

## DOR E AUTOCUIDADO: QUE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM? REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

José Amendoeira<sup>1,2</sup>; Irene Santos<sup>1</sup>; Isabel Barroso<sup>1</sup>; Celeste Godinho<sup>1</sup>; Cassilda Sarroeira<sup>1</sup>; Marta Rosa<sup>1</sup> & Gina Marques<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/ UIIPS/ UMIS

<sup>2</sup>Investigador integrado no CESNOVA. Investigador no CIIS/UCP

e-mail de contacto:

irene.santos@essaude.ipsantarem.pt

### RESUMO

A gestão dos sintomas apresenta um estatuto importante na experiência de saúde-doença das pessoas, constituindo-se das principais razões para a procura dos cuidados de saúde, pelos cidadãos. Experienciados pelas pessoas com condições agudas e crónicas diversas, os sintomas são a sua primeira preocupação, bem como dos prestadores de cuidados.

Esta revisão sistemática da literatura surge integrada na primeira etapa do projeto *Gestão de sintomas: Dor e autocuidado no âmbito do processo de doença crónica*, integrado na Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS).

Procura inventariar o estado da arte relativamente à produção científica relacionada com a gestão de sintomas, orientada pela questão de investigação: “*As intervenções individualizadas de enfermagem promovem o autocuidado em pessoas com dor e sofrimento?*”.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, prosseguindo protocolo estabelecido, com filtro 2003/2013; após a aplicação dos critérios definidos resultaram 5 estudos primários.

A análise dos artigos permitiu identificar como temas centrais: a dor, gestão da dor e incapacidade. A intervenção surge num contexto de multidisciplinaridade, em torno das dimensões: Avaliação (da pessoa, dor, incapacidade); fatores facilitadores e dificultadores (da gestão da dor); educação para a saúde (como estratégia).

**Palavras-chave:** enfermagem; dor; gestão da dor; intervenção individualizada; autocuidado.

## **ABSTRACT**

The management of symptoms presents an important status in the experience of health - illness of individuals, constituting one of the main reasons for seeking health care by citizens. Experienced by people with various acute and chronic conditions, symptoms are their first concern, and also for care providers.

This systematic literature review is integrated in the first stage of the project *Management of symptoms: pain and self-care in the process of chronic disease*, integrated in the Monitoring Unit of Health Indicators (UMIS).

It searches to inventory the state of the art regarding scientific production related to symptom management, guided by the research question: "The individualized nursing interventions promote self-care in people with pain and suffering?". The survey was conducted in the EBSCO platform, following an established protocol, with a filter for 2003/2013. As a result of the application of the criteria, 5 primary studies, came up. The analysis of the articles allowed identifying as central themes: pain, management of pain and disability. The intervention arises in the context of multidisciplinary, around dimensions: Evaluation (of the person, pain, disability); facilitating and inhibiting factors (of pain management), health education (as a strategy).

**Keywords:** nursing, pain, pain management, individualized intervention, self-care.

## **INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento científico e tecnológico possibilitou ao setor da saúde meios de diagnóstico e terapêuticas mais eficazes, contribuindo para o aumento da esperança de vida e da longevidade, mesmo quando associado a processos de doença crónica. Tal facto constitui uma importante conquista para a humanidade, mas também um desafio, pelas mudanças demográficas provocadas, com impacto em todas as políticas públicas, destacando-se ao nível da saúde: A mudança de concepção de cuidados de saúde, com maior ênfase na promoção da saúde, prevenção da doença e o envolvimento e responsabilização dos cidadãos na gestão dos seus processos de saúde / doença; a limitação de recursos, ditada pela economia da saúde, caracterizada pela contenção de custos, com reflexo em internamentos hospitalares reduzidos; mas também a crescente relevância dos cuidados de

proximidade em contexto domiciliário e comunitário, com a necessidade de capacitar as famílias para uma melhor adaptação aos desafios de saúde; a disseminação e acesso à informação por parte dos cidadãos, capacitando-os à tomada de decisão na gestão dos seus processos de saúde / doença (Petronilho<sup>1</sup>, 2012).

Tais determinantes influenciaram a emergência de um modelo de crenças em saúde, baseado no autocuidado. Este é um conceito multifacetado e interdisciplinar, compreendido pelas ações que o ser humano desenvolve, consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde (Pires<sup>2</sup>, 2008); essas ações podem ser inatas ou aprendidas, realizadas por leigos em nome próprio, isoladamente ou em colaboração participativa com os profissionais (Organização Mundial da Saúde<sup>3</sup>, 2010).

