
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

FACTORES QUE INFLUENCIAM A PERCEPÇÃO DA
DOR PÓS-OPERATÓRIA
EM
INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA

ELISABETE NAVE LEAL

LISBOA, 2003



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de

Registo: _____

Data: ____/____/____

Tel.: 21 661 17 50 e 17 51 00 00

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do **Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**, em conformidade com o disposto na Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro e em cumprimento da alínea “b” do n.º 2 do art.º 5º do Decreto-Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro.

“Divinum est opus sedare dolorem”

(divino é o trabalho de aliviar a dor)

(Cailliet, 1999)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pais Ribeiro, pelos seus sábios conselhos na sugestão deste tema de investigação e pela imensa disponibilidade e conhecimento demonstrados ao longo de todo o processo.

Ao Alexandre por me provar que existe vida para além desta tese.

Ao Filipe por toda a força e apoio logístico dado, sem o qual eu não teria terminada esta tese em tempo útil.

Aos meus pais e mãe do Filipe por me cuidarem tão bem do Alexandre, factor essencial para me concentrar nesta investigação.

Às minhas colegas de trabalho Célia e Ana Luísa por tão prontamente se terem disposto a ajudar-me na recolha da amostra, essencial na minha licença de parto.

Ao Prof. Dr. Fragata do Serviço de Cardio-torácica do Hospital de Santa Marta e a toda a Comissão de Ética do Hospital de Santa Marta pelo interesse demonstrado por esta investigação.

À Dr. Isabel Fragata e ao Dr. Nuno Odin do Serviço de Anestesiologia do Hospital de Santa Marta pela disponibilidade e participação nesta investigação com as questões concernentes à anestesiologia.

Ao Concelho de Administração Do Hospital de Santa Marta pela abertura demonstrada à investigação.

Aos meus colegas de mestrado por toda a cumplicidade ao longo destes dois anos.

A todos os doentes que participaram neste estudo, por partilharem comigo a sua experiência que é afinal uma parte da sua vida e dos seus sentimentos.

A todos, médicos, enfermeiros do Serviço de Cirurgia Cardio-torácica, colegas e amigos que de alguma forma participaram neste estudo com sugestões e apoio moral.

RESUMO

Procedeu-se à investigação de factores que influenciam a percepção da dor pós-operatória em doentes submetidos a cirurgia cardíaca, usando uma amostra de 93 indivíduos sujeitos a *bypass* coronário no ano de 2002, no hospital de Santa Marta, 78,5% do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 39 e os 84 anos. O questionário utilizado no estudo abrangeu os seguintes factores: demográficos, cirúrgicos, percepção da saúde geral, saúde mental, expectativas de dor, apoio, auto-eficácia e satisfação com o tratamento para a dor, com médicos e enfermeiros.

Quanto à dor de uma forma geral, os pacientes deste estudo revelaram uma dor média às 24 horas; uma dor um pouco mais baixa mas ainda média às 48 horas; e ao quinto dia apresentaram uma dor baixa. Através da aplicação do teste t-student, observou-se que a dor máxima e média que os pacientes revelaram nas 24 horas que precederam as 96 horas, bem como a dor geral, foi em média de menor intensidade nos homens do que nas mulheres.

Análises de correlação revelaram que existe correlação entre a experiência de dor global e as várias dores avaliadas. Observaram-se também correlações entre as expectativas de dor e a intensidade de dor, o apoio e a intensidade da dor, a auto-eficácia relativa à dor e a intensidade de dor, a saúde mental no pós-operatório e a intensidade de dor às 96 horas, dor máxima e dor média nas últimas 24 horas e dor global. De igual modo observaram-se correlações entre a saúde mental no período pré-operatório e a intensidade de dor às 48 horas, dor máxima nas últimas 24 horas e dor global. Observaram-se ainda correlações entre a saúde geral (medida por um item) e a intensidade de dor às 24 horas, 48 horas, dor máxima nas últimas 24 horas e dor global, assim como na saúde geral percebida (medida por escala) e a intensidade de dor às 48 horas, dor máxima nas últimas 24 horas e dor global. Observaram-se igualmente correlações entre a satisfação com o tratamento para a dor e a intensidade de dor às 48 horas, às 96 horas, dor máxima e dor média nas últimas 24 horas e dor global.

Pode-se afirmar que os sujeitos que apresentaram expectativas de dor baixas, perceberam maior apoio, apresentaram níveis elevados de auto-eficácia para lidar com a dor, ou que pertenciam ao sexo masculino, sentiram menos dor. De igual modo, os sujeitos que apresentaram melhor saúde mental no pré e no pós-operatório, sentiram menos dor, excepto às 24 horas onde a dor provavelmente é de índole mais física. Relativamente à percepção da saúde geral, verificou-se que os sujeitos que perceberam a sua saúde como boa, sentiram menos dor. Os sujeitos que expressaram maior satisfação com o tratamento, sentiram igualmente menos dor.

Analisaram-se os resultados relativamente aos de outros estudos sobre dor pós-operatória em cirurgia cardíaca e propuseram-se variáveis a abordar em estudos futuros nesta temática específica.

ABSTRACT

An investigation have been conducted with the purpose of determining the factors that influence the post-surgery pain perception of cardiac patients. A sample of 93 individuals submitted to coronary bypass in the year of 2002, in the Santa Marta hospital, from which 78,5% where man and presented ages ranging from 39 to 84 years old. The questionnaire used in the study comprised the following factors: demographic, surgical, general health perception, mental health, pain expectations, support, self-efficacy, and pain treatment satisfaction with the nurses and the doctors.

The patients included in this study presented, in general, a medium pain after the first 24 hours; after the first 48 hours they revealed a slightly inferior, but still medium pain level; in the fifth they presented low pain levels. In this study, and through the t-student test, it was observed that mans felt less pain than the woman's in the medium and maximum pain level in the 24 hours preceding of the 96 hours counting from the surgery.

Correlation analysis where executed and revealed the existence of correlation between the global pain experience and the several pain variables analysed, the pain expectations and the pain intensity, the support and the pain intensity, the self-efficacy face to the pain and the pain intensity, the mental health after the surgery and pain intensity at 96 hours, the maximum and medium pain in the last 24 hours and the global pain. It was also observed the correlation between the mental health in the post surgery period and the pain intensity at 48 hours, and between the maximum pain during the last 24 hours and the global pain. It was also observed the correlation between general health (measured by one item) and the pain intensity at 24 hours, 48 hours, maximum pain in the last 24 hours and the global pain, and the correlation between the perception of general health (scale measured) and the pain intensity at 48 hours, maximum pain in the last 24 hours and global pain. Equally, it was observed the correlation between the satisfaction with pain treatment and pain intensity at 48 hours, maximum and medium pain in the 24 hours preceding the 96 hours, and global pain.

It can be stated that individuals that presented lower pain expectations, had a better support perception, presented high self-efficacy levels face to pain, or belonged to the male sex, felt less pain. Equally the patients that presented a better mental health in pre and post surgery, felt less pain. This statement do not applies to the 24 hours because in that moment the pain is mainly physical. The individuals that presented a higher general health perception felt less pain. The patients that presented a higher satisfaction level also felt less pain.

Results where analysed face to the results of other studies about post-surgery pain in cardiac operations, and new variables where purposed to be used in future studies about the current theme.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Dor	3
Teorias da Dor.....	5
Factores Emocionais.....	6
Dor Aguda.....	7
Dor Pós-Operatória	8
Dor e Cirurgia <i>Bypass</i> Coronário	11
Tratamento	12
Medidas.....	17
Dor e Satisfação	19
Determinantes da Satisfação	20
Componentes da Satisfação	21
Cirurgia Cardíaca.....	24
Doença Coronária.....	25
<i>Bypass</i> Coronário	26
Complicações Pós-Cirúrgicas	28
Aspectos Psicológicos	29
Recuperação	30
Objectivos e Questões de Investigação	33
Método	34
Participantes.....	34

Caracterização da Amostra	34
Material	38
Instrumento e Propriedades Psicométricas	38
Procedimento	43
Limites do Estudo	45
Resultados.....	46
Discussão	78
Conclusão	87
Referências	89
Anexos.....	100

Anexo A – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital de Santa Marta

Anexo B - Autorização

Anexo C – Consentimento Informado

Anexo D – Instrumento

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição de frequências da variável ‘escolar’	36
FIGURA 2 – Distribuição de frequências dos diversos tipos de queixas pós-operatórias.....	52

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Análise descritiva relativamente à variável ‘idade’	34
QUADRO 2 – Análise de frequências da variável ‘sexo’	35
QUADRO 3 – Análise descritiva da variável ‘escolar’	35
QUADRO 4 – Análise descritiva da variável ‘bypass’	36
QUADRO 5 – Análise de frequências da variável ‘patologia’	37
QUADRO 6 – Distribuição de frequências da variável ‘euroscore’	37
QUADRO 7 – Análise estatística descritiva das variáveis ‘dor 24 horas’, ‘dor 48 horas’, ‘dor 96 horas’, ‘dor máxima’ e ‘dor média’	46
QUADRO 8 – Análise de frequências da variável ‘visita’	47
QUADRO 9 – Análise de frequências da variável ‘utilidade visita’	47
QUADRO 10 – Distribuição de frequências da variável ‘estado emocional pré-cirurgia’	48
QUADRO 11 – Distribuição de frequências da variável ‘estado emocional cirurgia’	48
QUADRO 12 – Distribuição de frequências da variável ‘acordar cirurgia’	49
QUADRO 13 – Distribuição de frequências da variável ‘ventilação mecânica’	49
QUADRO 14 – Distribuição de frequências da variável ‘tosse’	50
QUADRO 15 – Distribuição de frequências da variável ‘respiração’	50
QUADRO 16 – Distribuição de frequências da variável ‘rouquidão’	51
QUADRO 17 – Distribuição de frequências da variável ‘garganta’	51
QUADRO 18 – Distribuição de frequências da variável ‘queixas’	51
QUADRO 19 – Distribuição de frequências da variável ‘anestesia’	52
QUADRO 20 – Distribuição de frequências da variável ‘saúde geral’	53

QUADRO 21 – Distribuição de frequências da variável ‘saúde há 1 ano’	53
QUADRO 22 – Distribuição de frequências da variável ‘dor no momento’	54
QUADRO 23 – Distribuição de frequências da variável ‘evolução da dor’	55
QUADRO 24 – Distribuição de frequências da variável ‘expectativas dor futura’ ..	56
QUADRO 25 – Distribuição de frequências da variável ‘satisfação tratamento’	57
QUADRO 26 – Distribuição de frequências da variável ‘satisfação enfermeiros’ ...	57
QUADRO 27 – Distribuição de frequências da variável ‘satisfação médicos’	58
QUADRO 28 – Distribuição de frequências da variável ‘pedido medicação’	58
QUADRO 29 – Distribuição de frequências da variável ‘alteração medicação’	59
QUADRO 30 – Análise descritiva da dor face às diferentes patologias.....	60
QUADRO 31 – Análise descritiva da dor face à variável ‘sexo’ e teste t-Student referente agrupamento por sexo	61
QUADRO 32 – Análise descritiva da dor face à variável ‘visita’ e teste t-Student referente agrupamento por visita do anestesista	62
QUADRO 33 – Análise descritiva da dor face à variável ‘utilidade visita’ e teste t- Student referente agrupamento pela utilidade da visita do anestesista	63
QUADRO 34 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘dor global’ (junção de todas as variáveis de dor).....	64
QUADRO 35 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘euroscore’	65
QUADRO 36 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘expectativa de dor global’	66
QUADRO 37 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘apoio’	67
QUADRO 38 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘eficácia global’	68
QUADRO 39 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘saúde mental pós- operatória’	69
QUADRO 40 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘saúde mental pré- operatória’	70
QUADRO 41 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘idade’	71

QUADRO 42 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘escolar’	72
QUADRO 43 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘saúde geral’	73
QUADRO 44 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘percepção saúde geral’	74
QUADRO 45 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘satisfação tratamento’	75
QUADRO 46 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘satisfação enfermeiros’	76
QUADRO 47 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘satisfação médicos’	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Analgesia controlada pelos enfermeiros
ACP	Analgesia controlada pelos pacientes
AMI	Artéria mamaria interna
APS	American pain society
ASA	American society of anaesthesiology
BACT	<i>Bypass</i> da artéria coronária por transplante
DPB	Síndrome da dor pós <i>bypass</i>
EAV	Escala análoga visual
EuroSCORE	European System for Cardiac Operative Risk Evaluation
HPQ	Health perception questionnaire
IASP	International Association for the Study of Pain
MHI	Mental health inventory
MHI-5	Mental health inventory – versão reduzida
MOS	Medical outcomes study
MQ	Melhoria de qualidade
SAMI	Síndrome da artéria mamaria interna
UCI	Unidade de cuidados intensivos
MPQ	McGill Pain Questionnaire
QDSA	Questionnaire Dolour Saint-Antoine

INTRODUÇÃO

A dor é uma das experiências humanas mais importantes. Quase toda a gente sente dor, em vários graus, todos os dias. Quando sentimos dor, sentimo-la como uma experiência directa e unitária, e o processo que dá origem a esta experiência é complexo e múltiplo.

A pessoa que manifesta uma dor, mesmo localizada fisicamente sofre na totalidade do seu ser. A dor vai condicionar a sua vida e passa a ser a preocupação dominante. A ansiedade que ela gera cria problemas relacionais. A sensação desagradável pode-se exprimir através de um comportamento que recebe as influências de factores físicos, psicológicos, sociais e ambientais. As condições afectivas, espirituais e culturais nas qual evoluiu e evolui o indivíduo interagem e influenciam a sua atitude relativamente à dor. A percepção dolorosa é diferente para os indivíduos que sofrem do mesmo mal. De facto, Millard (1995), afirma que a dor é uma experiência individual, única a considerar o mais precocemente possível em todas as suas dimensões.

Os conhecimentos actuais sobre a importância e riqueza dos fenómenos psicológicos perante o acto cirúrgico evidenciam a necessidade de uma preparação psicológica cuidada. Mechas (1997), refere que a psicologia da saúde cumpre um papel primordial na prevenção e tratamento dos factores psicopatológicos relacionados com a doença física, e muito particularmente, com a hospitalização e cirurgia.

Falar de cirurgia é falar de dor. Nenhum paciente vai ser submetido a uma cirurgia sem pensar que vai ser confrontado com a dor. A dor pós-operatória deve ser monitorizada regularmente e administrada analgesia quando necessário. Isto é reconhecido por todos aqueles que desejam otimizar o manejo da dor. Diamond e Conion (1994), afirmam que as medidas para o alívio da dor encontram-se todas

disponíveis no hospital; o que falta por vezes é o reconhecimento da existência de dor, e a vontade de fazer alguma coisa acerca disso.

A dor pós-operatória é uma dor particular por ser aguda, transitória e de surgimento totalmente previsível, sendo consequência directa do acto cirúrgico mesmo que a patologia inicial influencie a sua intensidade e duração. Apesar disto e muito embora os estudos da dor crónica estejam fortemente implementados na comunidade científica, só nas últimas duas décadas se iniciou a investigação da dor aguda pós-operatória. É de facto notória a escassez de estudos incidindo sobre a dor pós-operatória em grandes cirurgias, como a cirurgia cardíaca, pelo que se impõe uma abordagem desta temática.

Esta investigação pretende identificar em que medida os aspectos emocionais influenciam a experiência da dor pós-operatória na cirurgia cardíaca.

DOR

A *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP) (1986 cit. by Millard, 1995), define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual presente ou potencial ou descrita nesses termos. Esta definição sublinha a dupla dimensão afectivo-emocional e sensorial da dor.

A dor nunca foi definida ou compreendida satisfatoriamente. É uma sensação desagradável, inteiramente subjectiva, que só pode ser descrita por quem a experimenta. De facto, Luna (1995), afirma que a dor pode ser evocada por muitos estímulos químicos, térmicos, eléctricos ou mecânicos, mas a reacção a ela não pode ser avaliada objectivamente.

