b>	<b>17</b>

Tabela 7 - Impacte nas atividades de vida/autocuidado.

Os enfermeiros, na sua atividade diagnóstica, formulam os diagnósticos de enfermagem de acordo com a colheita de dados, contudo, outros diagnósticos surgiram associados, constituindo uma ligação com o diagnóstico da dor. No subcapítulo seguinte serão analisadas as dimensões associadas ao foco dor que surgiram dos artigos analisados.

### 3.2. Dimensões associadas ao diagnóstico dor

**Dimensão** é uma qualidade detida por um indivíduo ou grupo, por exemplo, conhecimento, motivação e capacidade, entre outros (Norma ISO 18104). Durante a análise dos artigos que compoñham a revisão integrativa da literatura, as dimensões que consideramos associadas ao diagnóstico dor foram Crenças e Autocontrolo. Neste subcapítulo será realizada a análise e a descrição das mesmas.

### 3.2.1. Crenças

Segundo a CIPE, **Crença** é a “atitude: opiniões, convicções e fé” (ICN, 2011, p. 46). Para Tait e Chibnall (1997), crenças são convicções antigas e culturalmente aprendidas; são suposições sobre a realidade que interferem em comportamentos através da informação que um indivíduo possui referente a um alvo. Atitudes são disposições afetivas, relativamente estáveis, que implicam na tendência a responder ao alvo ou objeto (símbolo, frase, pessoa, instituição, idéia, crença, ideal, qualquer coisa existente para o indivíduo), positiva ou negativamente, sendo culturalmente aprendidas e organizadas pela experiência (Pimenta e Cruz, 2006; Tait e Chibnall, 1998). As crenças e atitudes podem então, ser entendidas como constructos cognitivos que servem como lentes para interpretar o significado de eventos e tomar decisões sobre como reagir aos mesmos (Jensen et. Al, 2003). Na revisão da literatura, foi encontrada a crença de que “a dor é muitas vezes vista como uma parte natural do processo de envelhecimento” [A19]. Esta convicção pode levar à desvalorização da dor sentida pelo próprio doente, levando-o a não manifestar a dor que sente, fazendo que esta não seja controlada e assim, transformanda numa dor crónica.

Os mecanismos de transição entre a dor aguda e a dor crónica ainda não estão claros e não há consenso entre os investigadores sobre os fatores que interferem na cronicidade da dor. Atualmente, são descritos diferentes tipos de dor, cada um associado a um ou mais mecanismos que influenciam o seu curso (Perez, 2006). Numa revisão sistemática, Apkarian et al. (2005) estudaram como a atividade elétrica das diferentes regiões do cérebro é influenciada pela experiência de dor aguda e de dor crónica e concluíram que a atividade cerebral entre as duas condições é diferente, refletida por diminuição do processamento sensorio e aumento do processamento emocional-cognitivo. Similarmente, Philips et al. (2003), analisaram o efeito das emoções negativas nas respostas neurais, comprovando que estados emocionais negativos aumentam a atividade provocada pela dor nas regiões límbicas, influenciando a sua percepção. Além dos fatores somáticos, evidências sugerem que fatores psicossociais são importantes no prognóstico da progressão de um estágio de dor aguda para dor crónica (Gatchel et.al, 2007; Dworkin et.al, 2005; Boersma e Linton, 2005).

A apreciação e expressão da dor crónica resultam de interações entre o impulso nócico, elementos biológicos, emocionais e cognitivos do indivíduo

(Merskey e Bogduk, 1994 cit. por Pimenta e Cruz, 2006). Estudos têm apontado que crenças disfuncionais são capazes de exacerbar a experiência de dor, acarretar piora na funcionalidade física e psíquica e prejudicar a adesão ao tratamento, sendo frequentes em doentes com dor crônica (Pimenta, 1999 cit. por Pimenta e Cruz, 2006).

Os aspectos cognitivos da dor crônica, como as crenças e atitudes, são largamente estudados pela psicologia cognitivo-comportamental, fundamentada no pressuposto de que os processos cognitivos, biológicos, comportamentais, socioculturais e ambientais influenciam-se mutuamente para promover o melhor ajustamento entre a pessoa e o ambiente que a rodeia (Lima, Neves e Pimenta, 2005). Nessa abordagem, a dor crônica deve ser vista como um potente stressor físico e psicológico com efeitos de longo alcance nas funções psicológicas e comportamentais, levando à incapacidade física, psicológica, e à alteração do comportamento adaptativo (Réthelyi, Berghammer e Kopp, 2001). Essas consequências são influenciadas por crenças e atitudes que cada pessoa desenvolve durante a vida (Turki e Okifuji, 2003).

Em 1976 introduziram-se os princípios da Teoria Cognitiva Comportamental na área de controlo da dor crônica (Fordyce, 1976; Keefe e Lefebvre, 1994 cit. por Pimenta e Cruz, 2006). Os valores, as atitudes, as crenças, as expectativas, o julgamento do doente sobre a situação e sobre a confiança na sua capacidade de lidar com ela determinam a experiência de dor (Turk, Meichenbaum e Genest, 1983 cit. por Pimenta e Cruz, 2006). Desse modo, o julgamento do doente sobre a eficácia dos vários tratamentos implica a efetividade das intervenções para o controlo da dor (Turk, Meichenbaum e Genest, 1983 cit. por Pimenta e Cruz, 2006) e fatores cognitivos podem exacerbar a dor e o sofrimento, contribuir para a incapacidade e influenciar na resposta à terapia (Turk e Meichenbaum, 1994; Pimenta, 1995 cit. por Pimenta e Cruz, 2006). Assim, o enfermeiro deve ser capaz de identificar as atitudes, as crenças e os comportamentos do doente no sentido de agir em conformidade e dessa forma promover o alívio da dor.

### 3.2.2. Autocontrolo

O **Autocontrolo** surgiu na revisão da literatura como uma capacidade que o doente possui para reduzir a sua dor e aparece definido na CIPE como “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). O autocontrolo é essencial pois é transversal a toda a prática clínica, e a modificação de comportamentos só é possível se efetuada pelo próprio indivíduo, tendo de existir responsabilização e um enorme comprometimento (Kanfer e Gaelick, 1986). No caso dos doentes com dor, é fundamental remover o sintoma mas também é essencial fornecer competências de confronto e generalização (Kanfer e Gaelick, 1986). O artigo referente a esta dimensão corrobora com esta ideia pois destaca a importância do papel ativo do indivíduo na redução da sua dor [A64].

Procurar o controlo da dor é o fim comum entre os profissionais e a pessoa com dor. De facto, a consecução deste objetivo depende do esforço de ambos, pois constituem faces da mesma moeda. Por um lado, as características de cada pessoa são determinantes para as disposições para cuidar do necessário para gerir as suas necessidades básicas e as atividades de vida (ICN, 2006 cit. por Ribeiro e Santos, 2008). Por outro, a existência de intervenções que os profissionais, em particular os enfermeiros, possam oferecer, e ajustar a cada pessoa com dor, pode constituir mais uma oportunidade para promover a saúde e o bem-estar das pessoas (Ribeiro e Santos, 2008).

Como já foi referido, a atitude do doente face à dor é determinante para o controlo da sua dor. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), esta “atitude face à dor é definida como atitude: opinião acerca da intensidade e qualidade da dor” (ICN, 2011,p.40). Nesse sentido, a pessoa deve comunicar à equipa de prestação de cuidados a intensidade e a qualidade da sua própria dor e colaborar com a mesma no sentido do seu alívio.

Os processos corporais não intencionais, como a dor, são influenciados pela condição psicológica, que por sua vez é influenciada pelo bem-estar e conforto físico (OE, 2002 cit. por Ribeiro e Santos, 2008, p. 103). Assim, a necessidade de desenvolver e utilizar estratégias que ampliem o repertório de recursos internos para gerir o stresse, aumentar o sentimento de autocontrolo, verbalizar a aceitação da situação e aumentar o conforto psicológico (ICN, 2006) - *coping* -

assume-se como foco de atenção para os enfermeiros (Ribeiro e Santos, 2008, p. 103). Na CIPE, o *coping* é uma atitude para “gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (ICN, 2011, p. 46). Por seu lado, Lazarus e Folkman (1984 cit. por Ribeiro e Santos, 2008) definem *coping* como os esforços cognitivos e comportamentais usados para controlar solicitações, internas ou externas, avaliados como excessivos relativamente aos recursos do indivíduo. Esses esforços são dinâmicos e mutáveis, na procura constante de controlo no sentido de evitar os efeitos adversos.

A dor crónica constitui um estímulo capaz de desencadear a necessidade de esforços cognitivos e comportamentais para controlar os seus efeitos adversos (Lazarus e Folkman, 1984 cit. por Ribeiro e Santos, 2008, p. 103). Repetidamente, tais esforços são entendidos como excessivos ou inadequados face aos recursos e à capacidade da pessoa para controlar a dor que sente (Ribeiro e Santos, 2008).

No sentido de auxiliar os enfermeiros na consecução do seu objetivo de fornecer meios à pessoa para controlar a sua dor, a DGS identificou dois tipos de técnicas de autocontrolo da dor: Técnicas comportamentais e Técnicas cognitivas. Estas técnicas 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).

Em suma, estas duas dimensões afetam a dor assim como a dor afeta estas dimensões de alguma forma (Figura 3). Os enfermeiros, na sua atividade diagnóstica, devem avaliar o valor, o significado e a perceção que o indivíduo atribui à dor e o impacte que a mesma produz na sua vida. É necessário ter em atenção que, a dor pode ser um dado relevante para o reconhecimento de outros problemas dos doentes, devendo os enfermeiros valorizar esse sintoma também por essa via.



Figura 3 - Dimensões associadas ao diagnóstico de dor.

No próximo subcapítulo, serão descritos e analisados os conceitos associados à dor que surgiram dos artigos.

### **3.3. Conceitos associadas à dor**

Como já foi demonstrado nos capítulos anteriores, existem vários tipos de dor. Neste subcapítulo será realizado o confronto entre os conceitos dos tipos de dor encontrados na literatura e os conceitos dos mesmos tipos de dor segundo a CIPE.

#### **3.3.1. Dor**

Segundo a CIPE a dor é a “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, p. 50). A definição mais usada no conjunto de artigos analisado foi a da Associação Internacional para o Estudo da Dor (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” (Tabela 8).

A definição de McCaffery (1972) continua atual e em uso e foi descrita em apenas um estudo, a dor é “o que a pessoa que experimenta diz que é, existindo sempre que ele ou ela diz que faz.”. Embora este conceito só apareça integralmente em um artigo, ela está presente em muitos artigos na medida em que afirmam que o auto-relato da dor é a medida mais fiável para a avaliação da dor da pessoa sendo considerado como padrão de ouro.