A vivência de uma transição de saúde para a situação de doença crónica impele a pessoa para um conjunto de mudanças na sua vida pessoal e familiar (Meleis<sup>4</sup>, 2010), sendo desejável que, além da gestão emocional, a pessoa seja capaz de se ajustar a um novo conjunto de comportamentos de autocuidado e atitudes, que permitam gerir alterações na funcionalidade, reorganização de papéis, gestão da doença e da complexidade do regime terapêutico (Silva e Bastos<sup>5</sup>, 2012). Nesta perspetiva, o autocuidado assume diferentes significados para diferentes pessoas e, enquanto comportamento, reflete o estilo individual, as adaptações específicas, as circunstâncias do presente e as perspetivas de futuro (Orem<sup>6</sup>, 2001). Face à doença crónica verifica-se que, perante necessidades similares, as pessoas têm diferentes respostas comportamentais e de atitude, apesar da vivência do processo de saúde-doença se centrar habitualmente em indicadores de natureza epidemiológica, numa vertente predominantemente biomédica.

Em situação de doença crónica colocam-se questões relativas à funcionalidade e à autonomia para o exercício de atividades de vida, sendo essencial identificar os fatores e/ou variáveis sobre as quais seja possível desenvolver ações concertadas, no sentido da melhoria da saúde da população. No âmbito das experiências de saúde-doença, a gestão dos sintomas apresenta um estatuto importante, constituindo-se numa das principais razões para a procura dos cuidados de saúde, pelos cidadãos.

Relevando nesta fase de desenvolvimento do projeto a dor e o sofrimento, emergem diferentes correntes de pensamento na compreensão da relação entre estes dois fenómenos: umas defendem que dor e sofrimento são distintos, enquanto outras não os

distinguem, sendo no entanto unânimes na ideia de que a dor não pode ser entendida apenas na sua dimensão física (Nyatanga<sup>7</sup>, 2005).

Quando nos propomos analisar a situação da pessoa com dor, procuramos fazê-lo numa perspetiva ecológica, na qual se podem distinguir diferentes sistemas contextuais (Bronfenbrenner & Morris<sup>8</sup>, 1999), desde um nível micro a um nível macrosistémico.

Ao nível do Microssistema, procura-se compreender o padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais experienciadas pela pessoa em situação de dor, em desenvolvimento num dado ambiente, face-a-face com características físicas, sociais e simbólicas particulares.

Ao nível do Mesossistema, identificam-se as interligações e processos que acontecem entre dois ou mais ambientes, que incluem a pessoa em situação de dor, nomeadamente as organizações de Saúde. Procura-se a este nível compreender que tipo de informação importante é fornecido, de forma sistemática, aos profissionais de saúde, e que intervenções são reconhecidas como eficazes.

O Exossistema envolve as ligações e os processos que têm lugar entre dois ou mais ambientes, sendo que pelo menos um deles não contenha a pessoa com dor; como exemplo o grupo de trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» que realizou em Dezembro de 2006 um workshop nacional reunindo 45 enfermeiros de diferentes regiões do país, com experiência reconhecida na área da dor ao nível do ensino, investigação e prática.

O Macrosistema refere-se ao padrão externo – inclui o microssistema, o mesossistema e o exossistema, característicos de uma determinada cultura ou subcultura organizacional, com particular ênfase para os referenciais de desenvolvimento e investigação, relativos ao fenómeno da dor. Destacamos a Circular Normativa de 14 de Junho<sup>9</sup> de 2003 (nº 09/DGCG), que considera a dor o 5º sinal vital; o “Manual da Dor: Guia orientador de boa prática<sup>10</sup>” (OE, 2008), e o “Programa Nacional de Luta contra a Dor”<sup>11</sup> (DGS, 2008).

Frequentemente associado à dor física surge o conceito de sofrimento, embora, na perspetiva de Cassell<sup>12</sup> (2004), entender o sofrimento como um sinónimo de dor física é redutor, pois o sofrimento é característico não do corpo, mas da pessoa, nas suas múltiplas dimensões. Apesar da familiaridade do ser humano com o sofrimento, quando este surge é sentido como algo externo e estranho, que aparece de uma forma inesperada e incontrolada, ameaçando a homeostase da pessoa e alterando a sua relação com o corpo e com o mundo (Fleming<sup>13</sup>, 2003).

O sofrimento é um sentimento de desprazer, variável de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia, que pode evoluir para o desespero,

caracterizado pelo sentimento de abandono de si mesmo, podendo chegar a um estado terminal de indiferença e apatia (Travelbee 1966, citada por Meleis<sup>14</sup>, 1997:361).