A interpretação dos sinais dolorosos sejam eles de natureza física, neurológica ou psicológica, implica uma experiência interna subjectiva, sensorial, emocional e cognitiva e um comportamento observável motor, fisiológico ou verbal. Para Lalanda (1997), qualquer destas dimensões, interna ou externa, é influenciada por diferentes factores: a personalidade, a sociedade e a cultura, para além dos situacionais.

A dor é uma experiência aprendida, e é influenciada por toda uma experiência de vida de cada pessoa. Aquilo que é percebido como dor difere consoante as pessoas, e por vezes difere na mesma pessoa em momentos diferentes. Há uma enorme variabilidade nos níveis de dor referidos pelas pessoas que sofreram a mesma quantidade de experiência traumática.

De facto, em situações de sofrimento, apenas o “sofredor” conhece o conteúdo da mensagem que o seu corpo lhe transmite. A experiência de dor é pois uma experiência subjectiva, hoje talvez mais conhecida, mas que sempre foge à completa “materialização” de um instrumento preciso. Para Lalanda (1997), uma parte da nossa tarefa para humanizar-mos a dor é interpretar os sinais que o outro nos envia.

Se contemplarmos a história da medicina, encontramos um esforço continuado para promover a aniquilação da causa de dor; não encontramos, porém, uma atenção especial à supressão da dor.

A classificação da dor como tradutora do bom funcionamento do sistema nervoso é bastante restritiva da sua realidade e tem um impacto negativo na compreensão deste fenómeno, generalizada nas suas diversas expressões a uma estrutura puramente mecânica: muitos estudos psico-físicos foram projectados para demonstrar que regra geral, a dor que se percebe corresponde à intensidade da estimulação que se sofre. O posterior conhecimento da modelação do processo de nocicepção, permitiu compreender a dor como uma percepção, baseada na informação sensorial, mas envolvendo a faculdade de julgar que interpreta a sensação como dor e que interpreta a dor singularmente. Estabelecendo a experiência de dor como modelada por factores de ordem psíquica (organização da personalidade), veio alargar a concepção da dor numa dimensão subjectiva. Para Patrão-Neves (1997), progride-se assim decisivamente do domínio restritivo e equívoco da dor fisiológica para o domínio amplo e ambíguo da dor vivida.

A dor é um fenómeno sensorial e emocional ainda mal compreendido, quer na sua génese e função assim como no seu controlo terapêutico. Os profissionais de saúde são frequentemente confrontados com a dor como um fenómeno indesejável, fonte de sofrimento para o doente que espera que esta seja convenientemente aliviada, pelo que impõe aos profissionais de saúde uma nova atitude, uma actividade intencional directamente dirigida para a dor e seu controle, que a tome como objectivo próprio e não apenas como mero efeito.

Segundo Luna (1995), é fundamental que os profissionais de saúde saibam através da sua atitude melhorar o componente fisiológico da reacção à dor e sejam capazes de através de uma intervenção farmacológica oportuna e eficaz diminuir o sofrimento causado pela dor.

Teorias da Dor

A noção de que a dor é apenas o resultado directo de estimulação fisiológica tem-se tornado cada vez menos sustentável devido às investigações que têm demonstrado os efeitos sobre a dor das experiências emocionais, do *distress* psicológico, ou do contexto onde ocorre a dor.

As teoria iniciais da dor concentraram-se em explicar os aspectos fisiológicos do processo, mas uma explicação puramente biológica não era suficiente.

Uma das primeiras teoria propostas para explicar a experiência da dor foi a Teoria Específica. Advoga que há uma relação directa entre as terminações nervosas e os chamados pontos (*spots*) de dor que podem ser encontrados em qualquer lado do corpo. Rose e Mountcastle (1959, *cit. by* Pitts & Keiths 1998), demonstraram uma relação directa entre o tipo de receptor, o tamanho da fibra e a qualidade da experiência, implicando que a intensidade inicial do estímulo de dor é proporcional à experiência de dor. Contudo este não é geralmente o caso: há inúmeros casos de experiência de dor onde a intensidade e o estímulo são desproporcionados como a dor de cabeça sem patologia aparente. Isto indica que esta explicação é simplista e que outros factores medeiam a relação entre lesão e percepção da dor

Em alternativa à Teoria Específica., surge a *Pattern Theory*, que se relaciona com o padrão do impulsos nervosos. Foi proposta por Livingstone (1953 *cit. by* Pitts & Keiths, 1998), que advoga a ideia de adição, onde estimulação de nervos sensoriais, pela lesão periférica, activar circuitos reverberatórios (loops de neurónios auto-excitáveis) de actividade na massa cinzenta da corda espinal. Estes circuitos são abertos a futuros padrões de estimulação do corpo, até não nocivos que podem ser interpretadas como dor. Isto explicaria a dor fantasma e o facto de o estímulo não ser idêntico à dor sentida. Contudo não considera os factores psicológicos na experiência de dor.

Influenciada pela *Pattern Theory*, surge em 1965 a Teoria do *Gate Control*. Foi proposta por Melzack e Wall (*cit. by* Pitts & Keiths, 1998) sendo os primeiros a reconhecer a influência dos aspectos psicológicos na percepção de dor. É sugerida que a estimulação da pele (lesões) inicia impulsos nervosos que são transmitidos a corda spinal. Nesta há um portão (*gate*) que controla os impulsos que chegam e

integra a informação que vem do cérebro. Este dá informação do estado psicológico do indivíduo incluindo estados emocionais e comportamentais assim como a informação de experiências anteriores. O portão recebe e coordena toda a informação e decide de abre ou fecha; um portão aberto resulta na percepção de dor. Futuras aberturas ou fechamentos do portão crê-se estar dependente de inúmeros factores como a atenção à fonte de dor, emoção, ansiedade e capacidade para lidar com a situação. Sem dúvida que junta factores sociais e psicológicos. Apesar das críticas que se levantam a esta teoria, como não ter sido provada a existência de um sistema de portão na corda spinal, Ribeiro (1998), indica-a como uma das teorias mais aceites para explicar a dor.

A aceitação de que os aspectos psicológicos contribuem para a percepção da dor, parece constituir uma evolução científica da concepção Cartesiana do século XVII, a qual considerava o sistema de dor um canal directo entre a pele e o cérebro. Portanto toda a dor é percebida em todo o cérebro consciente, isto é sem consciência não há dor.

Factores Emocionais

Mesmo entre os autores mais críticos é aceite a existência da relação entre dor e estados psicológicos, podendo estes estados ser variáveis dependente ou independente da dor, ou ainda haver efeitos combinados entre os dois. Ou seja, os estados psicológicos desencadeados pela dor podem, por sua vez, aumentar a susceptibilidade à dor. Bond (1981 *cit. by* Ribeiro, 1998), explica que as variáveis sociais, culturais e de personalidade, podem ter tanta influência sobre a dor como a actividade das fibras nociceptivas.

Segundo Ribeiro (1998), podemos considerar três grupos de variáveis passíveis de ser abordadas pela psicologia com o objectivo de reduzir a dor: as variáveis com relações estreitas com factores fisiológicos, as variáveis traço e variáveis fáceis de ser abordadas e modificadas, sendo mais úteis para a psicologia da saúde como a ansiedade-estado, expectativas, interpretação de sintomas, auto-eficácia, percepção de controlo, suporte social, comportamento.

De facto, a ansiedade e a dor aparecem frequentemente associadas. Segundo Bond (1985), dadas as ligações entre estas duas variáveis a ansiedade contribui para a dor de tal modo que, quando a ansiedade aumenta a dor aumenta ou, quanto maior a ansiedade maior a dor.

Qualquer sensação física pode ser descrita em termos de significado ou da interpretação pessoal do acontecimento, feita com base em atitudes, crenças, estilo de processamento cognitivo sobre a informação disponível, e história de aprendizagem anterior.

A antecipação da dor pode conduzir, ou aumentar, a experiência de dor (placebo). Dolce (1987) afirma que as expectativas de auto-eficácia predizem a tolerância à dor aguda, o nível funcional de doentes com dor crónica e a sua resposta ao tratamento. Weisenberg (1987), refere que a percepção de controlo é uma variável mediadora básica na experiência de dor.

Ribeiro (1998), afirma que indivíduos com uma boa rede social, fornecedora de suporte social satisfatório, lidam melhor com a dor. Alterações nas variáveis psicológicas referidas repercutir-se-ão, provavelmente, no comportamento do indivíduo com dor. Comportamentos de *coping* com a vida do dia-a-dia (com o trabalho, família, amigos, doença, rotinas pessoais ligadas ao lazer e ao trabalho), são objectos de desenvolvimentos importantes para ajudar a controlar a dor.

Dor Aguda

Recentemente ressurgiu o interesse pelo importante tópico da dor aguda pós-cirúrgica. "Aguda" em medicina significa de curta duração e delimitada no tempo. Isso aplica-se à dor inicial de uma incisão, fractura ou queimadura (Diamond & Conion, 1994). A IASP (*cit. by* Ministério da Saúde, 2001), definiu a dor aguda como uma dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal.

A principal característica da dor aguda é a brevidade da sua evolução. É de instalação recente, de intensidade variável e pode ser considerada como um sinal de

alarme útil para o organismo. Millard (1995), afirma que a dor aguda deve ser rapidamente assinalada para evitar as reacções neurofisiológicas, psicológicas e comportamentais que ela desencadeia e que intervêm na génese das dores crónicas.

Difere da dor crónica porque toda a gente espera que ceda e que o paciente a entenda. De facto, dor aguda não é com frequência reconhecida como um problema que necessite de tratamento. A sua gravidade é muitas vezes subestimada devido à ignorância e as tentativas de a tratar são muitas vezes mal sucedidas. Diamond e Conion (1994), afirmam ser extraordinário que, 150 anos após a invenção da anestesia e do nascimento da cirurgia moderna, tenha sido preciso dizer a anestesistas e cirurgiões que não estão a tratar a dor pós-operatória com eficácia.

O Ministério da Saúde (2001), nas orientações genéricas para o controlo da dor aguda no período pré-operatório, reconhece ser uma prioridade que durante esse período, e principalmente no pós-operatório, os doentes tenham acesso a um maior alívio da dor.

Dor Pós-Operatória

Todas as pessoas que vão ser submetidas a uma intervenção cirúrgica estão ansiosas, sobretudo por causa da dor que poderão sentir. Pitts e Keiths (1998), afirmam que sendo a dor pós-operatória uma realidade quotidiana, é necessário criar meios de prevenção, detecção, avaliação da dor e de participação no tratamento.

A dor pré-operatória é definida pelo Ministério da Saúde (2001), como uma dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causado por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas. Insere-se na definição da IASP de dor aguda.

A dor pós-operatória é uma dor particular pelas suas características: aguda, transitória e de surgimento totalmente previsível. Ela é consequência directa do acto cirúrgico, mesmo que a patologia inicial jogue um papel na sua intensidade e duração. A dor pós-operatória é caracterizada por uma grande variabilidade nos

indivíduos para um mesmo acto cirúrgico. Segundo Fagnoni, Vanetti e Oberlin (1995), ela não é obrigatória e estima-se que 20% dos operados não sofrem.

A sua chegada é rápida, brutal mas o doente não se surpreende porque a consciência colectiva admite que uma intervenção produza dor. Para Pitts e Keiths, (1998), ela é o resultado claro da interacção de numerosos mecanismos bioquímicos, fisiológicos e psicológicos, que fazem intervir numerosas estruturas do sistema nervoso, periféricas e centrais, moduladas por processos sensoriais, emocionais, cognitivos e psicológicos. É então importante assistir na importância dos factores psicológicos, cognitivos e emocionais que influenciam a intensidade da dor pós-operatória.

Dos factores ligados à intervenção e relativamente ao tipo de cirurgia, Fagnoni et al. (1995), referem que em média as intervenções mais dolorosas dizem respeito ao tórax, região sub-umbilical, rins e rachis, dado que após estas os movimentos respiratórios são dolorosos, sendo as incisões transversais mais dolorosas que as verticais e os actos superficiais em geral pouco dolorosos. Quanto à anestesia, Conduché, Damour, Rodrigues e Soldini (1995), afirmam que o tipo de anestesia e as doses administradas de antálgico no decurso da intervenção influenciam consideravelmente a dor pós-operatória.

Dentro dos factores psicológicos, Fagnoni et al. (1995), afirmam que a ansiedade joga um papel principal na percepção dolorosa pré-operatória, sendo a ansiedade um estado no qual um paciente experimenta um sentimento de mal-estar em resposta a uma ameaça vaga, não específica. A ansiedade presente no pré-operatório joga um papel relevante no surgimento da dor pelo que deve ser tomada em conta. É devida à característica de ansiedade do próprio doente mas também a outros factores sobre os quais podemos intervir: o receio da hospitalização, a perda de autonomia, o medo da anestesia e da intervenção, o medo da dor pós-operatória e o prognóstico.

Quanto à informação, Conduché et al. (1995), referem que estudos mostram que se o doente é informado no pré-operatório ele terá um limiar de percepção da dor mais elevado e que a ansiedade é aumentada pela falta de informação. A preparação psicológica do paciente para a intervenção é importante, devendo ser feita por toda a equipa com passagem de informação adequada.

Em relação à personalidade do doente, a ansiedade devido à dor aguda é exacerbada nos pacientes que apresentem um síndrome depressivo antes da intervenção ou seja, um estado depressivo pré-operatório aumenta a intensidade das dores pós-operatórias (Conduché et al. 1995, Fagnoni et al. 1995).

A intensidade da dor é mais moderada em pacientes com um alto nível cultural. De facto, Fagnoni et al. (1995), afirmam que o nível socio-cultural elevado diminui a importância da dor pós-operatória, provavelmente pelo facto de o nível de informação ser mais elevado.

Relativamente a educação e a experiência dolorosa Conduché et al. (1995), referem que a educação do paciente em relação à dor explica os seus comportamentos face à percepção e exteriorização dos estímulos nociceptivos. Quem já teve intervenções cirúrgicas denominadas de dolorosas sente a dor de maneira mais intensa.

Conduché et al. (1995), referem que o ambiente hospitalar, aumenta a ansiedade com a falta de conhecimento e informação. De facto, para Pitts e Keiths (1998), ansiedade e stress são dois sentimentos negativos muito comuns no hospital. Volcier e Bohannon (*cit. by Pitts & Keiths, 1998*), identificaram os acontecimentos stressantes e ansiogénicos relacionados com o comportamento da equipe hospitalar, tais como o conhecimento/prognóstico da sua doença e a obtenção de medicação para as dores quando precisa.

Actualmente se o princípio do tratamento antiálgico pós-operatório é partilhado por todos, as modalidades continuam a ser discutidos. A dor peri-operatória é em geral bem controlada, o mesmo não se passa com as dores pré e pós-operatórias precoces e tardias. Há o hábito de achar que sofrer após uma operação é normal. Que o acto cirúrgico, mesmo o mais banal, leva a lesões dolorosas todos compreendem. Mas estas explicações não justificam a dor. Para Oberlin (1995), enquanto prestadores de cuidados devemos lutar contra a tendência de achar a dor normal e de a minimizar particularmente aquela que não entendemos origem.

Dor e Cirurgia Bypass Coronário

Embora seja muito frequente, o síndrome da dor pós *bypass* (DPB), continua muito mal documentado. Este síndrome é definido por Merskey e Bogduk (1994 *cit. by* Eisenberg, Pultorak, Pud e Bar-El, 2001), como uma dor de peito anterior escaldante, que tem início imediatamente, ou pouco depois da cirurgia de *bypass* à artéria coronária, na qual tenha sido utilizado um transplante de artéria mamária interna.

Um pequeno número de publicações sugere que a cirurgia de *bypass* pode levar ao desenvolvimento de dor na parede do peito persistente, conhecida como síndrome da dor pós *bypass* (Conacher, Doig, Rivas & Pridie, 1993; Eng & Well, 1991). A fisiologia precisa da patologia do síndrome não é muito clara. Uma possível causa para a dor é a acção traumática para as paredes do peito durante a intervenção cirúrgica (Moore, Follette & Berkoff, 1994). Em alternativa, a dor neuropática, também tem sido referida como uma potencial causa da DPB. Pensa-se que tem origem em lesões nos nervos intercostais provocados durante o processo de transplante da artéria mamária interna, sendo por isso conhecido como síndrome da artéria mamária interna (SAMI) (Conacher et al., 1993; Eng & Well, 199).