Da junção das várias definições encontradas nos estudos, surgiu a definição da dor como uma experiência complexa, individual, subjetiva e intransferível com múltiplas dimensões: fisiológica, comportamental, sensorial e sociocultural que causa desconforto e é desagradável, pode ser localizada ou generalizada, pode ser aguda ou crónica, contínua ou intermitente, ocorre em repouso ou em movimento, de natureza térmica, mecânica ou química que pode ser um sinal de alerta ou de um aviso de que existe um estímulo nocivo aos tecidos.

Comparando os conceitos da dor que surgiram na revisão integrativa com o conceito da dor da CIPE, ambos concordam que a dor altera a percepção da pessoa. Esta noção parece fazer todo o sentido pois a dor é uma experiência sensorial e a percepção é a função mental que atribui significado aos estímulos sensoriais. O significado atribuído a esse estímulo sensorial é subjetivo, pois um mesmo estímulo dirigido à mesma pessoa em situações diferentes ou um mesmo estímulo provocado em pessoas diferentes vai levar a um desconforto físico e/ou emocional também diferente, de acordo com as características sociais, culturais e individuais de cada um.

A definição da CIPE enumera um conjunto de comportamentos distintos indicativos de desconforto provocado pela dor como “expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”. Embora este conjunto de alterações provocadas pela dor não apareça especificamente nos conceitos de dor encontrados, estas estão presentes em muitos artigos pois são consideradas dados clínicos significativos para a enunciação do diagnóstico dor.

Dimensões da dor	N.º de artigos
Fisiológica	2
Comportamental	1
Sensorial	9
Sociocultural	2
Definição de dor da IASP	8
Definição de dor de McCaffery (1972)	1
<b>Total</b>	<b>23</b>

Tabela 8 - Dimensões da definição da dor.

### 3.3.2. Dor lombar

A CIPE indica que a **dor lombar** é um tipo de “dor: sensação de 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, p.51). Confrontando os conceitos de dor lombar/lombalgia encontrados na revisão integrativa com o conceito de dor musculoesquelética da CIPE pode-se afirmar que a dor lombar é uma dor musculoesquelética na medida em que a definição da CIPE aponta a dor musculoesquelética como uma “sensação de dor com origem nos músculos, articulações ósseas ou dentes”, assim, como referem dois artigos “quadro de dor, tensão muscular ou rigidez localizada na região compreendida entre as últimas costelas e a linha glútea” [A61] e “lombalgia associada a baixa forma muscular”[A1].

Segundo a CIPE o tipo de dor musculoesquelética pode-se dividir em 3 sub-tipos de dor: dor muscular, dor óssea e dor artrítica. Sendo que dentro do sub-tipo dor óssea ainda existe a dor por fratura. A **dor muscular** é uma “sensação de dor com origem em tensões e esforços musculares associados ao exercício, infeções e doença musculoesquelética; sensação habitualmente referida como uma caibra, uma dor compressiva e latejante, muitas vezes acompanhada de dor irradiada”

(ICN, 2011, p. 50). A **dor óssea** é um “desconforto ligeiro a intenso, com origem no perióstio do osso” (ICN, 2011, p.51). A **dor artrítica** é um “desconforto ligeiro a intenso resultante de uma situação inflamatória, podendo incluir articulações tumefactas” (ICN,2011, p.50). E, por fim, a **dor por Fratura** é uma “sensação de dor com origem em fraturas ósseas agudas, habitualmente referida como aguda, cortante, com sensação de prurido e calor, contundente, agravada pelo movimento das fraturas, estas sensações não se mantêm durante ou períodos de repouso ou quando se está imóvel” (ICN,2011, p.51).

De acordo com as causas da dor lombar que podem ser fraturas, tumores, osteoporose, inflamações, processos infecciosos e radiculopatias [A60] esta pode ser classificada em dor muscular, dor óssea, dor artrítica ou dor por fratura tal como mostra a classificação da CIPE. Assim, pode-se inferir que a causa da dor lombar é importante para a enunciação do diagnóstico diferencial.

### ***3.3.3.Dismenorreia***

A CIPE diz-nos que a **dismenorreia** é um tipo de “dor visceral: sensação de dor com origem em espasmos dos músculos uterinos; esta sensação é habitualmente referida como contrações intensas tipo cólica, latejantes e sensação de desconforto no abdómen e região lombar” (ICN, p.49). O conceito de dismenorreia [A6] encontrado na revisão integrativa é muito semelhante ao da CIPE. Ambos referem uma sensação de desconforto no abdómen e nas costas sendo que a definição da CIPE específica a região lombar. Além disso, ambos referem a presença de espasmos. O conceito de dismenorreia encontrado acrescenta que esta pode ter sintomas associados como cefaleias, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, tonturas, fadiga e nervos. A CIPE não refere mas a literatura enuncia como diagnóstico diferencial, a dismenorreia primária [A50] e a dismenorreia secundária [A50] dependendo do espaço temporal em que a dor inicia relativamente ao ciclo menstrual e se existe ou não doença associada, o que não introduz uma alteração significativa às possibilidades diagnósticas permitidas pela CIPE.

### **3.3.4. Dispareunia**

Segundo a CIPE a **dispareunia** é um tipo de “ dor visceral: sensação de dor durante a relação sexual associada a coito forçado, excitação sexual incompleta ou lesão genital associada a doenças, ulcerações dos órgãos genitais ou tecidos adjacentes, por parto ou mutilação genital feminina” (ICN, p.49). O conceito de dispareunia [A50] encontrado na literatura encontra-se associado ao conceito de dismenorreia. Comparativamente com o conceito da CIPE, ambos concordam que a dispareunia se relaciona com dor durante a relação sexual. A CIPE acrescenta que esta dor está ligada “a coito forçado, excitação sexual incompleta ou lesão genital associada a doenças, ulcerações dos órgãos genitais ou tecidos adjacentes, por parto ou mutilação genital feminina”.

### **3.3.5. Dor crónica**

O termo **crónico** pertence ao eixo Tempo segundo a CIPE. A definição deste conceito tem a ver com a duração da dor, “início: ocorre ao longo do tempo, com duração prolongada” (ICN, 2011, p.103). Este é um dos termos que permite caracterizar o foco dor com rigor.

Após a realização da revisão integrativa o conceito de dor crónica surge como uma dor persistente, duradoura, contínua e persistente durante um longo período de tempo, mais de 3 ou 6 meses, que pode estar ou não estar relacionada com o processo de doença. Os artigos da revisão integrativa da literatura mostram que a dor crónica leva à incapacidade e ao aparecimento de muitas complicações associadas como: alteração no padrão de sono, apetite, libido, irritabilidade, alteração de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais, diminuição da atividade física, à depressão e ansiedade, atraso na cicatrização, às taxas de complicações maiores, ansiedade, perturbações do sono, aumento do sofrimento, e reduzida qualidade de vida.

Analisando o conceito de dor crônica encontrado, este relaciona-se com a definição de Crônico da CIPE pois ambos têm duração prolongada e ocorrem ao longo do tempo. Neste caso, a duração é mais de três meses ou seis meses dependendo do autor e ocorre ao longo do tempo pois é persistente, duradoura, contínua e persistente.

### **3.3.7. Dor aguda**

O termo **agudo** pertence ao eixo Tempo segundo a CIPE. Agudo corresponde ao “Início: de ocorrência abrupta, num curto intervalo de tempo” (ICN, 2011, p. 103). Tal como o termo Crônico, este é um dos termos que permite caracterizar o foco dor com rigor.

Comparando a definição de Agudo com o conceito de dor aguda da revisão integrativa, o conceito encontrado não menciona o intervalo de tempo da dor aguda nem menciona como é que esta ocorre. Na literatura, o conceito de dor aguda está associado à dor relacionada com afeções traumáticas, queimaduras, infecções e processos inflamatórios. Este tipo de dor é muito frequente no serviço de urgência, podendo ser o sinal de alerta que algo no organismo não está bem [A32].

### **3.3.8. Dor Pós-operatória**

Confrontando os conceitos de **dor pós-operatória** encontrados na revisão integrativa com os conceitos presentes na CIPE, aquele que mais se assemelha é o conceito de dor por ferida. A **dor por ferida** é um tipo de “dor cutânea: sensação de dor com origem numa ferida ou na periferia de uma ferida, consoante a natureza desta; habitualmente descrita como uma dor aguda, cortante e lacerante, ou como uma dor embotada, surda, incômoda, com hipersensibilidade, a menos que a lesão tenha destruído as terminações nervosas e as sensações da dor” (ICN, 20011, p. 51). Ambos os conceitos referem que este tipo de dor está a

associado a lesões teciduais como uma ferida ou a periferia de uma ferida. Os conceitos presentes na literatura associam este tipo de dor a procedimentos cirúrgicos. Na literatura as definições de dor aguda e dor pós-operatória surgem associadas assim como na CIPE a definição de dor por ferida é composta pelo termo dor aguda. Percebe-se assim a relação; tanto a dor pós-operatória como a dor por ferida são dores agudas, ou seja, são de “ocorrência abrupta, num curto intervalo de tempo” (ICN, 2011, p. 103).

### ***3.3.9. Dor oncológica***

Da revisão integrativa realizada surgiu o conceito de dor por cancro que nos remete para a dor oncológica. Segundo a CIPE a **dor oncológica** é um tipo de “dor: sensações concomitantes de dores agudas e crônicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo; consequência do tratamento do cancro, como a quimioterapia, ou condições relacionadas com o cancro, como dor por ferida; a dor oncológica é habitualmente referida como uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável, com crises de dor intensa acompanhada de dificuldades no sono, de irritabilidade, com a depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo” (ICN, 2011, p.51). Comparado o conceito encontrado com o conceito de dor oncológica presente na CIPE, o conceito encontrado apresenta-se bastante incompleto. Ambos concordam que é um tipo de dor multidimensional pois são afetadas várias dimensões. O conceito dor oncológica da CIPE acrescenta os elementos: “sensações concomitantes de dores agudas e crônicas, associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo; consequência do tratamento do cancro, como a quimioterapia, ou condições relacionadas com o cancro, como dor por ferida; a dor oncológica é habitualmente referida como uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável, com crises de dor intensa acompanhada de dificuldades no sono, de irritabilidade, com a depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo”.