Perante fenómenos tão globais e significativos pretendemos, no âmbito deste artigo, contribuir para o conhecimento de como as variáveis em referência poderão ser influenciadas pelo cuidado de Enfermagem, produzindo resultados relevantes, baseados no âmbito e domínio da prática e para os quais exista evidência empírica que relacione as intervenções de enfermagem individualizadas com os resultados. Assinalamos a singularidade de cada situação, cujos efeitos se manifestam por mudanças no estado de saúde-doença das pessoas, comportamento ou percepção e/ou pela resolução do problema pelo qual a intervenção de enfermagem foi proporcionada (Doran<sup>15</sup>, 2011). A disciplina de enfermagem, comprometida com o cuidado à pessoa numa perspetiva holística e acompanhando-a no seu ciclo vital, na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001<sup>16</sup>), dá relevância aos significados individuais e às respostas humanas da vivência do processo de saúde / doença, e aos fenómenos a ela associados.

Os enfermeiros, continuamente envolvidos na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, assumem o compromisso da tomada de decisão de acordo com o conhecimento mais válido disponível, mobilizando princípios e teorias e tendo em conta o contexto de possível impacto. O movimento da prática de enfermagem baseada em evidências científicas é uma tentativa de atender a essa característica profissional (Taylor, Renpenning<sup>17</sup>, 2011), processo que impõe a integração da evidência pela investigação.

## **METODOLOGIA**

Como ponto de partida para a revisão da literatura, foi formulada a seguinte questão, segundo o formatoPI[C]OD (Melnyk & Fineout-Overholt<sup>18</sup>, 2011): "As intervenções individualizadas de enfermagem promovem o autocuidado em pessoas com dor e sofrimento?".Definiram-se critérios de inclusão e exclusão(Quadro nº 1),com o objetivo de inventariar a produção científica relacionada com a gestão de sintomas, bem como as intervenções individualizadas de enfermagem, promotoras de autocuidado, em pessoas com dor e sofrimento.

**Quadro nº 1– Critérios de inclusão e de exclusão por dimensão da pergunta PI[C]O**

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]O			PALAVRAS CHAVE
		Critérios de inclusão:	Critérios de Exclusão:
<b>P</b>	Participantes	(P1) Pessoa adulta e idosa com dor e sofrimento (P2) Enfermeiros	Criança, jovem, pessoa adulta ou idosa com doença mental; pessoa grávida.
<b>I</b>	Intervenções	Intervenções individualizadas de enfermagem (centradas na pessoa doente) Desenvolvidas por enfermeiros em equipa em contextos diversos	
<b>[C]</b>	Comparações		
<b>O</b>	<i>Outcomes</i>	Gestão da dor; Bem estar; Autocuidado; Empoderamento; Promoção da saúde	
<b>D</b>	Desenho do estudo	Estudos de investigação de abordagem quantitativa e qualitativa. Estudos primários	
<b>EXPRESSÃO DE PESQUISA</b>			
<b>Nurs*and Individualized intervention and Pain and Pain Management and Suffering or Chronic disease and Disability evaluation and Health promotion</b>			

A pesquisa foi efetuada tendo em conta a questão de partida, assim como a expressão de pesquisa. As palavras-chave definidas foram validadas enquanto descritores na *Mesh Browser*, sendo que todas se constituem como descritores, à exceção de *Individualized intervention*, que apesar de não apresentar esta característica (descriptor ou *qualifier*), produz resultados face ao objeto em estudo, pelo que se manteve.

A pesquisa foi realizada com recurso à plataforma EBSCOhost, em julho de 2013, com um horizonte temporal de 10 anos: janeiro de 2003 a junho de 2013.

No quadro nº 2 apresentam-se os limitadores de pesquisa, de acordo com as bases de dados utilizadas.

## Quadro nº 2 - Limitadores de pesquisa por bases de dados

BASES DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>CINAHL with full text;</b></li><li>• <b>MEDLINE with full text;</b></li><li>• <b>Cochrane database of systematic reviews;</b></li><li>• <b>MedicLatina;</b></li><li>• <b>Nursing &amp; Allied Health Collection: Comprehensive;</b></li><li>• <b>NHS Economic Evaluation database;</b></li></ul>	Resumo disponível; Língua inglesa; Artigo de pesquisa; 1º autor é enfermeiro; Qualquer autor é enfermeiro; PBE; Humano; Paciente internado, ou no domicílio; Adultos: mais de 19 anos; Texto completo/PDF; Analisados por especialistas; Referências disponíveis

Do cruzamento final das palavras chave foram identificados 10 artigos. Após leitura do título e dos resumos foram rejeitados 4, dado que o objeto estudado não se enquadrava no âmbito desta revisão e 1 por não ser estudo primário. Assim, o corpus da análise constituiu-se por 5 artigos. Para uma fácil compreensão da metodologia utilizada na análise dos artigos, sistematizamos, sob a forma de quadro (Quadro nº 3), as dimensões consideradas mais relevantes, assim como os níveis de evidência segundo Guyatt & Rennie<sup>19</sup> (2002).