De facto, Eisenberg et al. (2001), num estudo sobre a prevalência e as características desse síndrome encontraram que os questionários preliminares sobre a dor indicaram que 219 dos 387 inquiridos (56%) referiram dor nas paredes do peito, que foi caracterizada como DPB. Cento e quarenta e dois (65%) dos pacientes com DPB referiram dor de pelo menos intensidade moderada, e 151 (72%) referiram que a intensidade de dor interferia com as suas actividades diárias.

Também Murray e Beller (1983), referem que embora a intervenção cirúrgica cardíaca por *bypass* coronário produza alívio da angina em 70-90% dos doentes, a dor residual pode durar meses após a cirurgia e recorrência de sintomas de angina pode existir.

Dados estes factores, o Ministério da Saúde (2001), no seu Plano Nacional de Luta contra a dor, tem como objectivo principal o desenvolvimento até 2007, nos serviços oficiais de prestação de cuidados de saúde, da organização de Unidades de Dor que, proporcionem, ao maior número possível de doentes do território nacional, alívio da dor aguda ou crónica de qualquer causa. Pretende-se atingir em 2007 a

existência de Unidades de dor pós-operatória em, pelo menos, 75% dos hospitais com actividade cirúrgica (72 unidades). Em 2001 este número era de apenas 16 unidades, a maioria concentrada no centro e em Lisboa e Vale do Tejo.

Tratamento

O tratamento da dor tem uma história muito antiga. Oberlin (1995), descreve-a desde a antiguidade com os emplastos, passando pela Grécia, no século IX com a síntese da morfina, até aos nossos dias onde a quase a totalidade das dores podem ser controladas.

Recentemente o conhecimento de que a dor tem um componente físico e emocional, combinada com uma maior compreensão das necessidades do doente e dos tratamentos disponíveis, resultou na criação de equipas e centros de dor, onde é utilizada uma abordagem multidisciplinar. Apesar do conhecimento imperfeito do processo doloroso e de questões insolúveis relacionadas com o tratamento da dor, os doentes esperam que o médico e o enfermeiro lhes alivie rapidamente e eficazmente a sensação dolorosa. De facto, e segundo Conduché et al. (1995), há uma atitude adoptada, um objectivo prioritário, reconhecido por todos os membros da equipa: não deixar sofrer o doente.

Carlier (1996) afirma que tratar a dor, consiste na associação de medicamentos e de meios para controlar as variações da dor e melhorar a sua tolerância. Monitorizar a eficácia do medicamento, controlar os efeitos secundários são essenciais para uma boa tolerância.

Para obter a confiança e cooperação do doente é necessário dar-lhe informações úteis compreensíveis e dar-lhe ajuda necessária no plano emocional. A sua importância reside no facto de que um melhor conhecimento da dor pela avaliação e um tratamento medicamentoso adequado permite assegurar o conforto e aliviar a dor por meio de acções de prevenção, educação e qualidade na relação de ajuda. Sendo assim, o tratamento da dor inscreve-se numa abordagem global e personalizada dos cuidados, isto é, uma dor específica para um paciente específico.

A primeira regra é reconhecer a dor num plano subjectivo e acreditar no que o doente nos diz. Não é pelo facto de a dor não ser visível que ela não existe. É importante ter uma atitude preventiva, de procurar a dor sistematicamente e encorajar os pacientes a falar dela. Segundo Carlier (1996), sendo a dor pós-operatória uma dor breve, em que conhecemos a sua localização e principais características, uma simples medida da sua intensidade permite a sua vigilância.

Os cuidados são melhores quando o doente é tratado num ambiente que reconheça a importância dos aspectos sociais e psicológicos da doença assim como a física. Um relatório conjunto do *Royal College of Physicians e Royal College of Psychiatrists* (1995 cit. by Ribeiro 1998), revela a necessidade de cuidados psicológicos dos doentes da Medicina: ansiedade e depressão ocorre em 12.16% dos casos. O risco é maior em doentes com dor aguda e doenças para lidar toda a vida como enfarte do miocárdio. De facto, se inicialmente o tratamento da dor significava prescrição, medicação e repouso, a importância da intervenção psicológica em dor aguda está a avançar lentamente.

Diamond e Conion (1994), referem que a maioria das pessoas com dor aguda sentem-se ansiosas em relação à natureza da sua doença ou lesão, e à possibilidade ou não de controlo da dor e de outros sintomas. Os outros sintomas resultantes da cirurgia ou de um traumatismo, bem como a ameaça à saúde e à vida, criam uma ansiedade que pode tornar a dor ainda mais intensa. Uma preparação pré-operatória adequada, seguida de esclarecimentos e tranquilização desempenham um papel importante. O esclarecimento acerca dos sintomas e da forma de os manejar e a tranquilização acerca do controlo de possíveis sintomas que possam surgir no futuro podem afastar parte da ansiedade e permitem um controlo da dor mais eficaz.

De facto, a partir do momento em que a dor começou a ser conceptualizada como estando associada ou dependente de aspectos psicológicos, a psicologia começou a ser chamada para a intervenção sobre a dor. Ribeiro (1998) afirma que a preparação do doente que vai ser operado pode consistir em adequar as expectativas do doente à dor pós-operatória e/ou ensinar técnicas de relaxamento para minimizar a dor. Apesar de se discutir a percentagem de experiência de dor passível de ser atribuída a factores psicológicos, é indiscutível que estes são fundamentais na experiência de dor.

A analgesia pós-operatória é da responsabilidade da equipa médica e paramédica. Conduché et al. (1995), afirmam que não temos o direito de deixar sofrer um paciente por razões de desorganização da equipa e ausência de consenso em matéria de analgesia. Devemos observar que o não respeito das prescrições e horários desperta a dor: segundo estes autores, a experiência demonstra que na ausência de protocolo antiálgico, os tempos decorridos entre o pedido formulado pelo paciente da dor são de aproximadamente uma hora. É absolutamente necessário adoptar um tratamento sistemático e individualizado tendo em conta factores que influenciam a dor antes de prescrever, tendo em consideração o paciente ansioso. O tratamento inadequado da dor pode causar stress fisiológico e psicológico e pode ter um impacto negativo na recuperação.

Procurar dar aos pacientes uma analgesia pós-operatória de qualidade é um dever de qualquer serviço de cirurgia: os medicamentos antiálgicos, morfínicos e não morfínicos, os co-analgésicos e os anestésicos locais são largamente utilizados. Também Fagnoni et al. (1995), referem que o tratamento antiálgico pós-operatório correcto necessita de ser adaptado a cada doente e administrado de forma sistémica e não ao pedido. As vias de administração são múltiplas devendo se adaptar a cada doente e os efeitos tóxicos devem ser uma preocupação de toda a equipa, não devendo a analgesia não medicamentosa ser negligenciada. Os analgésicos são administrados de forma sistémica no pós-operatório imediato uma vez que a dor é praticamente constante: os autores afirmam que a analgesia autocontrolada é um método que vai certamente desenvolver-se porque é eficaz e é seguro porque evita a sobredosagem.

Analgesia controlada pelos pacientes (ACP) foi descrita pela primeira vez já um quarto de século. Esta técnica permite ao doente controlar o tratamento da sua própria dor, contribuindo assim para um menor stress psicológico. É actualmente amplamente reconhecido como um método eficaz e seguro de administrar opióides no controlo da dor pós-operatória. A experiência de dor dos pacientes é muitas vezes subestimada depois de uma cirurgia cardíaca e relatórios da técnica ACP depois de *bypass* da artéria coronária são escassos (Petterson, Lindskog & Owall, 2000). Num estudo realizado por Petterson, Lindskog e Owall (2000), comparando a ACP com a ACE (analgesia controlada pelos enfermeiros), em sujeitos submetidos a cirurgia

cardíaca por *bypass* coronário, concluíram que o tratamento ACP depois de cirurgia de *bypass* da artéria coronária resultou em melhor controlo da dor e uso de mais opióide, sem que isso implique um aumento dos efeitos colaterais quando comparado com o tradicional tratamento ACE. Ficou demonstrado que se atinge um maior alívio da dor utilizando a técnica ACP depois da transferência para a enfermaria, enquanto que na unidade de cuidados intensivos (UCI) tanto a técnica ACE como a ACP se mostraram igualmente eficazes na UCI.

Os analgésicos mais comuns como a morfina, são administrados por via intravenosa com perfusão contínua, programada de véspera, sendo a anestesia espinal por catéter peridural uma alternativa interessante para os morfínicos e anestésicos locais. Contudo os produtos usados têm um efeito depressor respiratório pelo que segundo Fagnoni et al. (1995), há uma tendência a subdosear para evitar o acidente, sendo a monitorização nas horas pós-operatórias essencial para uma analgesia eficaz.

As cirurgias torácicas e as cirurgias abdominal superior, são das mais severas em termos de requerer analgesia pós-operatória. Sebel e Bouvil (1987), afirmam que a prática comum é os pacientes de cirurgia cardíaca receberem uma grande quantidade de analgésicos opióides no período pós-operatório.

O subtratamento da dor aguda e crónica persiste apesar de décadas de esforço para dar aos clínicos informação sobre analgésicos. Segundo Miaskowski, Nichols, Brody e Synold (1994), uma grande prevalência de dor não aliviada foi documentada em vários contextos clínicos, nomeadamente unidades cirúrgicas. As barreiras para o alívio da dor incluem falhas na formação de médicos e enfermeiros no tratamento da dor.

Esta falha generalizada em reconhecer a presença de dor mesmo em instituições com programas educacionais, sugere que a falha seja na estrutura dos programas de cuidados. Então além dos programas tradicionais de educação a intervenção deve influenciar os comportamentos de rotina de clínicos e pacientes.

Segundo a American Pain Society Quality of Care Committee (1995), a abordagem da melhoria de qualidade (MQ) aplicada ao tratamento da dor é baseada no pressuposto de que embora os clínicos estejam preocupados com o conforto do paciente, hábitos e procedimentos não permitem que atinjam um alívio da dor

efectivo. Reconhecimento da dor deve ser melhorado, devendo os programas reduzir custos ao diminuir o número de dias de internamento e prevenir erros de medicação.

O tratamento da dor evoluiu muito nos últimos dez anos dado ao estudo dos fenómenos dolorosos, da farmacologia, das modalidades de analgesia e modos de administração. Uma abordagem global (multidimensional e pluridisciplinar) evitará o erro que reforça a persistência de dor e a negação de todos os factores psicológicos. O Ministério da Saúde (2001), no Plano Nacional de Luta Contra a Dor ressalta a importância de uma actuação organizada em analgesia pós-operatória, que deve assentar no conceito de planeamento integrado e desenvolver-se de uma forma organizada, nos moldes das unidades funcionais de dor aguda de modelo europeu.

Segundo esta instituição, as vantagens do controlo da dor no período peri-operatório são o conforto do paciente, prevenção de complicações, a precocidade da alta e a humanização dos cuidados, sendo as principais modalidades, a analgesia pelos métodos tradicionais de administração de analgésicos e as técnicas não convencionais como a analgesia espinal com opióides e/ou anestésicos locais, técnicas analgésicas regionais com anestésicos locais e a analgesia controlada pelo doente. No planeamento integrado é abrangida a possibilidade de continuação do controlo da dor no período pós-operatório aos doentes operados, promovendo um adequado alívio da dor.

Para que este controlo seja eficaz torna-se necessário que no nosso país se assimile o conceito de actuação organizada em analgesia pós-operatória, de modo a que os profissionais a quem cabe a responsabilidade daquele controlo se organizem em torno de programas de acção, que possibilitem actuações protocoladas baseadas na eficácia e na segurança, coordenadas pelos anestesistas, onde haja registos de vigilância da dor, garantindo a continuidade, substituição ou alteração dos tratamentos. Qualquer plano de tratamento deverá por rotina requerer uma abordagem e um ajustamento baseados na variabilidade individual das respostas terapêuticas.

Medidas

A avaliação da dor tem sido objecto da atenção de vários modelos e teorias psicológicas, e têm sido propostas inúmeras técnicas visando medir a dor. Segundo Pearce (1986 *cit. by* Ribeiro, 1995), a avaliação da dor persegue dois grandes objectivos: em primeiro lugar para orientar o tratamento e, em segundo lugar, para fornecer um ponto de referência a partir do qual se possa estimar a mudança na dor. Segundo este autor, a grande variedade de métodos para avaliação da dor podem ser agrupados em dois grupos: técnicas de observação e técnicas de auto-registo.

Millard (1995), fala de avaliação da intensidade da dor, avaliação fisiológica, avaliação do comportamento, avaliação afectiva-cognitiva e inventários. O avaliador pode escolher desenvolver um protocolo compreensivo pela combinação de métodos de avaliação de cada dimensão.

Há uma grande necessidade de métodos standardizados. Se nos referirmos à definição da dor, aparece claramente que o fenómeno a medir é não somente fisiológico mas igualmente pluridimensional, fazendo intervir componentes sensoriais, afectivos, cognitivos e comportamentais. Dispor de métodos fiáveis para avaliar e explorar a dor clínica é uma necessidade para a prática médica quotidiana. Isto porque, para o paciente, as tomadas de decisão na escalada dos tratamentos sintomáticos analgésicos possíveis repousam numa grande parte na apreciação satisfatória tanto quantitativa como qualitativa da dor. Neste sentido é fundamental a avaliação da sintomatologia dolorosa descrita para avaliar a eficácia do tratamento.

Um método standard deve responder a certos critérios rigorosos de validade, sensibilidade e fidelidade. Há muitos métodos disponíveis, que em função das suas vantagens e inconvenientes, permitem responder melhor a certas questões.

Alla (1997), relativamente aos instrumentos de medida, refere as Escalas Globais onde se inserem as escalas verbais simples, as escalas numéricas e as escalas analógicas visuais: apreciam globalmente a intensidade da dor sendo unidimensionais, de auto-avaliação. Como vantagem, apresentam a facilidade de administração *score*, permitindo medidas rápidas, repetidas, interessantes para estudar a evolução no tempo de um efeito analgésico. Na escala analógica visual a compreensão é menos imediata e a presença de um investigador é indispensável, especialmente com idosos, porque exige capacidade de abstracção. Apresenta grande

sensibilidade ligada ao grande número de respostas possíveis, no entanto este autor refere ser de 10% o número de pessoas que não respondem. Relativamente à validade, estudos mostram correlações satisfatórias entre as escalas globais.

Para avaliar selectivamente as diversas componentes da dor, Alla (1997), propõe várias escalas simétricas para avaliar a qualidade dos cuidados, o estado de humor e o carácter tolerável da dor por meio de questionários qualificativos onde muitos tipos de informações podem ser obtidas pela descrição espontânea dos pacientes e onde o tipo de vocabulário utilizado implica igualmente um certo nível de intensidade da dor. A descrição não se limita só aos aspectos sensoriais, assim como à repercussão afectiva: nesta categoria, temos por exemplo o MPQ (*McGill Pain Questionnaire*) e QDSA (*Questionnaire Dolour Saint-Antoine*), que são mais complexos que as escalas globais e têm a vantagem de oferecer a possibilidade de uma avaliação quantitativa e qualitativa em particular da componente sensorial e afectiva da dor. São úteis para explorar os efeitos de certos tratamentos que visam aumentar a tolerância à dor e para serem passados longitudinalmente para a dor crónica.

Este autor refere, ainda as escalas comportamentais para medir as repercussões da dor sobre o comportamento ou de um modo geral sobre a qualidade de vida como índices suplementares para avaliar a severidade da dor. Na dor aguda a apreciação do comportamento pode ser útil no período pós-anestesia, uma vez que os dados verbais são difíceis. As queixas verbais, a redução das actividades espontâneas, o pedido de analgésicos são índices indirectos da importância da dor e expressam um comportamento influenciado pela eficácia do tratamento antiálgico, pelo ritmo de administração, personalidade do doente e pela atitude dos cuidadores.