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

Depois de analisados os focos relatados nos artigos que fizeram parte da amostra, os mais referidos foram dor aguda, dor pós-operatória e dor crónica, tal como se pode observar na Tabela 9. Sendo que, em muitos artigos a **dor aguda** e a **dor pós-operatória** encontram-se associadas. A dor aguda é muito frequente no serviço de urgência, estando relacionada a afeções traumáticas, queimaduras, infeções e processos inflamatórios, e possui um significado diagnóstico importante, podendo ser o sinal de alerta de que algo no organismo não está bem (Ribeiro et al, 2011). Este facto mostra que a dor provocada por lesões teciduais agudas implica modificações na qualidade de vida, o que pode prejudicar a saúde e causar alterações fisiológicas que, se não resolvidas, vão resultar em problemas orgânicos e psíquicos, influenciar estilos de vida e provocar comorbidades (Miranda et al, 2011).

A **dor crónica** é uma das principais causas de incapacidade, levando à exacerbação de sintomas como: alterações no padrão de sono, apetite, libido, irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais prejudicando a capacidade e vontade dos idosos de se envolver em comportamentos promotores de saúde e auto-gestão de sintomas devido às condições crónicas de saúde (Krein, Heisler, Piette, Makki, e Kerr, 2005; Patil, Johnson e Lichtenberg, 2008 cit. por Fouladbakhsh et al, 2011). A dor crónica representa uma condição que está presente nos idosos (59,7%), o que revela que eles vivem a sua rotina diária sob grande sofrimento.

Os focos menos referidos foram **dor oncológica**, **dismenorreia**, **dispareunia**, **dor nociceptiva**, e **cefaleia**. Estes resultados devem-se sobretudo às características da amostra do estudo.

<b>Foco</b>	<b>N.º de artigos</b>
Dor aguda	19
Dor pós-operatória	13
Dor crónica	26
Dor oncológica	2
Dismenorreia	3
Dispareunia	2
Dor nociceptiva	1
Cefaleia	1
<b>Total</b>	<b>67</b>

Tabela 9 - Focos presentes nos artigos.

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

### 3.5. Cliente

Depois de analisados todos os artigos da revisão integrativa relativamente ao Eixo Cliente, a grande maioria dos artigos diz respeito ao indivíduo enquanto sujeito portador de dor. Sendo a dor uma experiência individual, é essencial, aumentar o conhecimento sobre a forma como a experiência de dor é vivenciada. Quatro artigos abordam o Membro da Família Prestador de Cuidados, como “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2011, p. 115). Neste caso, todos os artigos são referentes à dor lombar. O ato de cuidar do outro é uma tarefa intrínseca ao ser humano e à sua vida social. No nascimento, ao longo da vida, na doença, na velhice e na morte alguém ou o próprio cuidam. Cuidar é uma atitude, traduzindo uma forma de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o

mundo (Petit, 2004). Cuidar é um ato de vida, e como tal a sua história relaciona-se com os inícios da humanidade, podendo assumir duas formas ou significados: o cuidado do homem consigo mesmo e o cuidado com o outro. Definindo-se como um ato individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia, mas também como um ato de reciprocidade que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente necessite de ajuda para a satisfação das suas necessidades vitais (Collière, 1989). Tradicionalmente associado à mulher, mãe, filha e esposa o cuidar deve ser entendido como algo que permite o desenvolvimento e a continuidade da vida. Collière considera que o cuidar é “por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou afectiva enfrentar a vida quotidiana” (2003, p.331). Representa um ato indispensável à permanência de um grupo social, constituindo uma função primordial própria da sobrevivência de todo o ser vivo. Por fim, nenhum artigo teve como alvo a comunidade.

No subcapítulo seguinte serão analisados 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. 15). No que diz respeito ao juízo da dor associado à intensidade, autores diferentes classificam de formas distintas. Na análise dos artigos da revisão integrativa foram encontrados vinte juízos. Destes, os juízos que mais se repetiram foram o juízo leve que foi referido em treze artigos e o juízo moderado que apareceu também em treze artigos. Relativamente aos juízos de maior intensidade, surgiram: severa em cinco artigos, grave em seis artigos e insuportável em três artigos. Os outros juízos referidos foram apenas encontrados em um ou dois artigos e são sinónimos dos juízos mais frequentes.

Os juízos encontrados na literatura vão de encontro aos juízos sugeridos no eixo do juízo relativos à gravidade (estado) da dor da CIPE. Na CIPE também são sugeridos os termos leve, moderado e grave.

Na CIPE o juízo-gravidade possui três descendentes, enquanto na literatura os juízos variaram de dois descendentes até seis descendentes, sendo que na maior parte dos artigos são usados quatro descendentes. Este facto pode ser explicado porque estes artigos incluem o juízo ‘nenhuma’ dor para classificar a dor e a CIPE não atribui nenhum juízo à ausência de dor. Os restantes juízos utilizados nos outros descendentes são semelhantes aos da CIPE.

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

### 3.7. Tempo associado ao diagnóstico da dor

Após a análise dos artigos quanto ao eixo tempo, o mais usado relativamente ao início da dor é o de início **crónico**, ou seja, “ocorre ao longo do tempo, com duração prolongada” (ICN, 2011, p. 103), seguido do início **agudo**, que surge de uma “ocorrência abrupta, num curto intervalo de tempo” (ICN, 2011, p. 103), tal como se pode verificar na Tabela 10. No que diz respeito à sequência de tempo, surgiu um artigo com dor contínua e um artigo com dor intermitente. O termo persistente aparece em cinco artigos e o termo recorrente surge apenas num. Embora estes dois últimos termos não apareçam na CIPE, na literatura aparecem associados à dor crónica como refere um dos artigos, salientando que a “dor que é **persistente** e não tratada afeta o sistema endócrino do corpo, cardiovascular, imunológico, neurológico, e sistemas músculo-esqueléticos. Como resultado, os doentes podem desenvolver complicações pós-operatórias, incluindo uma síndrome de **dor crónica**, e ficar mais tempo no hospital” (Tennant, 2004 cit. por Matthias et al, 2010). A **dor recorrente** é referida na literatura como sendo a dor que vai e volta podendo tornar-se uma dor crónica. O artigo que refere a dor recorrente afirma que “a dor é um problema de saúde crítico, mais da metade dos americanos sofrem de dor crónica ou recorrente” (Peter D. Hart Research Associates, 2003 cit. por Marmo e Fowler, 2010).

<b>Tempo</b>	<b>N.º de artigos</b>
Crónico	27
Agudo	16
Contínua	1
Intermitente	1
Persistente	5
Recorrente	1
<b>Total</b>	<b>51</b>

Tabela 10 - Eixo tempo.

No próximo capítulo, serão apresentadas as conclusões deste estudo.



## 4. CONCLUSÕES

O desenvolvimento deste trabalho permitiu dimensionar e analisar a produção de conhecimento sobre o processo de registo de dados de Enfermagem sobre a dor, de forma a contribuir para o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados suportados por arquétipos com o foco de atenção de Enfermagem já descrito.

Ao longo desta investigação foram identificados os termos e os conceitos integrados nos enunciados de diagnósticos de enfermagem no domínio do fenómeno “dor” descritos na literatura e comparados com os que são sugeridos pela CIPE (2011) e pela Norma ISO 18104, visto ser essa a linguagem adotada pelos SIE mais usados em Portugal.

Relativamente aos dados sugeridos na literatura, estes podem ser obtidos diretamente a partir do doente quando este é capaz de se expressar verbalmente ou indiretamente através da observação e obtenção de alguns indicadores comportamentais (choro, gemido, a fúrias, entre outros) e dos processos corporais (alteração dos sinais vitais). De forma geral, pode-se observar que os dados sugeridos pela literatura são semelhantes aos dados indicados pela CIPE.

No que diz respeito aos conceitos, foram comparados os conceitos de dor, dor lombar, dismenorreia, dispareunia, dor crónica, dor aguda, dor pós-operatória e dor oncológica. Desta comparação, pode-se concluir que os conceitos descritos na literatura são semelhante aos conceitos indicados pela CIPE.

No que concerne à frequência, duração, localização anatómica, qualidade, e intensidade da dor, os termos sugeridos na literatura são os mesmos que são sugeridos pela OE. Além disso, os termos associados aos juízos da intensidade da dor sugeridos pela literatura são semelhantes aos indicados pela CIPE embora autores diferentes classifiquem de forma diferente. A dor tem impacto nos autocuidados, na qualidade do sono, no domínio psicossocial e emocional.

Ainda relativamente à avaliação da dor, as escalas mais referidas na literatura analisada vão de encontro aos instrumentos sugeridos pela OE embora a escala de avaliação da dor preferencialmente utilizada pela OE não é a que é sugerida mais vezes pela literatura. Este facto pode ser explicado pelas características da amostra. A escolha do instrumento de avaliação da dor deve atender ao tipo de dor, à idade e à situação clínica do doente. Esta avaliação deverá ser realizada de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos. Para avaliar a intensidade da dor devem ser sempre privilegiados os instrumentos de auto-avaliação (unidimensionais) que devem ser escolhidos de acordo com as características do doente. Nos doentes com alterações cognitivas e/ou incapacidade de comunicar devem ser privilegiados os instrumentos de heteroavaliação (multidimensionais) baseados em sinais fisiológicos e comportamentais apresentados pelo doente.

Ao longo de toda a literatura foram encontradas várias dimensões que afetam a dor assim como a dor afeta estas dimensões de alguma forma, considerando-se as Crenças e o Autocontrolo.

Com a elaboração deste documento, foi realizada a descrição de todas as etapas percorridas e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. A generalização destes resultados deve ser cautelosa, uma vez, que esta revisão integrativa da literatura envolveu apenas uma amostra e não a totalidade dos artigos.

Os resultados obtidos mostram que os conceitos e termos constantes da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) são suficientes para uma descrição completa e abrangente dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a dor e que emergem desta revisão integrativa, embora as suas limitações, em termos de amostra, não permitam a sua afirmação inequívoca.

Por fim, e independentemente desta investigação estar inserida num percurso académico com uma duração definida e de se ter usado uma amostra que se considerou ser capaz de ser gerível por um investigador, considera-se que os objetivos foram alcançados e que a metodologia adotada para a elaboração deste estudo foi adequada.