**Quadro nº 3 – Quadro síntese dos estudos seleccionados**

Nº	Título/Autores/ Ano/Origem	Tema/ Objectivos	Metodologia	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível
3	Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: a content analysis of a nurse home visit intervention  LIEBEL; POWERS ,; FRIEDMAN; WATSON (2012) <sup>20</sup>  EUA	Apresentar a análise dos resultados de uma intervenção ao nível da visita domiciliária, relativamente a aspetos facilitadores e/ou dificultadores para a melhoria ou manutenção da incapacidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitativo; descritivo, analítico</li> <li>• Análise de conteúdo</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Instrumento</b></p> <hr/> <p>Análise dos registos (Computer Assisted Nursing Documentation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 doentes com incapacidade ou condições crónicas</li> <li>- 11 Enfermeiras</li> <li>- Registos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita domiciliária</li> <li>- Modelo de Intervenção PRECEDE-PROCEED planning model (Green &amp; Kreuter 1991, Singer &amp; Ryff 2001)</li> </ul>	<p>Aspetos facilitadores/ dificultadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação e manutenção de uma relação centrada no doente</li> <li>- Utilização da negociação durante a intervenção</li> <li>- Promoção do equilíbrio entre as necessidades de um doente agudo e crónico</li> </ul>	V
5	Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain Management.  BOSTROM; SANDH; LUNDBERG; FRIDLUND (2004) <sup>21</sup>  SUÉCIA	Descrever a perceção dos doentes com cancro em cuidados paliativos, face à gestão da dor	<p>Exploratória; descritiva, abordagem fenomenográfica</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Instrumento</b></p> <hr/> <p>Entrevistas semi-estruturadas</p>	30 doentes com diagnóstico de cancro, internados em cuidados paliativos ou em casa	Avaliação da perceção dos doentes acerca da gestão da dor	Os doentes apresentaram 10 perceções diferentes sobre a gestão da dor, agrupadas em três categorias: Comunicação, planeamento e confiança	IV

7	<p>Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery</p> <p>YIN ; TSE; WONG (2011)<sup>22</sup></p> <p><b>HONG KONG</b></p>	<p>- Explorar a experiência da dor pós operatória entre chineses com toracotomia;</p> <p>- Identificar fatores dificultadores da gestão da dor, relacionados com o doente</p> <p>- Explorar a relação desses fatores com a experiência da dor</p>	<p>Estudo transversal Quantitativo</p> <hr/> <p><b>Instrumento</b></p> <hr/> <p>Brief Pain Inventory-Chinese version (BPI-C); Barrier Questionnaire-Taiwan Form Surgical version (BQT-S); Questionário demográfico</p>	<p><b>94 doentes com toracotomia</b></p>	<p>Avaliação da experiência da dor e gestão da dor</p>	<p>A dor moderada ou severa tem influência nas atividades de vida diária</p> <p>- Aspetos dificultadores: medo da tolerância; dificuldade de cicatrização das feridas; intervalos de tempo; distrair o médico do tratamento da doença.</p>	IV
8	<p>Recovery from disability after stroke as a target for a behavioural intervention: Results of a randomized controlled trial</p> <p>JOHNSTON; BONETTI; JOICE; POLLARD; MORRISON; FRANCIS; MACWALTER (2007)<sup>23</sup></p> <p><b>REINO UNIDO</b></p>	<p>Avaliar a eficácia uma intervenção baseada num Workbook, projetado para mudar as cognições sobre controle, para melhorar os resultados dos pacientes e seus cuidadores.</p>	<p>Estudo randomizado Caso control</p> <hr/> <p><b>Instrumentos</b></p> <hr/> <p>Barthel Index; OAD (Observer assessed disability) Hospital Anxiety and Depression Scale Satisfaction Recovery Locus of Control Scale Confidence in recovery Orgogozo Index National Institutes of Health Stroke Scale Information and Orientation section of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly + Mental Status questionnaire SF 36 Health Survey Questionnaire</p>	<p>203 doentes (100 do grupo controlo) + 103 (intervencionados) e 172 cuidadores.</p>	<p><b>Implementação do Workbook;</b> Avaliação da efetividade da implementação: workbook</p>	<p>- O grupo sob intervenção teve uma recuperação da incapacidade, significativa melhor que os do grupo-controlo.</p> <p>- O workbook, com base numa intervenção comportamental, pode resultar em melhores resultados em saúde, para os pacientes de AVC, em comparação com o controlo (grupo que recebeu apenas os cuidados normais).</p> <p>- A satisfação face ao workbook é mais elevada no que respeita à informação e suporte social do que face às atividades comportamentais;</p> <p>- Mostrou que traz ganhos, demonstrando melhor recuperação da incapacidade em doentes aos 6 meses após a alta.</p>	II