Há falta de métodos de avaliação nos serviços de cirurgia, que para ser eficaz deveria ser qualitativa e quantitativa. Conduché et al. (1995), referem não ter conhecimento da aplicação de escalas comportamentais nestes serviços. A ficha de avaliação da dor pós-operatória fornece elementos objectivos para reclamar antiálgicos ou mostrar simplesmente que o doente sofre (é difícil os prescritores reconhecerem a falha da sua terapêutica). Esta avaliação será seguida após a alta em que após a paragem de injectáveis é necessário medicamentos orais para assegurar a continuidade do tratamento e prevenir o reaparecimento da dor.

Há pouca investigação em dor cardíaca, contudo a tolerância à dor e a sua percepção mostraram ser importante durante a recuperação. Medi-la durante a recuperação permite saber se o paciente está a aderir ao tratamento.

Dor e Satisfação

Alla (1997), afirma que a satisfação do doente é um critério essencial no tratamento da dor. Por outro lado, sabe-se que os cuidadores geralmente subestimam a dor dos doentes, o que resulta numa insuficiência de meios terapêuticos, em particular da prescrição de analgésicos. De facto, a experiência mostra que a atenção dada à dor contribui no geral para a melhoria dos doentes. Segundo o mesmo autor, em todos os casos a avaliação de uma dor aguda deve ter em conta o nível de ansiedade e a qualidade dos cuidados.

Com a eficácia do tratamento médico a crescer de acordo com critérios económicos e clínicos, a inclusão das opiniões dos doentes na avaliação dos serviços ganhou relevo nos últimos 25 anos. O interesse nas opiniões dos pacientes desenvolveu-se a par do interesse sociológico em relações interpessoais dando origem a estudos acerca das relações doente-clínico que demonstraram a importância de perceber o ponto de vista do doente. O reconhecimento dos clínicos da necessidade de examinar os serviços do ponto de vista dos pacientes tornou-se mais aparente.

A falta de atenção dada ao construto de satisfação do paciente, tem sido vista nas falhas das investigações. Ware, Snyder, Wright e Davies (1983), fizeram a distinção entre satisfação objectiva (tempos de espera) e o rácio de satisfação. Este último reflecte três variáveis: preferências pessoais do paciente, as expectativas do paciente e a realidade do cuidado recebido. Desta forma o rácio de satisfação é ao mesmo tempo uma medida dos cuidados e uma reflexão de quem responde.

Definir satisfação do doente e identificar factores associados no envolvimento hospitalar são os passos iniciais para medir e determinar as causas da satisfação.

Pascoe (1983), descreve a satisfação do doente como "*reações do doente a aspectos salientes do contexto, processo e resultados da sua experiência*".

Determinantes da Satisfação

As expectativas emergiram repetidamente como tendo um papel fundamental nas expressões da satisfação. Stimson e Webb (1975 *cit. by* Stizia e Wood, 1997), estão entre os primeiros que sugerem que a satisfação está relacionada com a percepção dos benefícios dos cuidados e a medida em que os cuidados vão ao encontro das expectativas dos pacientes. Linder-Pelz (1982), propôs que a satisfação pode ser matematicamente calculada usando medidas de: crenças dos pacientes de que os cuidados possuem determinados atributos e a avaliação pelos pacientes desses atributos. No essencial, é associada satisfação com o preenchimento de expectativas positivas. Mas se os modelos que associam satisfação com o preenchimento de expectativas positivas é válido, então os altos níveis de satisfação que são constantemente relatados na saúde sugerem que a grande maioria dos pacientes ou são muito felizes com quase tudo, ou as expectativas dos pacientes são na sua generalidade baixas. Os resultados de alguns estudos que exploraram as expectativas dos pacientes e satisfação geral sugerem que pacientes com baixas expectativas tendem a estar mais satisfeitos, enquanto aquelas com expectativas irrealistas estão menos satisfeitos (Swan, 1985). Williams (1994), afirma que a insatisfação só é expressa quando um acontecimento muito negativo ocorre. Desta forma uma resposta positiva numa investigação para a satisfação não deve ser interpretada como indicando que o cuidado foi bom, mas simplesmente que nada de extremamente mau ocorre.

É comum crer-se que a satisfação em contextos de saúde é dependente de variáveis como classe social, sexo e particularmente idade. Contudo alguns investigadores que não encontraram esta associação. Possivelmente a característica mais consistente é a idade.. De facto, Hall e Dornan (1990), numa meta-análise de 221 estudos encontraram que altos níveis de satisfação estão associados ao facto de ser idoso, ter menos educação, ter estatuto social mais elevado e estar casado.

Clearly, Keroy, Karpanos e McMullen (1983), descobriram que a saúde percebida é tão forte preditor da satisfação geral como algumas das outras escalas de satisfação. Carmel (1985), descobriu que as melhorias percebidas na saúde são um preditor de satisfação do paciente, mas que ainda não foi devidamente estudado.

A nível psicossocial, o *Social Desirability response bias* argumenta que os pacientes podem sinalizar maior satisfação do que a que têm realmente porque acreditam que os comentários positivos são mais aceitáveis para os investigadores. De modo similar *Ingratiating response bias* ocorre quando utilizam as investigações da satisfação para granjear a simpatia dos profissionais de saúde, especialmente se têm dúvidas quanto ao anonimato (Stizia & Wood, 1997).

Componentes da Satisfação

Além de definir e medir a satisfação é também importante identificar os aspectos dos cuidados que contribuem para a satisfação do doente com o serviço que recebe. Um numero de medidas de satisfação foram desenvolvidas para sondar as reacções relativas à estadia no hospital. Geralmente envolvem áreas como percepções do pessoal médico, de enfermagem e outros profissionais hospitalares, acomodações, comunicação relativa à quantidade e qualidade da informação dada e participação nas decisões, procedimentos de admissão e alta. Rubin (1990), inclui bem-estar psicológico como um componente importante da satisfação.

Um factor comum dos estudos da satisfação do paciente é que poucos pacientes expressam insatisfação ou são críticos com os cuidados. Tem vindo a ser aceite que existe insatisfação com componentes específicos dos cuidados, como tempos de espera e comunicação nos cuidados primários, rigidez das rotinas hospitalares, restauração, privacidade nas enfermarias e informação do paciente nos cuidados de saúde secundários.

Várias classificações de componentes têm vindo a ser propostas. Numa revisão de estudos sobre satisfação em pacientes internados em unidades hospitalares, Rubin (1990), listou componentes importantes: cuidados de enfermagem, cuidados médicos, comunicação, rotinas das enfermarias, ambiente nas

enfermarias e procedimentos para a alta. Num outro estudo com pacientes de um hospital urbano nos Estados Unidos, Pascoe e Attkisson (1983), identificaram como o mais importante componente como sendo o comportamento dos médicos e enfermeiros, seguidos de: resultados clínicos, a extensão em que o que era oferecido correspondia às necessidades percebidas, atitudes do pessoal auxiliar, acessibilidade e tempos de espera.

Apesar destas classificações os modelos são envezados, porque vão de encontro aos interesses dos profissionais da saúde, em vez de irem ao encontro dos utilizadores. De facto, há evidência de que enquanto os enfermeiros percebem a competência técnica como o expoente máximo da qualidade, os doentes na verdade são influenciados por aspectos interpessoais dos enfermeiros. Tishelman (1994), encontrou que para a maioria dos encontros referidos pelos pacientes como excepcionalmente bons, focavam em aspectos como ternura, amizade e suporte emocional e não nos cuidados de natureza técnica.

Muitos pacientes têm mais facilidade em comentar as qualidades pessoais dos médicos e enfermeiros do que expressar insatisfação com as qualidades técnicas. A principal razão é que os pacientes assumem um nível básico de competência nos procedimentos médicos que recebem. Daí que considerações com o atendimento ou as acomodações assumam uma importância dominante. De facto, Press, Ganey e Malone (1990), referem que factores não médicos como atitudes para com os pacientes, aspectos interpessoais dos cuidados, comunicação médico-paciente podem causar redução do uso de medicação para as dores, diminuir a estadia e promover a colaboração do doente. A Satisfação dos pacientes com os médicos e enfermeiros, é na maioria dos estudos o factor mais determinante de satisfação geral (Clearly et al., 1983).

A educação do paciente foi relacionada com resultados clínicos positivos como aumento da adesão a regimes terapêuticos, diminuição da ansiedade, aumento da habilidade para lidar com os sintomas, aumento da recuperação após a cirurgia e aumento da recuperação após procedimentos em ambulatório (Stizia & Wood, 1997). Wall e Lisheron (1977 *cit. by* Hardy et al., 1996), afirma que a informação partilhada pela equipa com o paciente prediz positivamente a satisfação.

Especificamente a nível hospitalar, o estudo de Santos (1993), afirma sobre o nível de satisfação dos pacientes que possibilita: conhecer a qualidade da relação terapêutica, corrigir disfunções que se conhecem pelas questões dos utentes e estar atento às alterações de valores e expectativas dos indivíduos, face ao processo de prestação, de forma a redefinir critérios e padrões de actuação.

Os futuros estudos sobre satisfação do paciente devem ter mais informação como variável dependente e independente. Como variável dependente, necessita de *designs* de investigação que permita especificar os antecedentes e variáveis que moderam esta relação. Como variável independente, precisamos de estudos que investiguem como as atitudes de satisfação do paciente se relacionam com resultados clínicos, atitudes dos profissionais e formação de atitudes sobre satisfação (Aharony & Strasser, 1993).

CIRURGIA CARDÍACA

Embora se saiba que fisiologicamente o comando da vida física e a modulação do comportamento humano estejam centralizados no cérebro, é o coração que simboliza o sentimento humano. Amor e ódio, alegria, tristeza, coragem e medo são sentimentos que se associam ao coração. Assim não é surpreendente que afecções cardíacas exerçam forte impacto sobre sentimentos e comportamentos humanos. De facto e segundo Oliveira e Luz (1992), as alterações emocionais foram descritas em associação com doença arterial coronária como precipitantes de infarto do miocárdio, crises de angina e morte súbita e como precipitantes ou agravantes de hipertensão arterial.

Friedman e Rosenman (1959 *cit. by* Oliveira e Luz, 1992), observaram que há uma predisposição maior da doença coronária nos pacientes de características dominantes competitividade exagerada, necessidade constante de realizar coisas sempre no menor prazo de tempo possível e temperamento explosivo com tendência à agressividade. São geralmente perfeccionistas e de conduta obsessiva, admitindo-se que essas características de personalidade gerem suficiente stress emocional a ponto de contribuir para o surgimento da doença coronária.

Oliveira e Luz (1992), em pacientes que se submeteram a cirurgia cardíaca observaram que a maioria apresenta alto nível de ansiedade e expectativa em relação à cirurgia, dando origem a fantasias e medos ligados à morte, violação interior, superstições e inseguranças que são elementos geradores de alterações emocionais. Às vezes não levar em conta esses factores pode prejudicar ou mesmo comprometer a evolução pós-operatória. Barroso (1992), refere que nos primeiros diálogos é importante que o cirurgião fique atento ao significado da doença e do tratamento para o seu cliente e pessoas que o cercam. A existência e o grau de ansiedade e insegurança causadas pela expectativa de sofrimento, morte, mutilação e castração devem ser observadas. Ainda segundo este autor, deve ser prestada informação sobre a sequência de eventos que vão decorrer no pré e pós-operatório conforme o caso e a pessoa. Muitas das reacções indesejáveis do pós-operatório são evitadas pelas

informações e esclarecimentos prévios. Nestas deve ser dada especial atenção às expectativas do tratamento e da operação a médio e longo prazos.

Doença Coronária

O termo geral *doença das coronárias* descreve uma variedade de distúrbios diferentes do músculo cardíaco, que são causados pela restrição ou bloqueio do fornecimento de sangue. Grande parte das doenças das coronárias é o resultado do estreitamento das artérias coronárias devido a arteriosclerose (Sullivan & Schmitz, 1993).

A arteriosclerose é uma doença multifactorial resultante da acumulação de lípidos, células e tecido conectivo nas paredes dos vasos, dando origem à formação de lesões obstrutivas na aorta, nos vasos periféricos e principalmente nas artérias coronárias (Selwyn & Braunwald, 1994).

A disfunção do endotélio vascular e a interacção anormal dos monócitos e plaquetas originam a formação de placas de ateroma, que surgem de forma irregular em diferentes segmentos da árvore coronária, podendo originar hemorragia e trombose, levando à redução segmentar de determinada área (Selwyn & Braunwald, 1994).

A lesão básica é constituída por uma placa segmentar, que se localiza na maior parte das vezes nos primeiros 5 cm da origem da artéria coronária, na aorta. Esta localização segmentar torna o *bypass* coronário possível (Galloway, Anderson, Grossi, Spencer & Colvin, 1994).

Entre as três artérias coronárias principais, o ramo anterior descendente, a coronária direita e a circunflexa estão frequentemente ocluídas. Assim, é utilizada a terminologia de um, dois ou três vasos, referindo o número de artérias coronárias envolvidas. Em 50% dos doentes existe a doença dos três vasos (Galloway et al., 1994). Nas cirurgias cardíacas, anastemoses ponta-a-ponta ou ponta-lateral são usadas para restabelecer o fluxo sanguíneo entre a aorta e a artéria coronária abaixo da oclusão. Não há limite para os enxertos feitos. Geralmente são feitos de um a

quatro, mas até seis já foram feitos (Regan, Kleinfeld & Erick, 1994). Segundo Blessey (1994), o prognóstico de um paciente com doença coronária depende principalmente do número de vasos afectados e do grau de disfunção ventricular esquerda resultante do enfarte ou isquémia.

A angina é a principal manifestação desta doença. Quando instável pode levar ao enfarto do miocárdio e à morte (Galloway et al., 1994).

Os principais factores de risco considerados importantes para o aparecimento desta doença são os hábitos tabágicos, a obesidade, a hipertensão, a diabetes melítus, a hipercolesterolemia, a vida sedentária e o stress (Clayman, 1992). Existe evidência angiográfica demonstrando que a redução dos factores de risco, incluindo a melhoria dos níveis lipídicos e o exercício aeróbico regular, realmente altera a progressão da arteriosclerose coronária e em alguns casos, leva à regressão do processo patológico (Irwin, 1994).

É uma doença comum nos caucasianos, sendo a sua incidência quatro vezes superior no homem. Na mulher é menos comum antes da menopausa (Galloway et al., 1994). Estudos pós-mortem mostram que a arteriosclerose coronária começa a desenvolver-se aos 20 anos de idade, mantendo-se muitas vezes assintomática durante a vida (Selwyn & Baunwald, 1994).

Bypass Coronário

O objectivo primário desta cirurgia é o alívio da isquémia. Qualquer doente pode ser indicado para cirurgia desde que tenha a anatomia apropriada para *bypass*, e em que a sua condição possa levar a enfarte do miocárdio (Regan, Kleinfeld & Erick, 1994).

Em 1930, diferentes investigadores tentaram aumentar a irrigação do coração isquémico desenvolvendo uma circulação colateral. Após várias experiências ao longo de décadas, o grande desenvolvimento da cirurgia de *bypass* coronário deu-se em 1967 e 1968. Pela primeira vez foi possível aumentar de imediato o fluxo sanguíneo no miocárdio, inicialmente na artéria coronária direita e depois na artéria coronária esquerda (Galloway et al., 1994).

A partir de 1980, a artéria mamária interna a par da veia safena foi adoptada e ainda agora é utilizada na maioria das cirurgias de *bypass* (Galloway et al., 1994). A artéria radial é também utilizada com excelentes resultados (Acar, Jebara, Portoghese, Beyssen, Pagny, Grare et al., 1992).

A incisão mais comum usada é a esternotomia mediana. A incisão estende-se da cisura esternoclavicular ao apêndice xifoideu. O esterno é então separado e retraído para exposição da cavidade torácica. É muito provável que os nervos intercostais esquerdos sejam lesados durante a cirurgia, e mais especificamente durante o processo de colheita da AMI esquerda. Este mecanismo de lesão foi sugerido por Mailis, Umana e Feindel (2000).