Pensa-se, ser necessário a realização de estudos semelhantes e complementares a este, bem como outros que analisem a documentação produzida pelos enfermeiros que utilizam a linguagem classificada, no sentido de validarem e acrescentarem dados aos que foram apresentados, de forma a evoluir-

se para a construção de Modelos Clínicos de Dados. Espera-se que os resultados deste estudo possam vir a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. - Pain measurement in the elderly: a review. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Vol.14 (2006), p. 271-276.
- APKARIAN, A.V.; BUSHNELL, M. C.; TREEDE, R.D.; ZUBIETA, J.K. - Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain*. Vol.9 (2005), p.463-484.
- ARAÚJO, M. M. T. - Dor em Terapia Intensiva: subsídios para avaliação e assistência de enfermagem. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. - *Dor 5º Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem*. 2ª ed. Editora Martinari, 2007. p.427-437.
- BATALHA, Luís Manuel Cunha; REIS, Gina Maria Rodrigues; COSTA, Luísa Paula Santos; CARVALHO, Maria Dulce Ramos; MIGUENS, Ana Paula Murta - Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. 2.ª Série. *Revista Referência*. n.º 10, (2009), p. 7-14.
- BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BEYER, J. E.; TURNER, S. B.; JONES, L.; YOUNG, L.; ONIKUL, R.; BOHATY, B.- The alternate forms reliability of the Oucher pain scale. *Pain Manag Nurs*. Vol. 6 (2005), p. 10-17.
- BOERSMA, K.; LINTON, S.J. - How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 43 (2005), p.1495-1507.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo - O Método da Revisão Integrativa nos Estudos organizacionais. Belo Horizonte: *Gestão e Sociedade*. Vol. 5, n.º 11 (Maio/Agosto 2011). p. 121-136. ISSN 1980-5756.

COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989.

COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência. 2003.

CUNHA, Alice Paula; FERREIRA, João J. M.; RODRIGUES, Manuel Alves Rodrigues - Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista Referência*. 3ª série, n.º1 (2010), p. 7-16. ISSN 0874-0283.

CUNHA, Ana Patricia Bastos - *Supervisão das práticas clínicas: o caso particular dos sistemas de informação em Enfermagem*. 2008. Dissertação de mestrado.

DIAS, Fátima - Combater o stress e a dor sem medicamentos. *Diário de Coimbra Suplemento Saúde* (6 Nov. 2007), p.4-5.

DRUMMOND, José Paulo - Bioética, dor e sofrimento. *Cienc. Cult.* [Em linha]. Vol.63, n.º.2 (2011), p. 32-37. [Consultado 1 de Setembro de 2013]. Disponível em WWW: <URL: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252011000200011&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252011000200011&script=sci_arttext). ISSN 0009-6725

DWORKIN, R.H.; TURK, D.C.; FARRAR, J.T.; HAYTHORTHWAITE, J.A.; JENSEN, M.P.; KATZ, N.P.; KERNS, R.D.; STUCKI, G.; ALLEN, R.R.; BELLAMY, N.; CARR, D.B.; CHANDLER, J.; COWAN, P.; DIONNE, R.; GALER, B.S.; HERTZ, S.; JADAD, A.R.; KRAMER, L.D.; MANNING, D.C.; MARTIN, S.; MCCORMICK, C.G.; MCDERMOTT, M.P.; MCGRATH, P.; QUESSY, S.; RAPPAPORT, B.A.; ROBBINS, W.; ROBINSON, J.P.; ROTHMAN, M.; ROYAL, M.A.; SIMON, L.; STAUFFER, J.W.; STEIN, W.; TOLLETT, J.; WERNICKW, J.; WITTER, J. - Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. Vol.113 (2005), p.9-19.

ELKIN, Martha Keene; PERRY, Anne Griffin; POTTER, Patricia A. - *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2.ªed. Loures: Lusociência, 2005, 1033 p. ISBN: 972-8383-96-7.

FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. - Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do auto-cuidado de Orem: estudo de caso. *Revista latino-americana de Enfermagem*. Vol. 8, nº 6 (Dezembro, 2000), p. 59-67.

FERNANDES, Linda Samanta Otto - *Dor no corpo e na alma : vivências de dor em utentes com artrite reumatóide*. Coimbra : [s.n.], 2009. Dissertação de mestrado.

FIGUEIROA-RÊGO, S. - Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar enfermagem*. ISSN 0873-8904. Vol. 7, n.º 2 (2003), p. 34 - 48.

FOULADBAKHS, J.M.; SZCZESNY, S.; JENUWINE, E.S.; VALLER, A.H. - Nondrug therapies for pain management among rural older adults. *Pain management nursing*. Vol. 70 (2011), p. 70-81.

FRANCK, LS; GREENBERG, CS; STEVENS, B - Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clinical North America*. ISSN 0031-3955. (2000), p. 487-512.

GATCHEL, R.J.; PENG, Y.B.; PETERS, M. L.; FUCHS, P.N.; TURK, D. C. - The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*. Vol.133, n.º 4 (2007), p.581-624.

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

GOOSSEN, W. - *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Amsterdão, Holanda.2000b.

GOOSSEN, William; BAREMANS, Anneke Goossen; VAN DER ZEL, Michael - Detailed Clinical Models: A Review. *Health Informatic Research*. Vol. 16, n.º4 (Dezembro de 2010), p. 201-214.

GREENHALGH, Trisha - *Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências*. 2ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HIGGINS, Julian; GREEN, Sally - Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention Version 5.1.0 [Em linha] Março de 2011 [Consultado 17 de Agosto de 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cochrane-handbook.org/>.

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 1, n.º 3, Setembro 1993.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) - *Global Year Against Acute Pain - Interventions: Benefits and Barriers*. [Em linha]. 2011. [Consultado a 27 Setembro 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 27 Setembro 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 27 Setembro]. 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 [Consultado em 27 Setembro de 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.iasp-pain.org>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. XXI, 227 p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta 2*. 3ª ed. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN)- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN)- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. 205 p. ISBN 978-92-95094-35-2.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) - *ISO/FDIS 18104, Health Informatics, Integration of a Reference Terminology Model for Nursing*.

[Em linha]. 2003. [Consultado em 13 Agosto 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)

JENSEN, M.P.; KEEFE, F.J.; LEFEBVRE, J.C.; ROMANO, J.M.; TURNER, J.A. - One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*. Vol.104 (2003), p.453-469.

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

LIMA, M.A.G.; NEVES, R.; SÁ, S.; PIMENTA, C. - Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.10, n.º1 (2005), p.163-173.

LUFFY, R.; GROVE, S.K. - Departments - Examining the validity, reliability, and preference of three pediatric pain measurement tools in African-American children. *Pediatr Nurs*. Vol. 29 (2003), p. 54-59.

MACLAREN, R.; PLAMONDON, J. M.; RAMSAY, K. B.; et al. - A prospective evaluation of empiric versus protocol-based sedation and analgesia. *Pharmacotherapy*. Vol. 20 (2000), p. 662-672.

MATTHIAS, M. S.; BAIR, M. J.; NYLAND, K. A.; HUFFMAN, M. A.; STUBBS, D. L; DAMUSH, T. M.; KROENKE, K. - Self-Management Support and Communication from Nurse Care Managers Compared with Primary Care Physicians: A Focus Group Study of Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Management Nursing*. Vol 11, n.º1 (2010), p. 26-34.

MARIN, Heimar de Fátima; BARBIERI, Márcia; BARROS, Sónia Maria Oliveira - Conjunto Internacional de Dados Essenciais de Enfermagem: comparação com os dados na área de Saúde da Mulher. *Acta Paulista de Enfermagem*. ISSN 0103-2100. São Paulo. Vol 23, n.º 2 (Março/Abril 2010), p. 251-256.

MARIN, Heimar de Fátima - Terminologia de referência em Enfermagem: a Norma ISO 18104. *Acta Paulista de Enfermagem*. ISSN 1982-0194. São Paulo. Vol 22, n.º 4 (2009), p. 445-448.

MARMO, L.; FOWLER, S - Pain assessment tool in the critically ill post-open heart surgery patient population. *Pain Management Nursing*. Vol. 11, n.º 3 (2010), p. 134-140.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro - Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação da dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Revista Brasileira Reumatologia*. Vol. 51, n.º 4 (2011), p. 299-308.

MCCAFFERY, M.; PASERO, C. - *Pain: Clinical Manual*. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1999.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis. Vol. 17, n.º 4 (Out.-Dez. 2008), p. 758-764.

METZGER, Christiane; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane - *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência. 2002, 281 p. ISBN 972-8383-32-0.

MIRANDA, Adriana de Fatima Alencar; DA SILVA, Lucia de Fatima; CAETANO, Joselany Afio; DE SOUSA, Ana Claudia; ALMEIDA, Paulo Cesar - Evaluation of pain intensity and vital signs in the cardiac surgery postoperative period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 45, n.º 2 (2011), p. 327-33.

NARDON, Fabiane Bizinella; FRANÇA, Tony; NAVES, Humberto - Construção de Aplicações em saúde Baseadas em Arquétipos. *XI Congresso Brasileiro de Informática em Saúde Campos do Jordão*, São Paulo. 2008.

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS - CONSELHO DE ENFERMAGEM - *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, n.º I. (Junho de 2008). ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa. (24 de Abril 2007). p. 1-8.

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*. Lisboa. (Outubro 2007). p. 1-16.

PARK, H. - Effect of music on pain for home-dwelling persons with dementia. *Pain Management Nursing*. Vol. 11, n.º 3 (2010), p. 141-147.

PEREIRA, Filipe - *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: [s.n.], 2007. Dissertação de Doutoramento.

PEREZ, R. S. G. M. - Definição de Dor. *Disability and Rehabilitation*. Vol.28, n.º6 (2006), p.339-341.

PETIT, Corinne - Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade. In: *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.2004.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS; Judith K.; MAREK, Jane F. - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência. Vol. 1. 2003. p. 363-390. ISBN 972-8383-65-7.

PHILLIPS, M.L.; GREGORY, L.J.; CULLEN, S.; COHEN, S.; NG, V.; ANDREW, C. et al. - The effect of negative emotional context on neural and behavioural re-sponses to oesophageal stimulation. *Brain*. Vol.126 (2003), p.669-84.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos - Controle da Dor no Domicílio. *Manual de Enfermagem* [Em linha]. 2000, p. 168-184 [Consult. 5 Agosto 2013]. Disponível em: [http://www.ee.usp.br/doc/manual\\_de\\_enfermagem.pdf](http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf)

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro - Crenças em dor crónica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem*. Universidade São Paulo. Vol. 40, n.º 3 (2006), p. 365-373.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen - Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem*. Universidade São Paulo. Vol.30, n.º3 (1996), p. 473-483. ISSN 0080-6234.

PINTO, Liliana Filipa Bandeira - *Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem*. Vila Real: [s.n.], 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os- Montes e Alto Douro.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin - *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006. XXVIII, 1106 p. ISBN: 972-8930-24-0.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Circular Normativa n.º 9/DGCG.14-06-2003. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2001. ISBN 972 9425 95 7.