10	The impact of conducting a regional palliative care clinical Study  CURROW; ABERNETH; SHELBY-JAMES; PHILLIPS (2006) <sup>24</sup>  AUSTRÁLIA	- Analisa uma abordagem através de um estudo controlado e randomizado, de intervenções em cuidados paliativos a nível regional. - Analisa o impacto do estudo em pesquisas mais amplas a nível de cuidados paliativos, bem como as mudanças nos serviços e nas políticas de saúde.	Análise do estudo randomizado por Clusters	461 doentes adultos referenciados no SAPS, com dor, pelo menos há 3 meses	Avaliação do impacto do PCT (The Palliative Care Trial) Intervenção 1 – Conferencia de caso Intervenção 2 e 3 Campanhas Educacionais	Salienta a avaliação de resultados. optaram pela avaliação do estado funcional da pessoa, taxas de hospitalização após a intervenção e a dor, dado que afecta as funções do dia a dia. Necessidade de uma pesquisa mais ampla a nível de cuidados paliativos. Implicações para os serviços: o estudo reforça a necessidade de criar novos processos e práticas que respondam aos princípios da centralidade no doente. Estudo tem potencial para ajudar a criar um quadro de políticas nacionais de saúde para pessoas com necessidades complexas.	V
			<b>Instrumentos</b>				
			Brief Pain Inventory; Australia-modified Karnofsky Performance Scale; Memorial Symptom Assessment Scale; McGill Quality of Life Questionnaire; Service delivery information; Health histories, medication profiles, and caregiver information; Family Pain Questionnaire and Pain Treatment.				

## RESULTADOS

Da leitura e análise dos artigos emergiram como temas centrais: a dor, a gestão da dor e a incapacidade, numa perspetiva de intervenção individualizada, mas multidisciplinar.

Face a esta intervenção surgem como dimensões: avaliação (pessoa, dor, incapacidade); fatores facilitadores e dificultadores da gestão de sintomas/doença; e educação para a saúde, como estratégia de intervenção.

### Avaliação

A dimensão Avaliação tem neste contexto uma perspetiva mais sistémica; surge como resposta à necessidade de conhecer profundamente todos os fenómenos/focos em estudo: as pessoas, a família/cuidador, os sintomas (dor, sofrimento), as implicações nas pessoas (incapacidade), a gestão das situações (sintomas, doença), para se poder desenvolver uma intervenção que se considera ser individualizada. A Avaliação tem duas subdimensões: uma com o objetivo de conhecer (*avaliar para conhecer*) e outra de poder comparar (*avaliar para comparar*), ou seja, pode, para além de permitir um melhor conhecimento sobre os temas identificados, permitir comparar resultados, constituindo-se como indicador da intervenção individualizada na produção de ganhos em saúde.

O estudo realizado por Bostrom, Sandh, Lundberg e Fridlund<sup>20</sup> (2004) remete-nos para a subdimensão *avaliar para conhecer*; o tema central é a dor em cuidados paliativos, procurando explorar e descrever a perceção dos doentes, numa abordagem fenomenográfica.

Os autores definiram os resultados em três categorias: comunicação, planeamento e confiança. Relativamente à comunicação, as perceções identificadas foram dores generalizadas; capacidade de falar sobre as dores e o desconforto; libertarem-se da dor. No que se refere ao planeamento, as perceções identificadas foram a inevitabilidade de tomar medicamentos, incertezas face ao tratamento não farmacológico, problemas provocados pelos analgésicos e sofrimento durante os cuidados. Os doentes expressam uma necessidade urgente para o planeamento de seu tratamento da dor, incluindo todas as atividades realizadas em torno deles. Quanto à confiança, as perceções identificadas foram a necessidade de humanidade (humanismo), de ter iniciativa própria, e truques pessoais que diminuem a dor. A relação de confiança com enfermeiros e médicos, incluindo a oportunidade de discutir pensamentos e crenças sobre dor e o seu tratamento, foi percebida como fundamental para controle da mesma. Os autores sugerem que a dor deve ser

reconhecida e tratada, mobilizando as *guidelines* para o efeito. Enfatizam, também, a necessidade de uma avaliação cuidada da dor.