Num estudo realizado por Melo, Antunes e Ferreira (2000), 94% dos doentes submetidos a cirurgia coronária eram do sexo masculino.

Complicações Pós-Cirúrgicas

O pulmão é, depois do coração, o órgão mais afectado pela cirurgia de *bypass* coronário. As complicações operatórias são influenciadas por vários factores pré e peri-operatórios (Galloway et al., 1994). Warner, Offord, Lennon, Conover & Jansson-Schumacher, (1989), referem como complicações pós-operatórias a mortalidade, a infecção da incisão profunda superficial e da veia safena, o acidente vascular cerebral, a falência renal, a ventilação mecânica prolongada, a insuficiência respiratória, a pneumonia, a sepsis, a embolia pulmonar e a arritmia ventricular.

A dor não aliviada da cirurgia pode precipitar respostas adversas incluindo disfunção pulmonar e cardiovascular (O’Gara, 1988) e pode predispor a dor de longo-termo (Katz et al., 1996 *cit. by* Watt-Watson, Garfinkel, Gallop, Steven & Strinner, 2000). Recentemente Mailis, Umana e Feindel, (2000), encontraram evidências de lesão definitiva do nervo intercostal em 73% dos indivíduos 5-28 meses depois da cirurgia por *bypass* coronário. A Síndrome de dor pós *bypass* coronário é uma das complicações mais comuns a longo prazo, senão a mais comum, resultantes da cirurgia BACT, merecendo por isso mais atenção).

A incidência de Pneumonia em pacientes cirúrgicos torácicos foi reportada como sendo de 40% (Garibaldi, Britt, Coleman, Reading & Pace, 1981). Hasenbos, Van Egmond, Grielen e Crul (1985a; 1985b), encontrou uma elevada incidência de atelectasia em pacientes cirúrgicos torácicos cuja dor foi difícil de aliviar. Estes dados indicam que o tratamento inadequado da dor pós-operatória pode desencadear respostas respiratórias adversas (O’Gara, 1988) e complicações no tratamento, podendo estas levar à morte.

Puntillo e Weiss (1994), num estudo feito com doentes cirúrgicos cardíacos e abdominais para determinar a influência da administração de analgésicos na magnitude da dor, refere que pacientes com muita dor após a cirurgia tiveram uma maior incidência de atelectasia na ordem dos 67%. Esta evidência tem grandes implicações na prevenção de complicações pós-operatórias, reforçando a ideia do efeito inibitório da dor a nível pulmonar.

Se por um lado, os pacientes sujeitos a cirurgia cardíaca registam dor não aliviada considerável, por outro e segundo Yeager, Glass, Neff e Brinck-Johnsen (1987), as práticas analgésicas influenciam os resultados pulmonares e cardíacos nos doentes críticos, o tempo de estadia no unidade de cuidados intensivos e até os custos hospitalares. O alívio da dor é então de primordial importância se atendermos ao facto de que a cirurgia cárdio-torácica é a cirurgia com maior risco de complicações respiratórias pós-operatórias, sendo estas complicações a maior causa de mortalidade pós-operatória.

Aspectos Psicológicos

Ramalho (1996), afirma que a hospitalização priva drasticamente o sujeito do seu estilo de vida e envolve muitos acontecimentos que podem ser geradores de grande stress, tanto para o sujeito como para a sua família: ausência de privacidade e extrema dependência face aos técnicos de saúde, tratamentos dolorosos, invasivos e sintomatologia, confusão e frequente sentimento de perda de controlo.

No entanto se o internamento hospitalar, implica sempre uma ruptura nas vivências quotidianas, e desencadeia incertezas quanto ao futuro, é face à intervenção cirúrgica que o indivíduo se confronta com uma ameaça objectiva à sua integridade corporal. Nesta situação, às reacções emocionais consequentes da hospitalização, somam-se factores de stress específicos da operação, e que no essencial comportam o medo da dor e o receio das complicações pós-operatórias.

A cirurgia é vivida a maior parte das vezes como um acontecimento desencadeador de stress. Ramalho (1996), afirma que existem ameaças potenciais para o paciente cirúrgico tais como a dor, a restrição física, os procedimentos ameaçadores, a doença que motiva a intervenção, a falta de informação e os técnicos.

Para Pitts e Keiths (1998), não é claro o que é que na cirurgia a torna particularmente stressante: o primeiro é a anestesia, o medo de não acordar ou estar impossibilitado de comunicar; o segundo é o grau de dor antecipado no pós-operatório, uma vez que é irrealista imaginar qualquer cirurgia isenta de dor; o terceiro elemento é a natureza da cirurgia, a incisão, a abertura da pele. Cada um

destes elementos é stressante, mas a sua combinação torna a cirurgia algo difícil de superar.

Tem havido vários estimadores do grau de depressão entre doentes hospitalares internados em enfermarias gerais. Mofficc e Paykel (1975 *cit. by* Pitts e Keiths, 1998), encontraram uma prevalência de 24% medida pelo *Beck Depression inventory (BDI)*. Também Mechas (1997), afirma que a ansiedade e a depressão ansiosa foram as reacções vivenciais mais encontradas após a intervenção cirúrgica. Estas respostas à preparação para a cirurgia dependem das características da personalidade: estudos recentes revelam que sujeitos com locus de controlo externo mostram-se mais crédulos e cooperantes perante os técnicos, beneficiando de informações concisas e simples. Sujeitos com crenças de controlo interno, mostram-se menos confiantes face à equipa médica, reagindo bem ao facto de terem autorização para descreverem, aspectos do seu tratamento (informação detalhada).

Recuperação

A prática correcta da medicina exige a utilização de técnicas modernas capazes de minimizar os sofrimentos que acompanham o despertar da anestesia, o aguardar a cicatrização de feridas, bem como superar as complicações. A busca do conforto do paciente no pós-operatório imediato não deve ser encarada apenas como um exercício de relações humanas, mas também, senão sobretudo, de técnica. O paciente com a ansiedade e dor sob controle apresenta evidências claras de melhor desempenho cardiovascular e respiratório, com todas as suas demais implicações. A prática de esperar pela dor para tratá-la é descabida em situações em que ela está sabiamente presente e os inconvenientes da analgesia são pequenos. Barroso (1992), afirma que a subvalorização da ansiedade e a utilização insuficiente de analgésicos são erros comuns nestas circunstâncias. Sem isso, fica prejudicada a cooperação do paciente na tosse voluntária, nos exercícios respiratórios, na redução da deglutição de ar, no restabelecimento da micção espontânea e demais cuidados necessários à sua recuperação.

Diante de situações em que equipes multidisciplinares estão a actuar, é muito difícil para o paciente entender a organização das múltiplas equipes, suas atribuições e responsabilidades. Sempre que possível, este deve ser apresentado às novas pessoas e explicadas as novas manipulações e invasões a que vai ser submetido. Essa preocupação estimula a preservação da auto-estima e da auto-determinação sempre muito agredidas nestas circunstâncias. De facto, Ramalho (1996), refere como objectivos do pré-operatório, a preparação para a cirurgia e a diminuição do impacto do internamento com fornecimento de informação sobre a cirurgia e a dor de forma a aumentar a percepção de controlo e desdramatizar a situação cirúrgica.

A recuperação após a cirurgia tem sido medida tendo em conta a duração da hospitalização, o stress emocional, a dor, a medicação e as complicações pós-operatórias. No entanto segundo Johnston (1988 *cit. by* Ramalho, 1996), parece mais útil utilizar uma classificação só com dois índices de recuperação pós-cirúrgica: recuperação emocional e recuperação física (que inclui dor percebida e uso de medicação).

Concretamente na relação ansiedade e recuperação física, sabemos que o estado emocional pré-cirúrgico, e concretamente a ansiedade, incide de forma directa e linear na recuperação física pós-cirúrgica. Johnson, Leventhal e Dabbs (1971, *cit. by* Ramalho, 1996), sugerem que os pacientes com níveis mais altos de ansiedade pré-cirúrgica, são os que apresentam níveis mais altos de depressão, medo, dor, uso de analgésicos e maior duração da estadia hospitalar pós-cirúrgica. Outro factor que parece incidir na recuperação pós-cirúrgica é a satisfação que o sujeito sente em relação à quantidade de informação recebida sobre a intervenção (Moix, 1994).

Após cirurgia cardíaca, em algumas instituições, os indivíduos são inseridos num programa de Reabilitação Cardíaca, com o objectivo de melhorar o prognóstico do doente, como limitante do risco de progressão da arteriosclerose, permitindo uma melhoria significativa na qualidade de vida do doente. Segundo Kottke e Lehmann (1994), um programa de reabilitação cardíaca é realizado em três fases: fase hospitalar, fase ambulatorial e fase ambulatorial para manutenção. Actualmente em Portugal, a fase hospitalar realiza-se em todas as instituições públicas e privadas com cirurgia cardíaca e centraliza-se na evicção dos efeitos prejudiciais do repouso no leito. As outras duas fases centram-se em educação básica relativa ao processo

arteriosclerótico no sentido do seu controlo estando limitadas a um número limitado de indivíduos que frequentam instituições privadas.

Com, Linden, Thompson e Ignaszewski (1999), num estudo a indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca por *bypass* coronário encontrou que as variáveis psicossociais estão significativamente associadas com a dor e recuperação funcional, mas de maneira diferente em homens e mulheres: nas mulheres predizem a dor e nos homens a diminuição da função. Daqui se retira que homens e mulheres têm necessidades de recuperação diferentes, que devem ser tomadas em conta num programa de reabilitação ideal.

Um passo importante na recuperação envolve a avaliação do nível de dor e de funcionalidade e os programas de reabilitação cardíaca ajudam a atingir um nível óptimo médico, fisiológico, psicológico, social e vocacional.

OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo tem como objectivo identificar factores que influenciam a dor pós-operatória em indivíduos submetidos a cirurgia por *bypass* coronário. Desta forma surgem as seguintes questões de investigação:

As características sócio-demográficas relacionam-se com a dor pós-operatória?

A existência de patologia depressiva relaciona-se com a dor pós-operatória?

O risco cirúrgico relaciona-se com a dor pós-operatória?

A informação recebida relaciona-se com a dor pós-operatória?

A percepção da saúde relaciona-se com a dor pós-operatória?

A saúde mental relaciona-se com a dor pós-operatória?

As expectativas de dor relacionam-se com a dor pós-operatória?

A satisfação relaciona-se com a dor pós-operatória?

MÉTODO

Participantes

O participantes do estudo são 93 indivíduos sujeitos a cirurgia cardíaca por *bypass* coronário no Hospital de Santa Marta em Lisboa, constituindo uma amostra sequencial. Os pacientes de cirurgia cardiovascular foram escolhidos devido à grande incidência de cirurgia por *bypass* coronário e a assunção expressa pelos clínicos que estes doentes têm a sua dor bem tratada.

Como critérios de inclusão o ter sido sujeito a cirurgia cardíaca por *bypass* coronário por incisão mediana do tórax, e encontrar-se extubado às 24 horas do pós-operatório.

Como critérios de exclusão a demência, ter doença cancerígena, ter sido sujeito a outros procedimentos cirúrgicos por incisão lateral do tórax e a não compreensão e/ou expressão da língua portuguesa.

Caracterização da Amostra

A amostra é caracterizada por 93 elementos, com idades compreendidas entre os 39 e os 84 anos, com uma média de 63,86 anos e um desvio-padrão de 9,64 (QUADRO 1). A maioria da amostra é do sexo masculino, mais precisamente existem 73 elementos do sexo masculino e 20 do sexo feminino (QUADRO 2).

QUADRO 1 – Análise descritiva relativamente à variável ‘idade’

	<u>N</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
idade	93	39,00	84,00	63,86	9,64

QUADRO 2 – Análise de frequências da variável ‘sexo’

sexo	Frequência	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Masculino	73	78,5	78,5
Feminino	20	21,5	100,0
Total	93	100,0	

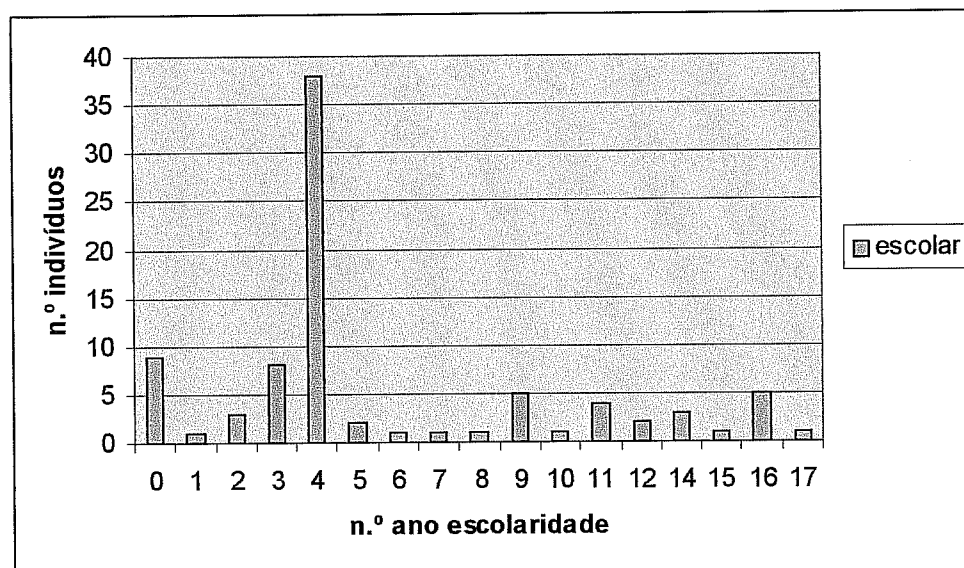
Quanto à escolaridade, em 86 indivíduos, verifica-se que se situa entre a ausência de escolaridade e os 17 anos, com uma média de 5,71 anos e um desvio-padrão de 4,53 (QUADRO 3).

QUADRO 3 – Análise descritiva da variável ‘escolar’

	<u>N</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
escolar	86	0,00	17,00	5,71	4,53

Na FIGURA 1 pode-se observar a distribuição de frequências da variável ‘escolar’, onde se pode ver claramente que a mediana se situa nos 4 anos de escolaridade.

FIGURA 1 – Distribuição de frequências da variável ‘escolar’



Os elementos da amostra foram submetidos 1 a 4 *bypass*, com uma média de 2,52 e um desvio-padrão de 0,72 (QUADRO 4).

QUADRO 4 – Análise descritiva da variável ‘*bypass*’

	<u>N</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
<i>bypass</i>	93	1,00	4,00	2,52	0,72

Relativamente a patologias associadas, 25 indivíduos apresentavam um diagnóstico de diabetes e 3 de depressão (QUADRO 5).

QUADRO 5 – Análise de frequências da variável ‘patologia’

patologia	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Diabetes	25	26,9	26,9
Depressão	3	3,2	30,1
Outras	65	69,9	100,0
Total	93	100,0	

Quanto ao euroscore, dos 38 indivíduos avaliados, a grande maioria dos indivíduos apresentavam um risco médio a baixo de mortalidade, uma vez que apresentaram uma classificação para a variável em questão entre 0 e 5 (QUADRO 6).

QUADRO 6 – Distribuição de frequências da variável ‘euroscore’

euroscore	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0 a 2 (risco baixo)	11	28,9	28,9
3 a 5 (risco médio)	21	55,3	84,2
Maior ou igual 6 (risco alto)	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	

Material

Instrumento e Propriedades Psicométricas

O instrumento proposto foi derivado de um estudo realizado no Hospital Geral de Santo António por Ribeiro, et al. (n.d.) que incidiu na dor pós-operatória em cirurgia geral, apresentando nesta investigação algumas alterações no sentido de adaptá-lo à cirurgia cardíaca.

Consta de um questionário inspirado nas recomendações da *American Pain Society Quality of Care Committee* (Anexo E). Este comité foi constituído em 1988 para desenvolver normas de tratamento, educação e investigação da dor.

O questionário abrangeu as seguintes dimensões:

A caracterização demográfica da amostra quanto ao sexo, idade e escolaridade em semelhança com o estudo de Ribeiro, et al. (n.d.).