RÉTHELYI, J.M.; BERGHAMMER, R.; KOPP, M.S. - Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemo-graphic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hun-gary. *Pain*. Vol.93 (2001), p.115-121.

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

RIBEIRO, Ana Leonor; SANTOS, Célia - Coping...e a pessoa com dor crónica. *Revista Servir*. Vol. 56, n.º 3/4. (Maio-Agosto 2008). p. 99-111.

Ribeiro, Norma Cecília Alves; Barreto, Simonize Cunha Cordeiro; Hora, Edilene Curvelo; de Sousa, Regina Márcia Cardoso - The nurse providing care to trauma victims in pain: the fifth vital sign. *Revista da Escola de Enfermagem*. Universidade São Paulo. Vol. 45, n.º 1 (2011). p. 146-52.

RIGOTTI, Marcelo A.; FERREIRA, Adriano M. - Intervenções de enfermagem ao doente com dor. *Arquivo Ciências Saúde*. (Janeiro-Março 2005). p. 50-54.

ROTHER, Edna Terezinha - Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. Vol. 20, nº. 2, (2007).

SILVA, A. - *Registos de enfermagem: da tradição scrito ao discurso informo*. Porto: [s.n.],1995. Dissertação de Mestrado.

SILVA, A. - *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Porto: [s.n.], 2001. Dissertação de Doutoramento.

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

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. - *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 186-187.

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.

SOUSA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel - Revisão integrativa: o qué e como fazer. *Einstein*. São Paulo. Vol. 8, n.º 1 (2010), p. 102-106.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira; FRADE, Marta Hansen Lima Basto Correia; MENDONÇA, Denisa Maria de Melo Vasques - Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*. ISSN 1982-0194. São Paulo. Vol. 18, n.º 4 (Outubro/Dezembro 2005), p. 368-381.

TAIT, R.C.; CHIBNALL, J.T. - Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain*. Vol.70 (1997), p.229-235.

TAIT, R.C.; CHIBNALL, J.T. - Attitude profiles and clinical status in patients with chronic pain. *Pain*. Vol.78 (1998), p.49-57.

TURK, D.C.; OKIFUJI, A. - Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.70, n.º3 (2002), p.678-690.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; MUSSI, Fernanda Carneiro - O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspetiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Revista Escola Enfermagem*. Universidade São Paulo. (2001), p.300-307.

WARDEN, V.; HURLEY, A. C.; VOLICER, L. - Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*. Vol. 4, n.º1 (2003), p.9-15.

WILLIS, M. H.; MERKEL, S. I.; VOEPEL-LEWIS, T., et al. - FLACC Behavioral Pain Assessment Scale: a comparison with the child's self-report. *Pediatr Nurs*. Vol. 29, (2003), p.195-198.



## **ANEXOS**



## **ANEXO 1 - Tabela mestra dos dados recolhidos**



Termos	Foco	<p>Lombalgia, Dor Lombar [A1] [A2] [A21] [A61] [A78]  Dor crónica [A1] [A5][A9] [A10] [A14] [A15][A18][A20][A21][A24] [A24] [A26][A27] [A29] [A34] [A42] [A44][A49][A51] [A55] [A60] [A64] [A65] [A66] [A82] [A83]  Dor somática [A3]  Dor artrítica [A5] [A58]  Dor menstrual [A6]  Dismenorreia [A6] [A50] [A72]  Dor abdominal [A6] [A14] [A54]  Dor de cabeça [A6] [A14] [A15][A19] [A21][A38][A50]  Cefaleia [A21]  Dor pós-operatória [A8] [A9] [A16] [A20] [A34] [A54] [A59] [A60] [A69] [A71] [A80] [A81] [A83]  Dor pediátrica [A8] [A9] [A24][A35][A40] [A80]  Dor aguda [A5] [A6] [A9] [A10] [A15] [A16] [A21] [A21] [A25] [A29] [A32] [A34][A38] [A42] [A54] [A57] [A58] [A62] [A83]  Dor perineal [A13] [A68]  Dispareunia [A13][A50]  Dor no períneo no pós-parto [A13]  Dor pélvica [A14]  Dor no peito [A14] [A27] [A47]  Dor de costas [A14][A49] [A56]  Dor de braços [A14]  Dor nos ombros/membros superiores [A21]  Dor de pernas [A14]  Dor músculo-esquelética [A15][A17] [A19] [A26][A45] [A46] [A64]  Dor aguda pós-operatória [A16] [A54]  Dor cervical [A19]  Dor oncológica [A25]  Dor lombar crónica [A27]  Dor crónica incisional [A55]  Dor infantil [A62]  Dor neonatal [A62]  Dor nociceptiva [A76]  Dor do cancro [A87]</p>
	Juízo	<p><b>Grau-Duas divisões:</b>  Nada doloroso, Maior dor [A1]</p> <p><b>Grau-Três divisões:</b>  Leve, moderada, intensa [A30] [A31]  Leve, moderada, grave [A42][A52]</p> <p><b>Grau-Quatro divisões:</b>  Menos dor, doloroso, muito doloroso, bastante doloroso [A19]  Nenhuma, leve, moderada, grave [A20][A26] [A45]  Leve, moderada, intensa, insuportável [A16]  0=Nenhuma, 1=Leve, 2=Moderada, 3=Severa [A72]  Nenhuma, Leve, Moderada, Severa [A78]</p> <p><b>Grau-Cinco divisões:</b>  Leve, Moderada, Grave, Severa, Insuportável [A12]  0 (nenhum), 1 (leve), 2 (desconfortável), 3 (angustiante), 4 (horível), e 5 (insuportável) [A26]  Sem dor, leve, moderada, severa e pior dor [A69]</p> <p><b>Grau-Seis divisões:</b>  0=sem dor, 2=suave, 4=moderada, 6=severa, 8=muito severa, 10=pior dor [A52]</p>
Frequência	<p>Contínuo [A54]  Intermitente [A6]  Persistente [A14] [A58] [A65] [A69] [A76]  Recorrente [A64]</p>	

<b>Duração</b>	Crônica [A1] [A5][A9] [A10] [A14] [A15] [A18] [A20] [A21] [A22] [A23] [A25] [A26] [A27] [A29] [A34] [A42] [A44][A49][A51] [A55] [A60] [A64] [A65] [A66] [A82] [A83] Aguda [A5] [A6] [A9] [A10] [A15] [A16] [A21] [A22] [A25] [A29] [A32] [A34][A38] [A42] [A54] [A57] [A58] [A80] [A83]
<b>Localização anatómica ou espacial do diagnóstico</b>	Região Lombar [A1] [A2] [A21] [A27] [A61] [A77] Região perineal [A13] [A68] Costas [A14] [A48][A49] [A56] [A58] Pernas [A14] [A26] Braços [A14] [A21] [A55] Cabeça [A14] [A21][A50] [A58] Região pélvica [A14] [A26] Abdômen [A14] [A54] Peito [A14] [A27] [A47] Cervical [A19] [A22] Joelhos [A26] [A48] [A76] Tornozelos [A26] [A48] Região Torácica [A55] Incisão Cirúrgica [A55] Dentes [A58] Ombros [A76]
<b>Probabilidade</b>	Risco, Oportunidade
<b>Portador (Sujeito a quem o</b>	Prestador de cuidados[A1] [A2] [A61] [A77] Indivíduo [A8] [A9] [A10] [A11] [A12] [A13] [A14] [A18] [A19] [A20][A23] [A24] [A25] [A26] [A27] [A29] [A30] [A31][A32][A33] [A34] [A35] [A36][A37] [A38][A39][A40] [A41] [A42][A43] [A44][A45] [A46] [A47][A28][A48][A49][A50][A51][A52][A53] [A54] [A55] [A56] [A57] [A58] [A59] [A60] [A62] [A63] [A64] [A65] [A66] [A67] [A68] [A69] [A70] [A71] [A72] [A73] [A74] [A75] [A76] [A78] [A79] [A80] [A81] [A82] [A83]

Dimensão	<p><b>Crenças:</b> -A dor é muitas vezes vista como uma <b>parte natural do processo de envelhecimento</b>. [A19]</p> <p><b>Sofrimento:</b> - A dor influencia a qualidade de vida de diversas pessoas por ser considerada a causa mais frequente de <b>sofrimento</b>. [A30] - A dor crónica representa uma condição em que está presente nos idosos (59,7%), o que revela que eles vivem a sua rotina diária sob grande <b>sofrimento</b>, impedido de realizar atividades e interagir com outras pessoas e até mesmo manter os seus padrões de sono e alimentação, as condições que são considerados fundamentais para a sobrevivência. [A66]</p> <p><b>Autocuidados: Atividades de vida diária são afetadas pela dor:</b> - No período puerperal, a presença de algia gera dificuldades para o exercício da maternidade e no desenvolvimento das <b>atividades quotidianas</b>, como o <b>autocuidado</b>, a amamentação e o cuidado ao recém-nascido, além de interferir no sono, no repouso, na movimentação, na micção, na evacuação e no apetite da puerpera. [A13] - A dor tem sido associada a muitos problemas secundários, incluindo <b>distúrbios do sono, depressão, função física prejudicada e deficiência, diminuição da participação em atividades sociais</b>, e os custos de saúde mais elevados (Bookwala, Harralson, e Parmelee, 2003; Cosby, Hitt, Thornton-Neaves, McMillen, Koch, Parvin, 2005; Edwards, 2006; Ferrell, Ferrell, e Osterweil, 1990; Gallagher, Verma, e Mossey, 2000; Magni, Marchetti, Moreschi, Merskey, &amp; Luchini, 1993; Roberto &amp; Reynolds, 2002; Ross &amp; Crook, 1998; Scudds &amp; Robertson, 2000; Tsai, Wei, Lin &amp; Chien, 2005).[A14] - A alta prevalência de dor na população, os elevados custos impostos à sociedade, às companhias de seguro e aos serviços de saúde, bem como o impacto negativo nas <b>atividades quotidianas</b> daqueles que convivem com tal experiência, colocam-na como um problema de saúde pública.[A21]</p> <p>-A dor é um sintoma comum entre os moradores mais velhos dos lares de idosos e pode conduzir a efeitos adversos, tais como uma diminuição das <b>atividades da vida diária</b> e qualidade de vida.[A48]</p> <p>- Até 60-80% dos idosos sofrem com a dor que interfere com suas <b>atividades diárias</b> (Herr &amp; Garand, 2001).[A58] -Dor causa uma variedade de problemas de saúde, incluindo diminuição das <b>atividades diárias</b>, distúrbios do sono, depressão, isolamento social e baixa qualidade de vida (Ferrell, Ferrell, e Rivera, 1995;. Shega et al, 2007). [A60] - A dor crónica representa uma condição em que está presente nos idosos (59,7%), o que revela que eles vivem a sua rotina diária sob grande sofrimento, impedido de realizar atividades e interagir com outras pessoas e até mesmo manter os seus padrões de sono e <b>alimentação</b>, as condições que são considerados fundamentais para a sobrevivência. [A66]</p> <p>- Dor pós-operatória interferiu mais com o <b>sono</b>, a atividade geral, a <b>capacidade de realizar tarefas domésticas</b> durante as primeiras duas semanas após a alta. [A69] - Dor não tratada e persistente interfere com as <b>atividades da vida diária</b> dos pacientes e reduz a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) [A75]</p> <p><b>Autocontrolo:</b> -Os pacientes podem ter um papel ativo na redução da sua dor (Institute of Medicine, 2003). [A64]</p> <p><b>Angústia:</b> - O conceito de <b>dor</b> aparece associado a angústia psicossocial. [A3] - A dor implica prejuízos psíquicos, sociais, económicos, além do físico. Ocorrem quadros depressivos, <b>angústia</b>, alteração da memória e da capacidade de concentração; perda ou afastamento do trabalho, das atividades de lazer, problemas de relacionamento interpessoal; problemas económicos envolvidos com maiores despesas por uso do sistema de saúde. [A32] 103 -Dor causa uma variedade de problemas de saúde, incluindo diminuição das atividades diárias, distúrbios do sono, <b>depressão</b>, isolamento social e baixa qualidade de vida (Ferrell, Ferrell, e Rivera, 1995;. Shega et al, 2007). [A60]</p>
----------	---