No estudo elaborado por Yin, Tse e Wong<sup>21</sup> (2011), procurou-se explorar a experiência da dor pós-operatória, identificar fatores dificultadores da gestão da dor, relacionados com o doente, e a relação desses fatores com a experiência da dor. Nenhum dos participantes no estudo tinha tido qualquer momento de educação/ensino sobre a gestão da dor. Na avaliação da interferência que a dor teve nas atividades de vida diária, nas primeiras 72 horas os doentes apresentam os scores mais elevados, havendo influência da dor nos posicionamentos, na respiração profunda, tosse e deambulação. Segundo os autores, nem os médicos nem os enfermeiros dão uma atenção adequada a esta dor que os doentes sentem.

Em ambos os estudos referenciados dá-se ênfase à necessidade de melhor avaliar as pessoas, quer numa perspetiva qualitativa (perceções) quer numa perspetiva quantitativa, através da utilização de instrumentos de avaliação, como o *Brief Pain Inventory-Chinese Version* (BPI-C).

Quanto à subdimensão *avaliar para comparar*, o estudo desenvolvido por Johnston, Bonetti, Joice, Pollard, Morrison, Francis e Macwalter<sup>22</sup> (2007) teve como objetivo avaliar a eficácia da implementação de uma intervenção baseada num *workbook*, criado para alterar as cognições de controlo (crenças sobre se os doentes podem influenciar os resultados), em melhorar os resultados dos doentes com AVC e seus cuidadores. O *workbook* fornecia informação sobre o AVC, a recuperação, orientações sobre como lidar com as situações e instruções de autogestão. Continha também técnicas de terapia comportamental através da inclusão de atividades que encorajassem a autogestão, como por exemplo, folhas de diário e cassetes de relaxamento. Foram utilizados diferentes instrumentos de colheita de dados (referenciados no quadro nº 3) que permitiram posteriormente comparar os resultados entre os dois grupos: o grupo de controlo e o intervencionado; por exemplo a Incapacidade/limitações nas atividades foi avaliado através do Barthel Index e do Observer Assessed Disability (OAD), o sofrimento emocional avaliado através da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Currow, Abernethy, Shelby-James e Phillips<sup>23</sup> (2006), na análise do impacto do estudo (PCT - Palliative Care Trial) efetuado ao nível dos cuidados paliativos, referem a utilização de diferentes instrumentos (quadro nº 3), sendo que uma das implicações deste estudo, que os autores apresentam, refere-se à avaliação de resultados em cuidados paliativos. No PCT selecionaram o estado funcional da pessoa, taxas de hospitalização após a intervenção e a dor, concluindo que o processo de avaliação pode ser utilizado para comparar resultados de

uma intervenção, ao longo do tempo, quer numa pessoa, família/cuidador, quer para realizar comparações de resultados entre grupos.

### **Fatores facilitadores e dificultadores da gestão de sintomas**

Alguns dos artigos seleccionados abordavam na sua temática principal a identificação dos fatores facilitadores ou dificultadores face a uma situação, seja ela a gestão da dor, ou da incapacidade. O estudo realizado por Liebel, Powers, Friedman e Watson<sup>24</sup> (2012) teve como objetivo compreender os resultados da intervenção de enfermagem em termos dos fatores facilitadores e dificultadores da melhoria/manutenção da incapacidade, comparando com o agravamento desta. Os autores tiveram como base teórica o modelo de planeamento PRECEDE-PROCEED. Este modelo foi utilizado de forma a identificar os fatores predisponentes, capacitadores e de reforço associados à avaliação da melhoria/manutenção da incapacidade, em diferentes domínios do cuidado. O estudo identificou como fatores facilitadores a construção e manutenção de uma relação centrada no doente, e a negociação da intervenção do enfermeiro. Como fatores dificultadores surgiram o investimento e motivação do doente, os contactos limitados com a enfermeira e as alterações nas capacidades físicas e cognitivas dos doentes.

Bostrom, Sandh, Lundberg e Fridlund<sup>20</sup> (2004) procuraram conhecer a perceção dos doentes. Dos aspetos considerados como facilitadores salientamos: na dimensão comunicação - a valorização da capacidade de falar sobre as dores e o desconforto e a expressão da necessidade de um diálogo aberto e honesto com profissionais de saúde sobre todos os problemas relacionados com a dor; na dimensão Planeamento, os doentes expressam uma necessidade urgente para o planeamento do tratamento da dor; na dimensão Confiança, a oportunidade de discutir pensamentos e crenças sobre dor e o seu tratamento, foi percebida como fundamental para controle da dor.

Yin, Tse e Wong<sup>21</sup> (2011), identificaram fatores dificultadores da gestão da dor, relacionados com o doente, como a não atenção adequada à dor, aquando da remoção do dreno torácico, a tolerância e a expectativa de que pode ocorrer dificuldade na cicatrização da ferida.