As características da cirurgia com o número de *bypass*, as patologias associadas e o EuroSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) que prevê o risco de mortalidade em alternativa à classificação ASA (American Society of Anesthesiology) utilizada no estudo de Ribeiro, et al. (n.d.). Em reunião com a Dr^a. Isabel Fragata e o Dr. Nuno Odin do Serviço de Anestesiologia do Hospital de Santa Marta, optou-se por investigar questões referentes à utilidade da informação recebida preparatória da cirurgia “recebeu a visita do anestesista” “considera que a visita foi útil”, o estado emocional à entrada do bloco operatório “como é que se sentiu na altura de entrar para o bloco”, “como é que classificaria a sua passagem pelo bloco operatório” e as queixas no pós-operatório imediato “como classificaria o acordar”, “qual a sensação se estar ligado ao ventilador”, “teve queixas de tosse, rouquidão, dor de garganta, dificuldade de respirar, outras queixas”, “como classificaria a sua relação com a anestesia”.

A dor foi avaliada na sua intensidade em três momentos, com recurso a uma Escala Análoga Visual (EAV) e de acordo com sugestões da *American Pain Society Quality of Care Committee* (1995), segundo o qual o paciente deve ser questionado se teve dor nas últimas 24 horas e se teve, deve ser questionado pela sua dor actual e dor mais severa que teve nesse período.

A EAV consiste numa linha horizontal de 10 cm em que na extremidade esquerda se inscreve a ausência de dor e na extremidade direita a pior dor imaginada. Alla (1997), chama a atenção para necessidade de supervisão no preenchimento desta escala que necessita de uma capacidade de abstracção que nem todos os sujeitos possuem, em particular os idosos. Conduché et al. (1995), referem a sua aplicação no período pós-operatório por ser simples e rápida para o paciente e para o cuidador.

Foi utilizado uma EAV num primeiro momento às 24 horas do pós-operatório em que o doente apontava quanta dor sentia no momento. Num segundo momento às 48 horas em que o doente novamente aponta quanta dor sente no momento. Num terceiro momento às 96 horas (pré-alta) o doente responde a três percepções de dor: a) a dor que sentiam no momento; b) a dor mais forte que sentiram nas últimas 24 horas; e c) a dor média que sentiram nas últimas 24 horas, diferindo desta forma do original que utilizou uma escala numérica, nesta última.

As três dores pré-alta serão utilizadas cada uma por si, e agrupadas numa escala com um único *score* que exprime a experiência de dor neste período. No estudo do Hospital Geral de Santo António o valor do Alfa de Cronbach é de 0,79, exprimindo uma consistência interna elevada desta associação.

Para a avaliação das dimensões mais subjectivas utilizou-se um item de avaliação da saúde em geral. Este item é utilizado no questionário de avaliação da saúde da escala SF-36 Health Survey (McHorney, Ware, Rachel Lu, & Sherbourne, 1994). Utilizou-se um item que avalia a transição da saúde em que a saúde actual é comparada com a saúde de há um ano atrás. Este item pertence, também, ao SF-36 Health Survey. Utilizou-se a escala de avaliação da saúde geral da SF-36, que inclui quatro itens retirados do Health Perception Questionnaire (HPQ), que pretende medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável.

O SF-36 resulta de um projecto para o estudo de resultados médicos (MOS – Medical Outcomes Study), executado por John Ware e a sua equipa há cerca de 15 anos nas cidades de Boston, Chicago e Los Angeles. Ribeiro (1998), refere que é um instrumento de avaliação da saúde, suficientemente pequeno para ser utilizável em contextos médicos, medindo dimensões de saúde distintas, passíveis de serem valorizadas diferencialmente pelos doentes.

Este instrumento pode ser auto-administrado, administrado por um investigador pessoalmente ou por telefone (Ware & Shelbourne, 1992). Os resultados obtidos sugerem que o SF-36 é apropriado a vários grupos de pacientes permitindo avaliar entre outros os resultados dos tratamentos médicos (McHorney et al., 1994).

Foi feita uma adaptação cultural e linguística para português por Ferreira, no âmbito do projecto Biomed-1/HSR. Esta projecto foi integrado nos trabalhos do projecto *International Quality of Life Assessment*.

Foi analisada a consistência interna com valores de correlação para além de 0,40, sendo para a escala de saúde geral entre os 0,51 e os 0,62. Foi também analisada a taxa geral de êxito para a escala sendo de 100% para a escala de saúde geral. Para avaliar a fiabilidade foi utilizado o procedimento do teste-reteste, a correlação da divisão em metade e o coeficiente alfa de Cronbach. Os resultados foram relativamente ao coeficiente alfa de 0,8745 para a escala de saúde geral (0,78 na versão original); quanto ao teste-reteste foi de 0,781 para a escala de saúde geral; quanto à divisão em metade os resultados foram de 0,4501 para a escala de saúde geral, excedendo os estimadores, os padrões aceitáveis usados. Quanto a testes de sensibilidade a validade de construção é testada através dos testes da validade convergente e da validade discriminante e pela validade de critério. Entre o segundo e o último trimestre de gravidez encontrou-se uma diferença significativa entre as médias dos vários valores para a escala de saúde geral (Ferreira, 1998).

A cotação da escala de saúde geral obtém-se com transformações de dois tipos: inversão de valores e recalibração dos itens (Ferreira, 1998). Calculamos a pontuação para a escala, através da soma das respostas aos itens que a compõem. Valores mais elevados indica que a pessoa considera a sua saúde óptima. Um resultado baixo sugere que a pessoa considera a sua saúde precária e que está convencida que vai piorar.

A saúde mental foi avaliada com a escala de saúde mental de cinco itens, conhecida pela sigla MHI-5. O Mental Health Inventory (MHI), começou a ser desenvolvido em 1975 como uma medida destinada a avaliar o distress psicológico e o bem-estar na população em geral e não só na população com doença mental.

Foi um dos instrumentos desenvolvidos pelo Rand Health Insurance Experiment, um trabalho de campo desenhado para avaliar a saúde da população em geral. Ostroff, Woolverton, Berry e Lesko (1996 *cit. by* Ribeiro, 2000), num estudo comunitário com adolescentes ($N = 953$), confirmaram a validade e fidelidade do MHI, recomendando que este questionário seja utilizado em estudos de comparação da saúde mental em população não psiquiátrica. A sua versão reduzida (MHI-5), foi desenvolvida para o questionário de avaliação de saúde utilizado no MOS e é constituído por cinco itens que representam quatro dimensões de saúde mental (ansiedade, depressão, perda de controlo emocional-comportamental, e bem-estar psicológico, Ware & Sherbourne, 1992).

Foi feita uma adaptação do MHI e da sua versão reduzida (MHI-5) por Ribeiro a uma amostra de 609 estudantes saudáveis do 11º ano de escolaridade e o último ano da universidade frequentando escolas da cidade do Porto, que concluiu que a versão portuguesa do MHI e MHI-5 apresentam estruturas semelhantes à versão original. Neste estudo a fidelidade foi avaliada através da consistência interna (0,96 para a escala total) e a validade dos itens foi dada pela consistência interna do item (0,42 e 0,82), validade convergente e validade discriminante, verificando-se que vários itens não exibem validade convergente e somente 9 itens satisfazem o valor discriminativo. A adaptação portuguesa do MHI-5 mostra uma correlação de $r = 0,95$ com a versão de 38 itens (no estudo original estes cinco itens apresentam uma correlação de 0,95 e de 0,92 com a nota total da versão de 38 itens desenvolvida pelo Health Insurance Experiment).

Na adaptação por Ribeiro (2000), foi analisada a consistência interna com valores de correlação para além de 0,40, sendo para a escala de saúde mental entre os 0,51 e 0,69. Foi também analisada a taxa geral de êxito para a escala sendo de 100% para a escala de saúde mental. Para avaliar a fiabilidade foi utilizado o procedimento do teste-reteste, a correlação da divisão em metade e o coeficiente alfa de Cronbach.

Os resultados foram relativamente ao coeficiente alfa de 0,6446 para a escala de saúde mental (0,90 na original); quanto ao teste-reteste foi de 0,779 para a escala de saúde mental; quanto à divisão em metade os resultados foram de 0,4468 para a escala de saúde mental, excedendo os estimadores os padrões aceitáveis usados (fiabilidade de 0,83 para a escala de saúde mental).

O MIH-5 foi utilizado para avaliar o que sentia actualmente e o que sentia antes da operação. A resposta é dada numa escala ordinal de 6 posições. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem a escala. Parte dos itens são cotados de modo invertido (Ferreira, 1998). Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental, apontando para um estado/sentimento de calma, tranquilidade e felicidade. Um resultado baixo é indicador de um estado/sentimento de nervosismo e tristeza.

Foram utilizados itens do estudo de Ribeiro, et al. (n.d.) para avaliar as expectativas de dor (“estava à espera de ter mais dores do que as que tive”, “afinal as dores que tive depois da operação foram fáceis de aguentar”). Estes dois itens constituídos em escala apresentam uma consistência interna alfa de Cronbach=0,62 (Ribeiro et al, n.d.). A resposta é dada numa escala de Likert de cinco posições. Foram utilizados itens para avaliar o apoio dado na enfermaria (“estou muito satisfeito com o apoio que o pessoal médico me deu”, “o apoio que as pessoas que estavam na enfermaria me deram foi fundamental para que as minhas dores melhorassem” e “quando eu tinha muitas dores os tratamentos que me fizeram reduziam bastante as dores”). A resposta é dada numa escala tipo Likert de cinco posições.

Foram construídos dois itens para avaliar as expectativas de eficácia (“tenho uma boa capacidade para lidar com a dor” e “quando tenho dores sei o que devo fazer para as diminuir”).

Foram utilizados ainda os seguintes itens: “tenho menos dores agora do que antes da operação”, “as minhas dores diminuíram muito desde que acordei da operação” e “penso que no futuro vou ter poucas dores”.

Foram utilizados itens para avaliar a experiência de dor propostos pela *American Pain Society Quality of Care Committee* (1995), nomeadamente três itens para avaliar a satisfação com o tratamento (“selecione a frase que indica a sua satisfação ou insatisfação com os resultados do tratamento para a dor em geral”, “selecione a frase que indica a sua satisfação ou insatisfação com a maneira como os enfermeiros responderam (com aquilo que faziam) quando se lhes queixava de dores”, “selecione a frase que indica a sua satisfação ou insatisfação com a maneira como os médicos responderam (com aquilo que faziam) quando se lhes queixava de dores” em que a resposta é dada numa escala tipo Likert de seis posições. As linhas mestras da *American Pain Society* (APS) enfatizam o relato do paciente acerca da sua dor, função do paciente e satisfação como os dados mais importantes (APS, 1995). A ordem de passagem das medidas de satisfação dentro de um questionário tem um efeito significativo nos rácios. Sugerem uma estratégia de reduzir a distorção dos rácios de satisfação, nomeadamente perguntar sobre aspectos específicos de uma visita antes de pedir aos pacientes que a avaliem (Ware & Hays, 1988).

Foram utilizados itens que avaliavam o modo como o pessoal da enfermaria respondia ao pedido de analgesia (“quando pedia um medicamento para a dor qual foi o tempo mais longo que decorreu até que lho dessem, e “se a medicação para a dor não fez efeito e pediu medicação diferente, quanto tempo levou até que lhe mudaram a medicação para algo mais forte”). Foram ainda utilizados três itens para avaliar a clareza das instruções dadas acerca da toma da medicação em casa. No entanto após o pré-teste conclui-se que à altura da aplicação do questionário estas indicações ainda não tinham sido dadas pelo que se optou por retirar estas questões.

Procedimento

O desenho do estudo é correlacional de carácter transversal com três momentos de avaliação no pós-operatório: às 24 horas do pós-operatório, às 48 horas e às 96 horas (que precede a alta).

Após ter sido concedida a autorização do Conselho de Administração do Hospital de Santa Marta (Anexo B e Anexo C), foram contactados os responsáveis

do serviço de cardiotorácicos no sentido de indicarem os participantes. Posteriormente e num primeiro momento, após esclarecimento do estudo e obtenção do consentimento informado (Anexo D), às 24 horas os doentes após tratamento de Fisioterapia respiratória responderam numa escala analógica visual a dor que sentiam no momento. Num segundo momento às 48 horas, os doentes responderam novamente numa escala analógica visual a dor que sentiam no momento. No terceiro momento, à 96 horas (pré-alta) responderam numa escala analógica visual, três percepções de dor: a) dor que sentiam no momento, b) a dor mais forte que sentiram nas últimas 24 horas, e c) a dor média que sentiram nas últimas 24 horas e a um questionário preenchido pelo testador. Este momento foi seleccionado atendendo a relatos de um decréscimo significativo dos resultados de memória e atenção pós-operatórios até dois dias após a cirurgia (Ghoneim, Hinrichs, O'Hara, Mehta, Pathak, Kumar et al. 1988). Este questionário compreende as seguintes dimensões:

Caracterização da amostra efectuada por meio de questões abertas e fechadas referentes a características sócio-demográficas;

Características da cirurgia efectuada por meio de questões fechadas;

Percepção da saúde geral medida pela Escala da saúde geral do SF-36;

Percepção da transição da saúde medida por um item do SF-36;

Saúde mental antes e após a cirurgia medido pelo MHI-5;

Expectativas de dor, apoio e eficácia na dor por escala tipo Likert;

Satisfação com o tratamento para a dor, com os enfermeiros e com os médicos e pedido/alteração da analgesia administrada medidos pelo APS Patient Outcome Questionnaire.

Os dados foram tratados no programa informático SPSS 10.0 e no Excel para o Windows.

LIMITES DO ESTUDO

Nesta investigação abordou-se unicamente a cirurgia de *bypass* coronário. Outro tipo de cirurgia pode ter resultados diferentes, não sendo os resultados deste estudo aplicáveis a outro tipo de intervenções cardíacas. Por outro lado, este estudo assenta em relatos pessoais, podendo estar sujeitos a efeitos de deseabilidade social.

Nas questões referentes à satisfação com o tratamento e com as respostas dos enfermeiros e médicos às queixas de dor, foi utilizado o formato de muito satisfeito a muito insatisfeito. Ware e Hays, (1988) refere que o formato de excelente a pobre tende a ter maiores correlações com intenções de comportamento que o formato de muito satisfeito para muito insatisfeito. Por isso estes autores recomendam este formato de resposta em estudos sobre satisfação do paciente com encontros médicos específicos.

Não foi estabelecido se foi a primeira intervenção cirúrgica ou se já havia experiências anteriores de dor peri-operatória, factor que poderia influenciar a percepção de dor. Conduché et al. (1995), afirma que quem já sofreu intervenções cirúrgicas denominadas de dolorosas sentem a dor de maneira mais intensa.

Não é controlado neste estudo a altura da administração da analgesia. Watt-Watson et al. (2000), num estudo em pacientes de unidades cardio-vasculares, verificou que os pacientes estavam submedicados. Em média os doentes receberam 47% dos analgésicos prescritos, embora 51% referenciou a dor como severa antes da próxima dose.

RESULTADOS

Verificou-se relativamente à intensidade da dor, que 91 indivíduos referem às 24 horas do pós-operatório uma dor média de 5,37 com um desvio-padrão de 2,77; às 48 horas a média é de 4,88 com um desvio-padrão de 2,58; às 96 horas apresentam uma média de 2,79 com um desvio-padrão de 2,55. Neste período a dor máxima referida nas últimas 24 horas é em média de 4,63 (desvio-padrão de 2,96) e a dor média no mesmo período é de 3,19 (desvio-padrão de 2,21, QUADRO 7).

Desta forma poderemos afirmar, que numa forma geral, às 24 horas os pacientes revelam uma dor média; às 48 horas uma dor um pouco mais baixa mas ainda média; e ao quinto dia apresentam uma dor baixa. Neste último período a dor máxima referida é média, e a dor média é baixa.