- Indicadores comportamentais de dor: rosto, pernas, atividade, grito, consolabilidade [A3][A42] [A43][A65]
- Indicadores de dor: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal, consolabilidade [A3]
- A **dor** aparece como sendo uma das causas possíveis para o aparecimento de agitação (Cohen-Mansfield et al., 1990; Alessi, 1991; Feldt et al., 1998; Kovach et al., 2005; Black et al., 2006). [A5]
  
- A prevalência da **dor** aparece associada a idade avançada (Pickering et al., 2006), apatia, depressão e agressão (Moretti et al., 2006; Steinberg et al, 2008). [A5]
- Indicadores de dor: expressão facial, movimento do corpo, tensão muscular, conformidade com o ventilador ou vocalização [A12]
- Localização da dor, duração da dor [A14] [A22]
- Intensidade da dor [A13][A15][A16][A20][A22][A29][A37] [A43][A44] [A55][A56] [A58]
- A agitação e a depressão são indicadores de **dor**. [A17]
- Regnard et al (2007) montaram uma abrangente lista de sinais e comportamentos que foi descrito na literatura como sendo indicadores de **dor**. A lista inclui: agressão, expressões faciais, defesa, choro, rigidez, aumento do movimento do corpo, alterações autônomas e respiração ruidosa. [A28]
- Indicadores de dor: frequência cardíaca aumentada, frequência respiratória aumentada ou diminuída, pressão arterial aumentada, saturação de oxigênio diminuída, níveis de cortisol aumentados, tensão de oxigênio transcutanea aumentada, tensão de dióxido de carbono transcutanea aumentada ou diminuída [A43]
  
- As consequências da dor são descritas como depressão, ansiedade, diminuição da interação com os outros, distúrbios do sono, mobilidade reduzida, perda de apetite, má alimentação, agitação, delírio e cicatrização demorada, juntamente com maior utilização de cuidados de saúde e os custos (American Geriatrics Society, 2002; Asghari, Ghaderi, e Ashory, 2006; Zanolchi et al, 2008). [A45]
- Expressão da dor facial é particularmente forma marcante para os indivíduos para comunicam a sua **dor** (Schiavenato et al., 2007). [A49]
- A dor tem muitos efeitos negativos, incluindo insônia, depressão, ansiedade, alterações ou perda de apetite, alteração da atividade e, em geral diminuição da qualidade de vida (Jones, 2006). [A53]
  
- A **dor** é também associada a problemas de comportamento, como agitação, errante, combatividade física, gritos, e agressão (Cohen-Mansfield, Werner & Marx, 1990; Feldt, Warne, e Ryden, 1998; Shega et al, 2007;. Tsai & Chang, 2004). [A60]
  
- Indicadores de dor: expressão facial, choro, padrões de respiração, braços, pernas, estado de excitação [A62]
- A agitação foi demonstrado estar associada com a gestão inadequada da dor (Marshall & Soucey, 2003). [A65]

<b>Conceitos</b>	<p><b>Dor lombar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dor lombar</b> definida como <b>dor crônica</b> [A1]</li> <li>- O conceito de <b>lombalgia</b> aparece associado a baixa flexibilidade e força muscular. [A1]</li> <li>- A <b>dor lombar</b> pode ser caracterizada por um quadro de dor, tensão muscular ou rigidez localizada na região compreendida entre as últimas costelas e a linha glútea, sendo esta observada em 50% a 90% dos adultos. [A61]</li> <li>- A <b>dor lombar</b> pode ser classificada tipicamente como específica e não-específica. As lombalgias específicas têm suas causas associadas a patologias sérias como fraturas, tumores, osteoporose, inflamações, processos infecciosos e radiculopatias. As não-específicas são as que não apresentam associação com patologias sérias. [A60]</li> </ul>
	<p><b>Dor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A <b>dor</b> é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial, descrita em termos do dano causado (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2008. [A16] [A30] [A31][A32] [A39][A43][A45] [A65]</li> <li>- A <b>dor</b> é definida por “é o que o indivíduo que a sente diz ser e existe quando a pessoa que a sente diz existir”(McCaffery, 1968).[A25]</li> <li>- De acordo com um Dicionário chinês, a <b>dor</b> é definida como uma dor ou sentimento desagradável na vida diária (Caminho, 1982). [A25]</li> <li>-A <b>dor</b> é subjetiva, individual e intransferível. [A30]</li> <li>- A <b>dor</b> é vista como sensação desagradável, sinal de alerta e uma experiência subjetiva. [A32]</li> <li>- A <b>dor</b> é um mecanismo fisiológico que pode ter natureza térmica, mecânica ou química. Nesse mecanismo, estão presentes complexas reações que resultam na liberação de diversas substâncias químicas (bradicinina, histamina, prostaglandinas, entre outras) responsáveis por desencadear a transmissão do impulso doloroso. [A32]</li> <li>- A <b>dor</b> é uma sensação desagradável que causa desconforto físico e emocional. [A32]</li> <li>- A <b>dor</b> é um mecanismo fisiológico protetor que funciona como um aviso de que existe um estímulo nocivo aos tecidos. [A32]</li> <li>- A <b>dor</b> é uma das experiências mais íntimas e subjetivas vivenciadas pelo ser humano. É importante destacar que o relato da dor pelo paciente deve ser considerado e valorizado, levando em consideração que essa é uma experiência pessoal e individual. [A32]</li> <li>- A <b>dor</b> é uma experiência complexa e subjetiva que é difícil de avaliar. (American Pain Society, 2003).[A33]</li> <li>-De acordo com McCaffery e Pasero (2002), a <b>dor</b> é uma experiência subjetiva e que deve ser tratada com base na diferenças individuais.[A34]</li> <li>- A <b>dor</b> é subjetiva, individual, e um fenômeno altamente complexo. [A38]</li> <li>- A <b>dor</b> é uma experiência altamente pessoal e multifacetada composta por fisiológico e comportamental, emocional, de desenvolvimento e componentes socioculturais (McGrath, 1993). [A43]</li> <li>- A <b>dor</b> é uma experiência subjetiva. [A53][A89]</li> <li>- A <b>dor</b> é definida como" um complexo, multidimensional e subjetivo, desagradável e experiência emocional que é mediado por experiências sensoriais e nociceptiva eventos e influenciado por diferenças", sociais, culturais e individuais (Mobily &amp; Herr, 2001). [A60]</li> <li>- Cohen-Mansfield e Creedon (2002, p. 66) modificou a definição de <b>dor</b> como uma experiência subjetiva de uma 'dor associada a ferimentos ou doença, caracterizada por desconforto físico e / ou emocional, o que dá um conjunto de comportamentos distintos percebidos pelos cuidadores como indicativos de desconforto. [A67]</li> <li>- A experiência da <b>dor</b> não engloba apenas o estímulo nociceptivo, mas também a atividade metabólica, stress, e as respostas emocionais que agravam a percepção da dor. [A83]</li> </ul>
	<p><b>Dismenorreia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dismenorreia</b> é o desconforto associado à parte inferior do abdomen durante a menstruação espática. Os sintomas associados à dismenorreia são dor, dor nas costas, dor de cabeça, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, tonturas, fadiga</li> </ul>