No estudo realizado por Johnston; Bonetti; Joice; Pollard; Morrison; Francis; Macwalter<sup>22</sup> (2007), os fatores dificultadores identificados, face à adesão à intervenção ou à gestão da situação de doença, foram o agravamento da situação clínica da pessoa e algum desânimo por parte dos participantes ao longo do percurso.

Currow, Aberneth; Shelby-James e Phillips<sup>23</sup> (2006) analisaram o impacto de um estudo efetuado em larga escala ao nível dos cuidados paliativos, referindo a necessidade de ter dados concretos para a avaliação dos resultados, exemplificando com a avaliação do estado funcional da pessoa, taxas de hospitalização após a intervenção e a avaliação da dor; a utilização de métodos de avaliações sistematizados é um dos fatores facilitadores da gestão de sintomas/incapacidade/doença, revelados por este estudo.

### **Educação para a saúde, como estratégia de intervenção**

Quando iniciámos a apresentação dos resultados referimos que os temas surgiam numa perspetiva de intervenção individualizada, mas multidisciplinar; centramo-nos agora no nível educacional quer dos doentes, quer dos cuidadores.

No estudo de Liebel, Powers, Friedman e Watson<sup>24</sup> (2012), a intervenção das enfermeiras durante a visita domiciliária encontrava-se organizada por aspetos de estrutura: visitas no domicílio, conferências familiares com o doente, cuidador, enfermeiro e médico; intervenção sobre o uso de material; relatórios de momento e a utilização de recursos da comunidade. Os aspetos da intervenção relacionados com o processo eram: gestão da medicação; autogestão das atividades relacionadas com as doenças; alterações nos comportamentos de saúde e estabelecimento de metas e atividades de empoderamento.

Há neste tipo de intervenção um cariz educacional evidente, sendo que a mobilização de competências de comunicação e capacidade para criar uma relação centrada nas pessoas, promove o empoderamento e respeito pela autonomia e poder de decisão dos doentes ajudando a ultrapassar os aspetos dificultadores referidos anteriormente.

No estudo realizado por Bostrom, Sandh, Lundberg e Fridlund<sup>20</sup> (2004) - dor em cuidados paliativos - os autores sugerem que uma das implicações na prática dos cuidados é a necessidade de existirem intervenções educacionais sobre a dor e o tratamento, sendo que estas devem surgir logo a seguir a um diagnóstico, e a dor deve ser reconhecida e tratada devidamente, mobilizando as *guidelines* para o efeito.

No que respeita ao estudo de Yin, Tse e Wong<sup>21</sup> (2011) os autores verificaram que nenhum dos participantes tinha tido qualquer momento de educação/ensino sobre a gestão da dor, sendo que esta pode ser uma área onde os enfermeiros, através de diferentes estratégias, podem educar as pessoas. Consideram que há uma gestão inadequada da dor, que a educação aos doentes sobre a dor, só por si, é insuficiente, devendo existir um investimento

a nível dos fatores de suporte ambiental, tais como políticas institucionais, *guidelines*, e colaboração multidisciplinar entre os diferentes elementos da equipa de saúde.

No estudo realizado por Johnston; Bonetti; Joice; Pollard; Morrison; Francis; Macwalter<sup>22</sup> (2007) que avaliou a implementação de uma intervenção baseada num *workbook*, a educação para a saúde é a estratégia emergente.

## **CONCLUSÃO**

A revisão sistemática da literatura efetuada permitiu um olhar clarificador do fenómeno em estudo, ao identificar dimensões e estratégias relacionadas com o mesmo; emerge um campo vasto de intervenções multidisciplinares, em cujo contexto a enfermagem tem lugar.

Mais do que intervenções individualizadas, a pesquisa efetuada clarificou um campo ontológica e epistemologicamente complexo – relativo à dor - cujo conhecimento, em constante desenvolvimento, cruza sentires, saberes, e fazeres diversos. As múltiplas intervenções possíveis, neste domínio, admitem e tornam necessária a especificidade da enfermagem, enquanto condição de um olhar e intervenção individualizados, simultaneamente holísticos.

Neste âmbito, enfatiza-se ainda uma conceção teórica de base, segundo a qual a intervenção específica de enfermagem possibilita uma compreensão da pessoa a partir do seu potencial para aprender e desenvolver-se nas transições subjacentes aos processos de desenvolvimento individual, ou as que decorrem de alterações do bem-estar, associadas a situações de doença aguda ou crónica.