QUADRO 7 – Análise estatística descritiva das variáveis ‘dor 24 horas’, ‘dor 48 horas’, ‘dor 96 horas’, ‘dor máxima’ e ‘dor média’

	<u>N</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
dor 24 horas	91	0,00	10,00	5,37	2,77
dor 48 horas	91	0,00	9,50	4,88	2,58
dor 96 horas	91	0,00	10,00	2,79	2,55
dor máxima	91	0,00	10,00	4,63	2,96
dor média	91	0,00	9,00	3,19	2,21

Dos 93 indivíduos verificou-se que 70 receberam informação relativamente aos procedimentos cirúrgicos (QUADRO 8) através da visita do anestesista. Deste 70 indivíduos, 8 não consideraram a informação útil (QUADRO 9).

QUADRO 8 – Análise de frequências da variável ‘visita’

visita	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Sim	70	75,3	75,3
Não	23	24,7	100,0
Total	93	100,0	

QUADRO 9 – Análise de frequências da variável ‘utilidade visita’

utilidade visita	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Sim	62	88,6	88,6
Não	8	11,4	100,0
Total	70	100,0	

Quanto ao estado emocional e memórias antes da cirurgia pode-se afirmar que dos que se lembram (64 indivíduos em 93) a esmagadora maioria encontrava-se calma: 47 indivíduos (QUADRO 10).

QUADRO 10 – Distribuição de frequências da variável ‘estado emocional pré-cirurgia’

estado emocional pré-cirurgia	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Não se lembra	29	31,2	31,2
Calmo	47	50,5	81,7
Indiferente	2	2,2	83,9
Nervoso	13	14,0	97,8
Em pânico	2	2,2	100,0
Total	93	100,0	

Quanto ao estado emocional e memórias no momento da cirurgia, a maioria não se lembra (45 em 93). Dos que se lembram a grande maioria (43 em 48) classifica a passagem pelo bloco operatório como ‘Boa’ (QUADRO 11).

QUADRO 11 – Distribuição de frequências da variável ‘estado emocional cirurgia’

estado emocional cirurgia	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Não se lembra	45	48,4	48,4
Boa	43	46,2	94,6
Indiferente	2	2,2	96,8
Má	3	3,2	100,0
Total	93	100,0	

Após a cirurgia 75 pacientes em 93 (80,6%) classificaram o acordar como 'Bom' (QUADRO 12).

QUADRO 12 – Distribuição de frequências da variável 'acordar cirurgia'

acordar cirurgia	Frequência	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Bom	75	80,6	80,6
Má	18	19,4	100,0
Total	93	100,0	

Dos pacientes que se recordam da ligação ao ventilador (58 em 93), a maioria classifica esse momento como 'Mau' (38 em 58, QUADRO 13).

QUADRO 13 – Distribuição de frequências da variável 'ventilação mecânica'

ventilação mecânica	Frequência	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Não se lembra	35	37,6	37,6
Mau	38	40,9	78,5
Indiferente	20	21,5	100,0
Total	93	100,0	

Relativamente às queixas pós-cirurgia, foram analisadas individualmente as variáveis ‘tosse’, ‘respiração’, ‘rouquidão’, ‘garganta’ e ‘queixas’ através da respectiva distribuição de frequências (QUADRO 14, QUADRO 15, QUADRO 16, QUADRO 17 e QUADRO 18). Foi então construído um diagrama com a distribuição de frequências das respostas positivas a cada queixa (FIGURA 2). Constatou-se que os pacientes deram particular relevância à rouquidão e dor de garganta (foram referidas por 37,6 e 39,8 % dos pacientes, respectivamente).

QUADRO 14 – Distribuição de frequências da variável ‘tosse’

tosse	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Sim	14	15,1	15,1
Não	79	84,9	100,0
Total	93	100,0	

QUADRO 15 – Distribuição de frequências da variável ‘respiração’

respiração	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Sim	15	16,1	16,1
Não	78	83,9	100,0
Total	93	100,0	

QUADRO 16 – Distribuição de frequências da variável ‘rouquidão’

rouquidão	Frequência	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Sim	35	37,6	37,6
Não	58	62,4	100,0
Total	93	100,0	

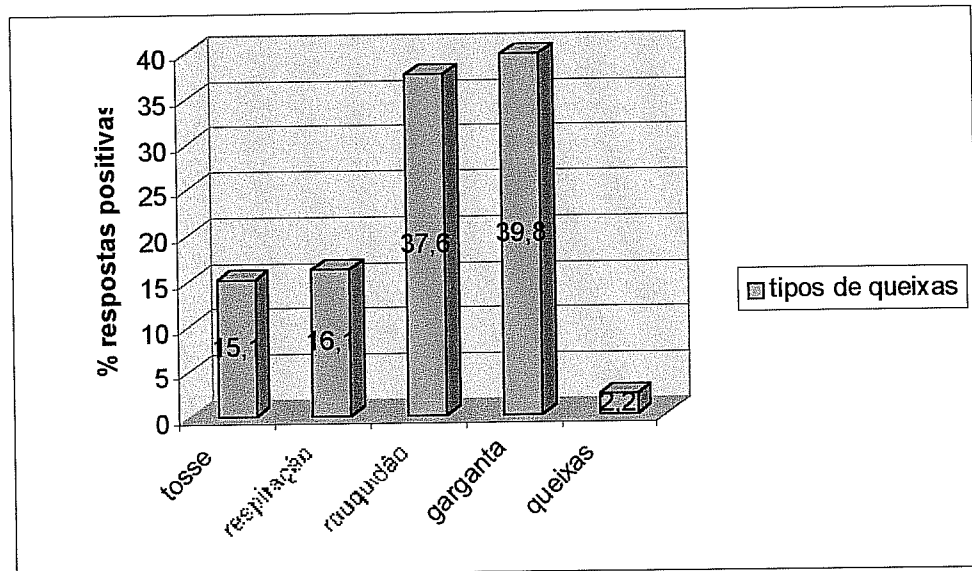
QUADRO 17 – Distribuição de frequências da variável ‘garganta’

garganta	Frequência	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Sim	37	39,8	39,8
Não	56	60,2	100,0
Total	93	100,0	

QUADRO 18 – Distribuição de frequências da variável ‘queixas’

queixas	Frequência	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Sim	2	2,2	2,2
Não	91	97,8	100,0
Total	93	100,0	

FIGURA 2 – Distribuição de frequências dos diversos tipos de queixas pós-operatórias



Dos pacientes que se lembram (82 em 93) a grande maioria (67 em 82) classifica a sua relação com a anestesia como 'Boa' (QUADRO 19).

QUADRO 19 – Distribuição de frequências da variável 'anestesia'

anestesia	Frequência	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Não se lembra	11	11,8	11,8
Boa	67	72,0	83,9
Indiferente	6	6,5	90,3
Má	9	9,7	100,0
Total	93	100,0	

A variável 'saúde' que mede a saúde geral apresenta uma dispersão elevada, no entanto a mediana situa-se na opção 'Boa' (QUADRO 20).

QUADRO 20 – Distribuição de frequências da variável 'saúde geral'

saúde geral	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Muito fraca	7	7,5	7,5
Fraca	27	29,0	36,6
Boa	37	39,8	76,3
Muito boa	12	12,9	89,2
Excelente	10	10,8	100,0
Total	93	100,0	

Relativamente à variável 'saúde há 1 ano' que compara o estado de saúde há um ano com o actual, apresenta a mediana na opção 'Muito pior', embora esta variável apresente também uma elevada dispersão (QUADRO 21).

QUADRO 21 – Distribuição de frequências da variável 'saúde há 1 ano'

saúde há 1 ano	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Muito melhor	2	2,2	2,2
Um pouco melhor	20	21,5	23,7
Aproximadamente na mesma	14	15,1	38,7
Um pouco pior	22	23,7	62,4
Muito pior	35	37,6	100,0
Total	93	100,0	

Comparando as dores do momento com as dores pré cirurgia, constata-se que a respectiva variável – ‘dor no momento’ – apresenta uma amplitude muito grande de resultados uma vez que as duas opções que apresentam uma maior frequência são precisamente as opções extremas: ‘Absolutamente verdade’ e ‘Absolutamente falso’ (26 e 38 respectivamente, QUADRO 22).

QUADRO 22 – Distribuição de frequências da variável ‘dor no momento’

dor no momento	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Absolutamente verdade	26	28,0	28,0
Verdade	5	5,4	33,3
Não sei	7	7,5	40,9
Falso	17	18,3	59,1
Absolutamente falso	38	40,9	100,0
Total	93	100,0	

Relativamente à evolução das dores desde o acordar depois da cirurgia – variável ‘evolução da dor’ – verifica-se também uma grande dispersão de resultados, embora a maioria refira que a evolução positiva é ‘Absolutamente verdade’ ou ‘Verdade’ (55 em 93, QUADRO 23).

QUADRO 23 – Distribuição de frequências da variável ‘evolução da dor’

evolução da dor	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Absolutamente verdade	33	35,5	35,5
Verdade	22	23,7	59,1
Não sei	7	7,5	66,7
Falso	21	22,6	89,2
Absolutamente falso	10	10,8	100,0
Total	93	100,0	

Quanto às expectativas de futuro relativamente à diminuição das dores – variável ‘expectativas dor futura’ – os pacientes demonstram uma atitude bastante positiva uma vez que a maioria acredita as referidas melhoras serão ‘Verdade’ ou mesmo ‘Absolutamente Verdade’ (67 em 93, QUADRO 24).

QUADRO 24 – Distribuição de frequências da variável ‘expectativas dor futura’

expectativas dor futura	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Absolutamente verdade	41	44,1	44,1
Verdade	26	28,0	72,0
Não sei	24	25,8	97,8
Falso	1	1,1	98,9
Absolutamente falso	1	1,1	100,0
Total	93	100,0	

Quanto à satisfação com o tratamento para a dor – variável ‘satisfação tratamento’ – a grande maioria (86 em 93) dos pacientes mostrou-se ‘Satisfeito’ ou ‘Muito satisfeito’ (QUADRO 25).

QUADRO 25 – Distribuição de frequências da variável ‘satisfação tratamento’

satisfação tratamento	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Insatisfeito	3	3,2	3,2
Ligeiramente satisfeito	4	4,3	7,5
Satisfeito	49	52,7	60,2
Muito satisfeito	37	39,8	100,0
Total	93	100,0	

Quanto à satisfação com a resposta da enfermagem à dor – variável ‘satisfação enfermeiros’ – a grande maioria dos que se queixaram ou se encontrava ‘Satisfeitos’ ou ‘Muito Satisfeitos’ (77 em 83, QUADRO 26).

QUADRO 26 – Distribuição de frequências da variável ‘satisfação enfermeiros’

satisfação enfermeiros	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Insatisfeito	3	3,6	3,6
Ligeiramente insatisfeito	1	1,2	4,8
Ligeiramente satisfeito	2	2,4	7,2
Satisfeito	37	44,6	51,8
Muito satisfeito	40	48,2	100,0
Total	83	100,0	

Relativamente à resposta dos médicos à dor – variável ‘satisfação médicos’ – verificou-se que a esmagadora maioria dos pacientes que se queixaram ou estavam ‘Satisfeitos’ ou ‘Muito Satisfeitos’ (46 em 50, QUADRO 27).

QUADRO 27 – Distribuição de frequências da variável ‘satisfação médicos’

satisfação médicos	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
Ligeiramente insatisfeito	1	2,0	2,0
Ligeiramente satisfeito	3	6,0	8,0
Satisfeito	25	50,0	58,0
Muito satisfeito	21	42,0	100,0
Total	50	100,0	

Quanto ao pedido de analgesia – variável ‘pedido medicação’ – a maioria dos pacientes que o fizeram foram atendidos em menos de 10 minutos (33 em 48, QUADRO 28).

QUADRO 28 – Distribuição de frequências da variável ‘pedido medicação’

pedido medicação	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
< 10 minutos	33	35,5	35,5
11 a 20 minutos	10	10,8	46,2
21 a 30 minutos	3	3,2	49,5
> 60 minutos	1	1,1	50,5
Pediu mas nunca recebeu	1	1,1	51,6
Nunca pediu medicação	45	48,4	100,0
Total	93	100,0	

Quanto à alteração da medicação – variável ‘alteração medicação’ – verificou-se que a grande maioria não o pediu, mas os 6 pacientes que o fizeram foram atendidos em menos de 1 hora (QUADRO 29).

QUADRO 29 – Distribuição de frequências da variável ‘alteração medicação’

Alteração medicação	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
< 1 hora	6	6,5	6,5
Não pediu	87	93,5	100,0
Total	93	100,0	

Foi criada uma variável – ‘dor global’ – composta pelos cinco itens de dor: ‘dor 24 horas’, ‘dor 48 horas’, ‘dor 96 horas’, ‘dor máxima’ e ‘dor média’. Foi obtida uma consistência interna dada pelo Alpha de Cronbach de 0,83.

Foi também criada uma variável – ‘expectativa de dor global’ – composta por dois itens para avaliar as expectativas de dor (‘expectativa de dor’ e ‘dor pós-cirúrgica’). A consistência interna dada pelo Alpha de Cronbach foi de 0,69.

Por sua vez foram agrupadas na variável ‘apoio’ três questões para avaliar o apoio (‘apoio médico’, ‘apoio enfermagem’ e ‘apoio tratamento’) obtendo-se uma consistência interna dada pelo Alpha de Cronbach de 0,71.

Por fim foram agrupadas na variável ‘eficácia global’ duas questões para medir a auto-eficácia (‘expectativa de auto-eficácia’ e ‘diminuição dor’), exibindo uma consistência interna de 0,57 (dada pelo Alpha de Cronbach).

Com o intuito de analisar se existem diferenças significativas da intensidade da dor média nos sujeitos diagnosticados com diabetes, com depressão e com outras patologias associadas (em cada momento de avaliação da intensidade da dor), procedeu-se à aplicação da Análise de Variância (ANOVA), a partir da qual se conclui que não apresentam diferenças significativas, ao nível de significância de 5% em cada um dos momentos de avaliação considerados (QUADRO 30). Assim sendo, as diferenças na dor sentida no período avaliado não poderão ser atribuídas às patologias associadas.

QUADRO 30 – Análise descritiva da dor face às diferentes patologias

		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
Dor 24 horas	Diabetes	25	5,64	2,96	0,00	10,00	0,56	0,57
	Depressão	3	6,67	2,08	5,00	9,00		
	Outras	63	5,20	2,73	0,00	10,00		
	Total	91	5,37	2,77	0,00	10,00		
Dor 48 horas	Diabetes	25	5,54	2,41	1,00	9,50	2,97	0,06
	Depressão	3	7,33	2,02	5,50	9,50		
	Outras	63	4,50	2,58	0,00	9,50		
	Total	91	4,88	2,58	0,00	9,50		
Dor 96 horas	Diabetes	25	3,10	2,7119	0,00	8,50	1,58	0,21
	Depressão	3	5,00	3,61	2,00	9,00		
	Outras	63	2,56	2,42	0,00	10,00		
	Total	91	2,79	2,55	0,00	10,00		
dor máxima	Diabetes	25	5,22	3,16	0,00	10,00	1,50	0,23
	Depressão	3	6,50	2,78	4,00	9,50		
	Outras	63	4,30	2,86	0,00	10,00		
	Total	91	4,63	2,96	0,00	10,00		
dor média	Diabetes	25	3,52	2,50	0,00	8,00	2,10	0,13
	Depressão	3	5,33	3,21	3,00	9,00		
	Outras	63	2,95	2,01	0,00	8,00		
	Total	91	3,19	2,21	0,00	9,00		
dor global	Diabetes	25	23,02	9,72	5,50	42,00	2,68	0,07
	Depressão	3	30,83	13,14	23,00	46,00		
	Outras	63	19,52	9,88	1,00	43,50		
	Total	91	20,85	10,11	1,00	46,00		

Com o intuito de analisar se existem diferenças significativas da intensidade da dor entre os dois sexos (em cada momento de avaliação da intensidade da dor), procedeu-se à aplicação do teste t-Student, a partir do qual se conclui que a intensidade da dor média às 24 e às 48 horas não apresenta diferenças significativas ($\alpha=0.05$); às 96 horas a intensidade média da dor é inferior no sexo masculino ($\alpha=0.05$); a dor máxima nas últimas 24 horas é inferior no sexo masculino ($\alpha=0.05$); a intensidade da dor média nas últimas 24 horas é inferior no sexo masculino ($\alpha=0.05$); a dor global média é inferior no sexo masculino ($\alpha=0.05$, QUADRO 31).