<p>e nervos (Chi, 2006). [A6]</p> <p>- <b>Dismenorréia Primária</b> é geralmente associada aos ciclos ovulatórios, com o mecanismo de dor atribuído à atividade da prostaglandina (Morrow &amp; Naumberg, 2009). Acredita-se que a ovulação torna-se associada aos ciclos menstruais 2-4 anos após a menarca na maioria das mulheres (Zhang et al., 2008). Composta por dores menstruais, cólicas, náuseas, vômitos, diarreia e dor de cabeça. A dismenorréia primária ocorre geralmente no primeiro dia da menstruação, quando o fluxo menstrual começa, mas pode não estar presente até ao segundo dia de fluxo (Francês; Morrow &amp; Naumberg; Lobo &amp; Schumann). [A50]</p> <p>-A <b>dismenorréia secundária</b> por causa da endometriose pode causar dor que normalmente começa 1-2 semanas antes da menstruação com dor com pico 1-2 dias antes da menstruação que é aliviada pelo início do fluxo menstrual (Decherney et al.; Morrow &amp; Naumberg de 2009; Youngkin &amp; Davis). O diagnóstico diferencial para a dismenorréia secundária inclui endometriose, adenomiose, miomas, dispositivos intra-uterinos, PID, aderências, estenose cervical, cisto de ovário, e pólipos endometriais.[A50]</p>
<p><b>Dispareunia:</b></p> <p>- <b>Dispareunia</b>-relações sexuais dolorosas [A50]</p>
<p><b>Dor pediátrica:</b></p> <p>- <b>Dor pediátrica</b> é um fenômeno complexo, multidimensional e emocional da dor (Ashburn et al., 2004). [A8]</p> <p>-A <b>dor pediátrica</b> é complexa e multidimensional e envolve a interação de fatores fisiológicos, psicológicos, comportamentais, de desenvolvimento e situacionais (Academia Americana de Pediatria, 2001). [A9]</p>
<p><b>Dor crônica:</b></p> <p>- A <b>dor persistente</b> prejudica a capacidade e vontade dos idosos de envolver em comportamentos promotores de saúde e auto-gestão de sintomas devido às condições crônicas de saúde (Krein, Heisler, Piette, Makki, e Kerr, 2005; Patil, Johnson &amp; Lichtenberg, 2008). [A14]</p> <p>- A <b>dor crônica</b> é uma das principais causas de incapacidade, levando à exacerbação de sintomas como: alterações no padrão de sono, apetite, libido, irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais.[A21]</p> <p>- A <b>dor crônica</b> foi definida como dor duradoura durante pelo menos 3 meses. [A29]</p> <p>- A <b>dor crônica</b> é definida como uma experiência dolorosa durante um longo período de tempo, que pode estar ou não estar relacionada com o processo de doença. [A44]</p> <p>- A <b>dor crônica</b> pode ser diagnosticada se a dor durar mais de 3 ou 6 meses. [A44]</p> <p>- A <b>dor crônica</b> pode levar à diminuição da atividade física, à depressão e ansiedade. [A44]</p> <p>- <b>Dor contínua</b> é associada ao atraso na cicatrização, as taxas de complicações maiores, ansiedade, perturbações do sono, aumento do sofrimento, e reduzida qualidade de vida (Sherwood et al, 2000,.. Edwards et al, 2001). [A54]</p> <p>- <b>Dor</b> que é <b>persistente</b> e não tratada afeta o sistema endócrino do corpo, cardiovascular, imunológico, neurológico, e sistemas músculo-esqueléticos. Como resultado, os pacientes podem desenvolver complicações pós-operatórias, incluindo uma síndrome de <b>dor crônica</b>, e ficar mais tempo no hospital (Tennant, 2004).[A65]</p>
<p><b>Dor pós-operatória:</b></p> <p>- <b>Dor aguda pós-operatória</b>, devido a lesões teciduais agudas, implica modificações na qualidade de vida, o que pode prejudicar saúde e causar alterações fisiológicas que, se não resolvidos, que vai resultar em problemas negativamente orgânicas e psíquicas estilos de vida influenciam e comorbidades associadas. [A16]</p> <p>- A <b>dor</b> associada com aos procedimentos médicos, é frequentemente uma fonte de ansiedade, medo e angústia comportamental para crianças e suas famílias, o que pode intensificar ainda mais a sua dor e interferir com o procedimento (Broome, 1990). [A43]</p> <p>- <b>Dor pós-operatória</b> é um dos problemas mais importantes que confronta os</p>

	pacientes cirúrgicos, pois afeta o sistema cardiovascular, sistemas respiratório e endócrino (Choi et al., 2008). [A54]
	<b>Dor aguda:</b> - No setor de emergência, a <b>dor aguda</b> é muito frequente, estando relacionada a afeções traumáticas, queimaduras, infecções e processos inflamatórios e possui um significado diagnóstico importante, podendo ser o sinal de alerta que algo no organismo não está bem. [A32]
	<b>Dor oncológica:</b> - A <b>dor do cancro</b> é multidimensional e inclui componentes fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (McGuire, 1995). [A87]



## **ANEXO 2 - Bibliografia e numeração dos artigos incluídos**



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

**A1** - Kamioka, H., Okuizumi, H., Okada, S., Takahashi, R., Handa, S., Kitayuguchi, J., & Mutoh, Y. (2011). Effectiveness of intervention for low back pain in female caregivers in nursing homes: a pilot trial based on multicenter randomization. *Environmental health and preventive medicine*, 16(2), 97-105.

**A2** - June, K. J., & Cho, S. (2011). Low back pain and work-related factors among nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3/4), 479-487.

**A3** - Jordan, A., Hughes, J., Pakresi, M., Hepburn, S., & O'Brien, J. T. (2011). The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 118-126.

**A4** - Johnsen, A. T., Petersen, M. A., Pedersen, L., & Groenvold, M. (2011). Development and Initial Validation of the Three-Levels-of-Needs Questionnaire for Self-Assessment of Palliative Needs in Patients with Cancer. *Journal of Pain & Symptom Management*, 41(6), 1025-1039.

**A5** - Husebo, B. S., Ballard, C., & Aarsland, D. (2011). Pain treatment of agitation in patients with dementia: a systematic review. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1012-1018.

**A6** - Hong, Y. R. (2011). [Effects of heat therapy using a far infrared rays heating element for dysmenorrhea in high school girls]. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(1), 141-148.

**A7** - Hirsh, A. T., Callander, S. B., & Robinson, M. E. (2011). Patient demographic characteristics and facial expressions influence nurses' assessment of mood in the context of pain: A Virtual Human and lens model investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1330-1338.

**A8** - He, H.-G., Jahja, R., Sinnappan, R., Kim, Lee, T.-L., Chan, M. F., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Singaporean nurses' provision of guidance to parents on non-pharmacological postoperative pain-relief methods: An educational intervention study. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), 344-351.

**A9** - He, H., Lee, T., Jahja, R., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T., & Ang, E. N. K. (2011). The use of nonpharmacological methods for children's

postoperative pain relief: Singapore nurses' perspectives. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 27-38.

**A10** - Grant, M., Ferrell, B., Hanson, J., Sun, V., & Uman, G. (2011). The Enduring Need for the Pain Resource Nurse (PRN) Training Program. *Journal of Cancer Education*, 26(4), 598-603.

**A11** - Gielen, J., Gupta, H., Rajvanshi, A., Bhatnagar, S., Mishra, S., Chaturvedi, A. K., . . . Broeckert, B. (2011). The Attitudes of Indian Palliative-care Nurses and Physicians to Pain Control and Palliative Sedation. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(1), 33-41.

**A12** - Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F., & Desjardins, S. (2011). Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1495-1504.

**A13** - Francisco, A. A., Maria Junqueira, V., Oliveira, & Maria Barbosa, F. (2011). Evaluation and treatment of perineal pain in vaginal postpartum [Portuguese]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 94-100.

**A14** - Fouladbakhsh, J. M., Szczesny, S., Jenuwine, E. S., Valler, & Ah. (2011). Nondrug therapies for pain management among rural older adults. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12(2), 70-81.

**A15** - Ferreira, Damázio, Ferraz, G. C., Emm Faleiros, A., & Pereira, L. V. (2011). The Prevalence and Characterization of Self-Medication for Obtaining Pain Relief Among Undergraduate Nursing Students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 19(2), 245-251.

**A16** - Fatima Alencar, d., de Fatima, L., Caetano, J. A., Claudia, & Almeida, P. C. (2011). Evaluation of pain intensity and vital signs in the cardiac surgery postoperative period [Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 327-333.

**A17** - Ersek, M., Polissar, N., & Neradilek, M. B. (2011). Development of a composite pain measure for persons with advanced dementia: exploratory

analyses in self-reporting nursing home residents. *Journal of pain and symptom management*, 41(3), 566-579.

**A18** - Eritz, H., & Hadjistavropoulos, T. (2011). Do informal caregivers consider nonverbal behavior when they assess pain in people with severe dementia? *Journal of Pain*, 12(3), 331-339.

**A19** - Elovsson, M., & Boström, B. (2011). Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård.. NURSES' EXPERIENCE OF PAIN MANAGEMENT OF OLDER PEOPLE IN MUNICIPAL HEALTH [Swedish].*Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 31(4), 10-15.

**A20** - Duncan, F. (2011).Prospective observational study of postoperative epidural analgesia for major abdominal surgery.*Journal of Clinical Nursing*, 20(13/14), 1870-1879.

**A21** - de Oliveira, R., & Cristina Cavalcanti, F. (2011). Impact of the Clinical Management of Pain: Evaluation of Stress and Coping Among Health Professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 19(2), 238-244.

**A22** - Damazio, Ferraz, G. C., Ferreira, Silva, Stival, M. M., & Pereira, L. V. (2011). Prevalence of chronic pain in nursing undergraduate students [Portuguese].*Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3), 319-325.

**A23** - Czarnecki, M. L., Simon, K., Thompson, J. J., Armus, C. L., Hanson, T. C., Berg, K. A., . . . Malin, S. (2011). Barriers to Pediatric Pain Management: A Nursing Perspective. *Pain Management Nursing*, 12(3), 154-162.

**A24** - Chou, P. L., & Lin, C. C. (2011).A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial. *Journal of clinical nursing*, 20(13-14), 1858-1869.

**A25** - Chen, Y.-Y., Lai, Y.-H., Shun, S.-C., Chi, N.-H., Tsai, P.-S., & Liao, Y.-M. (2011). The Chinese Behavior Pain Scale for critically ill patients: Translation and psychometric testing. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 438-448.

**A26** - Brown, S. T., Kirkpatrick, M. K., Swanson, M. S., & McKenzie, I. L. (2011).Pain Experience of the Elderly.*Pain Management Nursing*, 12(4), 190-196.

- A27** - Bernardes, S. F., & Lima, M. L. (2011). A contextual approach on sex-related biases in pain judgements: The moderator effects of evidence of pathology and patients' distress cues on nurses' judgements of chronic low-back pain. *Psychology & Health*, 26(12), 1642-1658.
- A28** - Barber, J., & Murphy, K. (2011). Challenges that specialist palliative care nurses encounter when caring for patients with advanced dementia. *International Journal Of Palliative Nursing*, 17(12), 587-591.
- A29** - Baan, M. A. G., Mesa, A. A., L. Adriaens-van, A., & Carin C.D, R. (2011). Survey on the Prevalence of Pain in Dutch District Nursing Care. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 696-699.
- A30** - Alves Nascimento, L., Rosa, Aroni, P., Martins, M. B., & Clara Giorio, M. (2011). Pain's handling and reported difficulties by nursing team at opioids drugs administration [Portuguese]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(4), 714-720.
- A31** - Alves, & Giorio Dutra, C. (2011). Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses [Portuguese]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 50-54.
- A32** - Alves, Cordeiro, Hora, E. C., & Márcia Cardoso, R. (2011). The nurse providing care to trauma victims in pain: the fifth vital sign [Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 146-152.
- A33** - Al-Shaer, D., Hill, P. D., & Anderson, M. A. (2011). Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Intervention. *MEDSURG Nursing*, 20(1), 7-11.
- A34** - Abdalrahim, M. S., Majali, S. A., Stomberg, M. W., & Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, 11(4), 250-255.
- A35** - Wilson, S., Ramelet, A., & Zuiderduyn, S. (2010). Research priorities for nursing care of infants, children and adolescents: a West Australian Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14), 1919-1928.
- A36** - Willens, J. S., DePascale, C., & Penny, J. (2010). Role delineation study for the American Society for Pain Management Nursing. *Pain Management Nursing*, 11(2), 68-75.