Enfatizando os principais resultados deste artigo, emergem como dimensões: a avaliação da pessoa com dor, surgindo frequentemente associada a situações de incapacidade, com particular destaque para a importância de avaliar a perceção das pessoas, que se constitui simultaneamente como um indicador de resultados, face ao fenómeno em estudo. Outra dimensão relevante situa-se ao nível de fatores facilitadores e dificultadores da gestão da dor, que se constituem focos centrais neste projeto; como fatores facilitadores emergem alguns processos comunicacionais e o autoconhecimento da pessoa neste âmbito. Tais premissas surgem associadas a intervenções de enfermagem cujas estratégias passam pela educação para a saúde, constituindo-se esta uma outra dimensão relevante nestes resultados.

A educação para a saúde, como estratégia de intervenção, revela-se sobretudo na valorização do papel do cuidador e da família como parceiros dos cuidados, com planos de intervenção individualizados, reconhecendo simultaneamente a necessidade de uma equipa pluridisciplinar.

Ao introduzir-nos no fenómeno em estudo, apontando direções da pesquisa subsequente – no que se refere às dimensões da intervenção e estratégias identificadas – o estudo que apresentamos revela-se importante pelo potencial que encerra enquanto roteiro de futura investigação sobre o tema. A ambiguidade do conceito de sofrimento e o carácter indistinto com que surge na investigação encontrada, entre outros aspetos, ilustram a necessidade desse olhar. Neste sentido, ao dar-nos conta da incompletude do conhecimento do fenómeno mas apontando eixos de pesquisa ulterior, afirmamos que a Revisão Sistemática da Literatura respondeu genericamente aos objetivos inicialmente formulados.

## **BIBLIOGRAFIA**

<sup>1</sup>Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Um Conceito Central para a Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

<sup>2</sup>Pires, M. (2008). *Reflexões sobre a dor*. Comunicação e cultura nº 5.

<sup>3</sup>Organização Mundial da Saúde<sup>3</sup> (2010). Global status report on noncommunicable disease. Geneve: Organização Mundial de Saúde

<sup>4</sup>Meleis, A. (2010). *Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company

<sup>5</sup>Bastos, F. & Silva, A. (2011). "Padrões de vulnerabilidade na pessoa com doença crónica", Trabalho apresentado em XI Conferência Ibero Americana de Educação em Enfermagem, In *Referência*. Coimbra

<sup>6</sup>Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice (6ª ed)*. St. Louis: Mosby

<sup>7</sup> Nyatanga, B. (2005). The concept of suffering: a hidden phenomenon, in Nyatanga, Brian; Astley-Pepper, Maxine (edit.) *Hidden Aspects of Palliative Care*. London: Cromwell Press.

<sup>8</sup>Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1999). The Ecology of developmental Process. In: W. Damon & R.M. Lerner.(Eds), *Handbook of Child Psychology, 1, Theoretical Models of Human Development*, pp. 993-1028. New York: Wiley.

<sup>9</sup>Ministério da Saúde (2003). Circular Normativa nº 09/ DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde

<sup>10</sup> Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática*. Lisboa: OE

<sup>11</sup> Direcção-Geral da Saúde (2008). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS

<sup>12</sup> Cassell, Eric (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, 2ª ed; New York: Oxford University Press.

- <sup>13</sup> Fleming, Manuela, (2003). *Dor sem nome - Pensar o sofrimento*; 2ª ed; Porto: Ed. Afrontamentos.
- <sup>14</sup>Meleis, A. (2010) - Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company
- <sup>15</sup>Doran, D. (2011). *Nursings outcomes. The state of the science*. Inc. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers
- <sup>16</sup>Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa.
- <sup>17</sup>Taylor, S. & Renpenning, G. (2011). *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- <sup>18</sup>Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins
- <sup>19</sup>Guyatt, G. H., & Rennie, D. (2002). Guyatt, G. H., & Rennie, D. (2002). *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based practice*. Chicago: American Medical Association.
- <sup>20</sup> Liebel, D.; Powers, V.; Friedman, B. & Watson, N.(2012). Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: a content analysis of a nurse home visit intervention. *JAN*, 68(1), 80–93.
- <sup>21</sup>Bostrom, B.; Sandh, M.; Lundberg D. & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *JAN*, 45(4), 410–419
- <sup>22</sup>Yin, H.; Tse, M. & Wong, F. (2011). Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery. *JAC*, 21, 1232–1243
- <sup>23</sup>Johnston, M.; Bonetti, D.; Joice, S.; Pollard, B.; Morrison, V.; Francis, J.; Macwalter, R. (2007). Recovery from disability after stroke as a target for a behavioural intervention: Results of a randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation*, July; 29(14): 1117 – 1127
- <sup>24</sup> Currow, D; Abernethy,A.; Shelby-James, T. & Phillips, P. (2006). The impact of conducting a regional palliative care clinical .Study. *Palliative Medicine*; 20: 735\_743