- A37** - Wilkie, D., Berry, D., Cain, K., Huang, H. Y., Mekwa, J., Lewis, F., . . . Ko, N. Y. (2010). Effects of coaching patients with lung cancer to report cancer pain. *Western journal of nursing research*, 32(1), 23-46.
- A38** - Wheeler, E., Hardie, T., Klemm, P., Akanji, I., Schonewolf, E., Scott, J., & Sterling, B. (2010). Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Management Nursing*, 11(2), 108-114.
- A39** - Wang, H., & Tsai, Y. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21/22), 3188-3196.
- A40** - Wallace, D. P., Allen, K. D., Lacroix, A. E., & Pitner, S. L. (2010). The "cough trick:" a brief strategy to manage pediatric pain from immunization injections. *Pediatrics*, 125(2), e367-e373.
- A41** - Vosit-Steller, J., White, P., Barron, A., Gerzevitz, D., & Morse, A. (2010). Enhancing end-of-life care with dignity: characterizing hospice nursing in Romania. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(9), 459-464.
- A42** - Voepel-Lewis, T., Zanotti, J., Dammeyer, J. A., & Merkel, S. (2010). Reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability behavioral tool in assessing acute pain in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 19(1), 55-62.
- A43** - Uman, L. S. (2010). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).
- A44** - Tse, M. M. Y., Wan, V. T. C., & Ho, S. S. K. (2010). Profile of pain and use of pharmacological and non-pharmacological methods for relieving pain in older persons in nursing homes. *Journal of Pain Management*, 3(3), 309-317.
- A45** - Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, O., & Rustøen, T. (2010). Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. *Pain Management Nursing*, 11(1), 35-44.
- A46** - Therkluson, T. (2010). Ginger compress therapy for adults with osteoarthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2225-2233.

**A47** - Thanavaro, J. L., Thanavaro, S., & Delicath, T. (2010). Health promotion behaviors in women with chest pain. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 39(5), 394-403.

**A48** - Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Okamoto, Y., Koyama, K., & Honda, A. (2010). Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses*, 11(4), 209-223.

**A49** - Stutts, L. A., Hirsh, A. T., George, S. Z., & Robinson, M. E. (2010). Investigating patient characteristics on pain assessment using virtual human technology. *European Journal of Pain*, 14(10), 1040-1045.

**A50** - Stoelting-Gettelfinger, W. (2010). A case study and comprehensive differential diagnosis and care plan for the three Ds of women's health: primary dysmenorrhea, secondary dysmenorrhea, and dyspareunia. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 22(10), 513-522.

**A51** - Shin, S. Y., & Kolanowski, A. M. (2010). Best evidence of psychosocially focused nonpharmacologic therapies for symptom management in older adults with osteoarthritis. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses*, 11(4), 234-244.

**A52** - Sawyer, J., Haslam, L., Daines, P., & Stilos, K. (2010). Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. Round 2: lessons learned? *Pain Management Nursing*, 11(1), 45-55.

**A53** - Russell, T. L., Madsen, R. W., Flesner, M., & Rantz, M. J. (2010). Pain management in nursing homes: what do quality measure scores tell us? *Journal of Gerontological Nursing*, 36(12), 49-56.

**A54** - Rejeh, N., & Vaismoradi, M. (2010). Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 67-73.

**A55** - Reeve, J., Stiller, K., Nicol, K., McPherson, K. M., Birch, P., Gordon, I. R., & Denehy, L. (2010). A postoperative shoulder exercise program improves function and decreases pain following open thoracotomy: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 56(4), 245-252.

- A56** - Pornratanarangsi, S., Boonlert, S., Duangprateep, A., Wiratpintu, P., Waree, W., Tresukosol, D., & Panchavinnin, P. (2010). The effectiveness of "Siriraj Leg Lock" brace on back pain after percutaneous coronary intervention: PCI. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet*, 93, S35-s42.
- A57** - Pölkki, T., Korhonen, A., Laukkala, H., Saarela, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietil, A. (2010). Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 49-55.
- A58** - Phelan, C. (2010). An innovative approach to targeting pain in older people in the acute care setting. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 35(2), 221-233.
- A59** - Park, O. B., & Choi, H. (2010). [The effect of pre-warming for patients under abdominal surgery on body temperature, anxiety, pain, and thermal comfort]. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(3), 317-325.
- A60** - Park, H. (2010). Effect of music on pain for home-dwelling persons with dementia. *Pain Management Nursing*, 11(3), 141-147.
- A61** - Oliveira, W. M., Pinto, A. F., Silva, J. V., Oliveira, P. R., Soares, S. S. N., & Filho, R. G. T. (2010). Is there association between the degree of lumbar curvature, disability, and the recruitment of abdominal muscles with low back pain in nurses? [Portuguese]. *Revista Terapia Manual*, 8(36), 139-145.
- A62** - Morrow, C., Hiding, A., & Wilkinson-Faulk, D. (2010). Reducing neonatal pain during routine heel lance procedures. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 35(6), 346-354.
- A63** - McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M., & Tocher, J. (2010). Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2730-2740.
- A64** - Matthias, M. S., Bair, M. J., Nyland, K. A., Huffman, M. A., Stubbs, D. L., Damush, T. M., & Kroenke, K. (2010). Self-management support and communication from nurse care managers compared with primary care physicians: a focus group study of patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Management Nursing*, 11(1), 26-34.

**A65** - Marmo, L., & Fowler, S. (2010). Pain assessment tool in the critically ill post-open heart surgery patient population. *Pain Management Nursing*, 11(3), 134-140.

**A66** -Marin, M. J. S., Rodrigues, L. C. R., Druzian, S., & Cecílio, L. C. O. (2010). Nursing diagnoses of elderly patients using multiple drugs [Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 47-52.

**A67** - Lin, P. C., Lin, L. C., Shyu, Y. I. L., & Hua, M. S. (2010). Chinese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale: initial psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2360-2368.

**A68** - Leventhal, L. C., Bianchi, R. C., & Oliveira, S. M. J. (2010). Clinical trial comparing three types of cryotherapy in non-pregnant women [Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 339-345.

**A69** - Leegaard, M., Rustøen, T., & Fagermoen, M. S. (2010). Interference of postoperative pain on women's daily life after early discharge from cardiac surgery. *Pain Management Nursing*, 11(2), 99-107.

**A70** - Kwekkeboom, K. L., Abbott-Anderson, K., & Wanta, B. (2010). Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), E151-159.

**A71** - Kerr, P., Shever, L., Titler, M. G., Qin, R., Kim, T., & Picone, D. M. (2010). The unique contribution of the nursing intervention pain management on length of stay in older patients undergoing hip procedures. *Applied Nursing Research*, 23(1), 36-44.

**A72** - Kashefi, F., Ziyadlou, S., Khajehei, M., Ashraf, A. R., Reza Fadaee, A., & Jafari, P. (2010). Effect of acupuncture at the Sanyinjiao point on primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(4), 198-202.

**A73** - Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Carter, N., DiCenso, A., Donald, F., & Baxter, P. (2010). The nurse practitioner role in pain management in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 542-551.

**A74** - Joelsson, M., Olsson, L., & Jakobsson, E. (2010). Patients' experience of pain and pain relief following hip replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2832-2838.

- A75** - Jahn, P., Kitzmantel, M., Renz, P., Kukk, E., Kuss, O., Thoke-Colberg, A., . . . Landenberger, M. (2010). Improvement of pain related self management for oncologic patients through a trans institutional modular nursing intervention: protocol of a cluster randomized multicenter trial. *Trials*, *11*, 29-29.
- A76** - Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *24*(2), 380-391.
- A77** - Holmes, M. W. R., Hodder, J. N., & Keir, P. J. (2010). Continuous assessment of low back loads in long-term care nurses. *Ergonomics*, *53*(9), 1108-1116.
- A78** - Herr, K., Titler, M., Fine, P., Sanders, S., Cavanaugh, J., Swegle, J., . . . Tang, X. (2010). Assessing and treating pain in hospices: current state of evidence-based practices. *Journal of pain and symptom management*, *39*(5), 803-819.
- A79** - Herr, K., Bursch, H., Ersek, M., Miller, L. L., & Swafford, K. (2010). Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: expert consensus recommendations for practice. *Journal Of Gerontological Nursing*, *36*(3), 18-29. doi: 10.3928/00989134-20100108-04
- A80** - He, H., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T., & Pietilä, A. (2010). Chinese parents' perception of support received and recommendations regarding children's postoperative pain management. *International Journal of Nursing Practice*, *16*(3), 254-261.
- A81** - He, H., Jahja, R., Lee, T., Ang, E. N. K., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Chan, M. F. (2010). Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(11), 2398-2409.
- A82** - Hanlon, J. T., Perera, S., Sevick, M. A., Rodriguez, K. L., & Jaffe, E. J. (2010). Pain and Its Treatment in Older Nursing Home Hospice/Palliative Care Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, *11*(8), 579-583.
- A83** - Gonzales, E. A., Ledesma, R. J., McAllister, D. J., Perry, S. M., Dyer, C. A., & Maye, J. P. (2010). Effects of guided imagery on postoperative outcomes in

patients undergoing same-day surgical procedures: a randomized, single-blind study. *AANA journal*, 78(3), 181-188.

**A84** - Goebel, J. R., Sherbourne, C. D., Asch, S. M., Meredith, L., Cohen, A. B., Hagenmaier, E., . . . Lorenz, K. A. (2010). Addressing patients' concerns about pain management and addiction risks. *Pain Management Nursing*, 11(2), 92-98.

**A85** - Gélinas, C. (2010). Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Pain Management Nursing*, 11(2), 115-125.

**A86** - Ersek, M., Herr, K., Neradilek, M. B., Buck, H. G., & Black, B. (2010). Comparing the psychometric properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD) instruments. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 11(3), 395-404.

**A87** - Edrington, J., Sun, A., Wong, C., Dodd, M., Padilla, G., Paul, S., & Miaskowski, C. (2010). A pilot study of relationships among pain characteristics, mood disturbances, and acculturation in a community sample of Chinese American patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(2), 172-181.

**A88** - Dysvik, E., & Stephens, P. (2010). Conducting rehabilitation groups for people suffering from chronic pain. *International Journal of Nursing Practice*, 16(3), 233-240.

**A89** - Demir, Y., & Khorshid, L. (2010). The effect of cold application in combination with standard analgesic administration on pain and anxiety during chest tube removal: a single-blinded, randomized, double-controlled study. *Pain Management Nursing*, 11(3), 186-196.