QUADRO 31 – Análise descritiva da dor face à variável ‘sexo’ e teste t-Student referente agrupamento por sexo

	sexo	N	M	DP	t	p
dor 24 horas	Masculino	71	5,25	2,71	-0,79	0,43
	Feminino	20	5,80	2,00		
dor 48 horas	Masculino	71	4,67	2,47	-1,52	0,13
	Feminino	20	5,65	2,87		
dor 96 horas	Masculino	71	2,46	2,41	-2,36	0,02
	Feminino	20	3,95	2,75		
dor máxima	Masculino	71	4,29	2,92	-2,09	0,04
	Feminino	20	5,83	2,83		
dor média	Masculino	71	2,87	2,14	-2,63	0,01
	Feminino	20	4,30	2,16		
dor global	Masculino	71	19,54	9,72	-2,40	0,02
	Feminino	20	25,53	10,33		

Com o intuito de analisar se existem diferenças significativas da intensidade da dor nos sujeitos que foram esclarecidos acerca dos procedimentos cirúrgicos pelo anestesista, dos que não o foram (em cada momento de avaliação da intensidade da dor), procedeu-se à aplicação do teste t-Student, a partir do qual se conclui que a intensidade da dor média nos vários momentos avaliados não apresenta diferenças significativas ($\alpha=0.05$, QUADRO 32). Assim sendo, as diferenças na dor sentida no período avaliado não poderão ser atribuídas à variável em causa.

QUADRO 32 – Análise descritiva da dor face à variável ‘visita’ e teste t-Student referente agrupamento por visita do anestesista

	visita	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	t	p
dor 24 horas	Sim	70	5,41	2,73	0,24	0,81
	Não	21	5,24	2,96		
dor 48 horas	Sim	70	4,82	2,61	-0,43	0,67
	Não	21	5,10	2,54		
dor 96 horas	Sim	70	2,56	2,45	-1,61	0,11
	Não	21	3,57	2,76		
dor máxima	Sim	70	4,42	3,00	-1,21	0,23
	Não	21	5,31	2,76		
dor média	Sim	70	2,99	2,15	-1,60	0,11
	Não	21	3,86	2,34		
dor global	Sim	70	20,19	10,19	-1,15	0,25
	Não	21	23,07	9,75		

Com o intuito de analisar se existem diferenças significativas da intensidade da dor nos sujeitos que consideraram o esclarecimento do anestesista útil, dos que não o consideraram útil (em cada momento de avaliação da intensidade da dor), procedeu-se à aplicação do teste t-Student, a partir do qual se conclui que a intensidade da dor média nos vários momentos avaliados não apresenta diferenças significativas ($\alpha=0.05$, QUADRO 33). Assim sendo, as diferenças na dor sentida no período avaliado não poderão ser atribuídas à variável em causa.

QUADRO 33 – Análise descritiva da dor face à variável ‘utilidade visita’ e teste t-Student referente agrupamento pela utilidade da visita do anestesista

	utilidade visita	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>T</u>	<u>p</u>
dor 24 horas	Sim	62	5,44	2,63	0,24	0,81
	Não	8	5,19	3,62		
dor 48 horas	Sim	62	4,67	2,62	-1,37	0,18
	Não	8	6,00	2,45		
dor 96 horas	Sim	62	2,41	2,45	-1,39	0,17
	Não	8	3,69	2,34		
dor máxima	Sim	62	4,23	2,96	-1,47	0,15
	Não	8	5,88	3,14		
dor média	Sim	62	2,86	2,18	-1,34	0,19
	Não	8	3,94	1,70		
dor global	Sim	62	19,61	10,17	-1,33	0,19
	Não	8	24,69	9,74		

Procedeu-se à análise correlacional (Correlação de Pearson) entre a intensidade da dor em cada momento avaliado e entre a intensidade da dor nos vários momentos avaliados com a dor global no período observado. Às 24 horas verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor nesse momento e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados; Às 48 horas verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor nesse momento e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados; Às 96 observa-se uma correlação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor nesse momento e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados; Na dor máxima sentida nas últimas 24 horas observa-se uma correlação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor nesse momento e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados; Na dor média sentida nas últimas 24 horas observa-se uma correlação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor nesse momento e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados. Verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre a dor global no período observado e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 34). Este resultado indica que quem apresenta valores mais baixos na intensidade da dor num dos momentos avaliados, tem tendência a apresentar valores mais baixos na intensidade da dor nos outros momentos avaliados.

QUADRO 34 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘dor global’ (junção de todas as variáveis de dor)

		dor 24 horas	Dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global
dor 24 horas	Pearson Correlation						
dor 48 horas	Pearson Correlation	0,47**					
dor 96 horas	Pearson Correlation	0,22*	0,40**				
dor máxima	Pearson Correlation	0,34**	0,52**	0,69**			
dor média	Pearson Correlation	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**		
dor global	Pearson Correlation	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**	

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável 'euroscore' e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 35). Não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre o euroscore e a intensidade da dor no período observado pelo que a dor sentida não é influenciada pelas diferenças individuais no euroscore.

QUADRO 35 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável 'euroscore'

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	euroscore
Dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
Dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
Dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
euroscore	Pearson	-0,03	-0,04	0,03	0,13	0,07	0,04	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável ‘expectativas de dor global’ e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 36). A variável expectativas de dor global aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor sentida no período observado concluindo que, quem tem expectativas de dor baixas tem tendência a experienciar níveis mais baixos de dor.

QUADRO 36 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘expectativa de dor global’

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	expectativa de dor global
dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor Global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
expectativa de dor global	Pearson	0,30**	0,41**	0,49**	0,39**	0,46**	0,52**	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável ‘apoio’ e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 37). A variável apoio aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor sentida no período observado concluindo que, quem tem uma maior percepção de apoio, tem tendência a experienciar níveis mais baixos de dor.

QUADRO 37 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘apoio’

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	apoio
dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
apoio	Pearson	0,21*	0,27*	0,45**	0,39**	0,43**	0,45**	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável 'eficácia global' e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 38). A variável eficácia global aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor sentida no período observado concluindo que, quem tem valores mais altos de auto-eficácia, tem tendência a experimentar níveis mais baixos de dor.

QUADRO 38 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável 'eficácia global'

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	eficácia global
dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
eficácia global	Pearson	0,22*	0,32**	0,36**	0,35**	0,30**	0,40**	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável ‘saúde mental pós-operatória’ e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 39). Verificou-se que, não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde mental pós-operatória e a dor sentida às 24 e 48 horas pelo que a intensidade da dor não é influenciada pelas diferenças individuais na saúde mental após a cirurgia; a variável saúde mental pós-operatória aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor às 96 horas; a variável saúde mental pós-operatória aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor máxima nas últimas 24 horas; a variável saúde mental pós-operatória aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor média nas últimas 24 horas; a variável saúde mental pós-operatória aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor global. Conclui-se pela correlação negativa que se estabelece às 96 horas, na dor máxima nas últimas 24 horas, na dor média nas últimas 24 horas e na dor global que, quem apresenta mais saúde mental após a cirurgia, tem tendência a experienciar níveis mais baixos de dor.

QUADRO 39 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘saúde mental pós-operatória’

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	saúde mental pós-operatória
dor 24 horas	Pearson Correlation							
dor 48 horas	Pearson Correlation	0,47**						
dor 96 horas	Pearson Correlation	0,22*	0,40**					
dor máxima	Pearson Correlation	0,34**	0,52**	0,69**				
dor média	Pearson Correlation	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
dor global	Pearson Correlation	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
saúde mental pós-operatória	Pearson Correlation	-0,15	-0,21	-0,33**	-0,36**	-0,34**	-0,36**	

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável ‘saúde mental pré-operatória’ e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 40). Verificou-se que, não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde mental pós-operatória e a dor sentida às 24 horas, às 96 horas e a dor média nas últimas 24 horas pelo que a intensidade da dor não é influenciada pelas diferenças individuais na saúde mental prévia à cirurgia; a variável saúde mental pré-operatória aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor às 48 horas; a variável saúde mental pré-operatória aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor máxima nas últimas 24 horas; a variável saúde mental pré-operatória aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor global. Conclui-se pela correlação negativa que se estabelece às 48 horas, na dor máxima nas últimas 24 horas e na dor global que, quem apresenta mais saúde mental prévia à cirurgia, tem tendência a experienciar níveis mais baixos de dor.

QUADRO 40 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘saúde mental pré-operatória’

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	saúde mental pré-operatória
dor 24 horas	Pearson Correlation							
dor 48 horas	Pearson Correlation	0,47**						
dor 96 horas	Pearson Correlation	0,22*	0,40**					
dor máxima	Pearson Correlation	0,34**	0,52**	0,69**				
dor média	Pearson Correlation	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
dor global	Pearson Correlation	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
saúde mental pré-operatória	Pearson Correlation	-0,13	-0,27*	-0,07	-0,27*	-0,21	-0,25*	

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável 'idade' e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados foi realizada uma correlação de Pearson (QUADRO 41). Não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre idade e a intensidade da dor no período observado pelo que a dor sentida não é influenciada pelas diferenças individuais na idade.

QUADRO 41 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável 'idade'

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	idade —
dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
Idade	Pearson	-0,18	-0,16	0,15	-0,08	0,02	-0,07	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável 'escolaridade' e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 42). Não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a intensidade da dor no período observado pelo que a dor sentida não é influenciada pelas diferenças individuais nos níveis de escolaridade.

QUADRO 42 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável 'escolar'

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	escolar
dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
escolar	Pearson	0,10	0,05	0,03	0,09	0,03	0,08	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma Correlação de Pearson entre a variável ‘saúde geral’ (medida por um item) e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 43). Verificou-se que, não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde geral e a dor às 96 horas e a dor média nas últimas 24 horas pelo que a intensidade da dor não é influenciada pelas diferenças individuais na percepção da saúde geral; a variável saúde geral aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor às 24 horas, com a intensidade da dor às 48 horas, com a dor máxima nas últimas 24 horas e com a intensidade da dor global. Conclui-se pela correlação negativa que se estabelece às 24 horas, 48 horas, na dor máxima nas últimas 24 horas e na dor global que, quem percebe a sua saúde geral como boa, tem tendência a experienciar níveis mais baixos de dor.

QUADRO 43 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘saúde geral’

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	saúde geral
dor 24 horas	Pearson Correlation							
dor 48 horas	Pearson Correlation	0,47**						
dor 96 horas	Pearson Correlation	0,22*	0,40**					
dor máxima	Pearson Correlation	0,34**	0,52**	0,69**				
dor média	Pearson Correlation	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
dor global	Pearson Correlation	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
saúde geral	Pearson Correlation	-0,30**	-0,27**	-0,07	-0,21*	-0,13	-0,26*	

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma correlação de Pearson entre a variável ‘percepção saúde geral’ (medida por escala) e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 44). Verificou-se que, não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde geral percebida e a dor sentida às 24 horas e às 48 horas pelo que a intensidade da dor não é influenciada pelas diferenças individuais na percepção da saúde geral; a variável percepção saúde geral aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor às 96 horas, com a intensidade da dor máxima nas últimas 24 horas, com a intensidade da dor média nas últimas 24 horas e com a intensidade da dor global. Conclui-se pela correlação que se estabelece às 48 horas, na dor máxima nas últimas 24 horas e na dor global que, quem apresenta uma percepção da saúde geral mais elevada, tem tendência a experienciar níveis mais baixos de dor.

QUADRO 44 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável ‘percepção saúde geral’

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	percepção saúde geral
dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
percepção saúde geral	Pearson	0,03	0,04	0,29**	0,26*	0,30**	0,23*	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma correlação de Pearson entre a variável 'satisfação tratamento' e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 45). Verificou-se que, não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com o tratamento para a dor e a dor sentida às 24 horas, pelo que a intensidade da dor não é influenciada pelas diferenças individuais expressas na satisfação com o tratamento; a variável satisfação com o tratamento aparece estatisticamente correlacionada com a intensidade da dor às 48 horas, com a intensidade da dor máxima nas últimas 24 horas, com a intensidade da dor média nas últimas 24 horas e com a intensidade da dor global. Conclui-se pela correlação negativa que se estabelece às 48 horas, 96 horas, na dor máxima nas últimas 24 horas, na dor média nas últimas 24 horas e na dor global que, quem apresenta níveis mais elevados de satisfação com o tratamento para a dor, tem tendência a experienciar níveis mais baixos de dor.

QUADRO 45 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável 'satisfação tratamento'

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	satisfação tratamento
dor 24 horas	Pearson Correlation							
dor 48 horas	Pearson Correlation	0,47**						
dor 96 horas	Pearson Correlation	0,22*	0,40**					
dor máxima	Pearson Correlation	0,34**	0,52**	0,69**				
dor média	Pearson Correlation	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
dor global	Pearson Correlation	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
satisfação tratamento	Pearson Correlation	-0,18	-0,43**	-0,39**	-0,39**	-0,36**	-0,45**	

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma correlação de Pearson entre a variável 'satisfação enfermeiros' e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 46). Não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com os enfermeiros e a intensidade da dor no período observado pelo que a dor sentida não é influenciada pelas diferenças individuais expressas na satisfação com os enfermeiros.

QUADRO 46 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável 'satisfação enfermeiros'

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	satisfação enfermeiros
dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
satisfação enfermeiros	Pearson	-0,07	-0,22	0,00	-0,10	-0,02	-0,11	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Foi realizada uma correlação de Pearson entre a variável 'satisfação médicos' e a intensidade da dor nos vários momentos avaliados (QUADRO 47). Não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com os médicos e a intensidade da dor no período observado pelo que a dor sentida não é influenciada pelas diferenças individuais expressas na satisfação com os médicos .

QUADRO 47 – Correlações entre as variáveis da dor e a variável 'satisfação médicos'

		dor 24 horas	dor 48 horas	dor 96 horas	dor máxima	dor média	dor global	satisfação médicos
dor 24 horas	Pearson							
	Correlation							
dor 48 horas	Pearson	0,47**						
	Correlation							
dor 96 horas	Pearson	0,22*	0,40**					
	Correlation							
dor máxima	Pearson	0,34**	0,52**	0,69**				
	Correlation							
dor média	Pearson	0,25*	0,46**	0,87**	0,82**			
	Correlation							
dor global	Pearson	0,60**	0,74**	0,81**	0,87**	0,86**		
	Correlation							
satisfação médicos	Pearson	-0,21	-0,21	-0,05	-0,12	-0,07	-0,17	
	Correlation							

Nota. ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

DISCUSSÃO

Os dados retirados da presente investigação consolidam as indicações prévias de que a dor é influenciada por factores emocionais.

Verificou-se que os participantes deste estudo eram maioritariamente do sexo masculino (78,5%), sendo apenas 21,5% do sexo feminino. Será que as mulheres terão menor incidência de doença coronária? Estudos encontram precisamente o contrário: Con, Linden, Thompson, & Ignaszewski (1999) referem que a doença coronária é responsável por 41% de todas as mortes na mulher e 37% no homem. Este facto reporta a diferenças devido ao sexo na avaliação e acompanhamento de pacientes com doença coronária. Esta realidade na cirurgia por *bypass* coronário também foi encontrada por vários investigadores (Con et al. 1999; Puntillo & Weiss, 1994). Concretamente em Portugal, num estudo realizado por Melo, Antunes e Ferreira (2000), no serviço de cirurgia cardio-torácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 94% dos doentes submetidos a cirurgia coronária eram do sexo masculino. Estes dados sugerem que embora as mulheres sejam as primeiras a recorrer aos médicos são indicadas mais tardiamente para a intervenção cirúrgica.

Quanto ao número de *bypass*, verificou-se que os sujeitos foram submetidos em média a 3 *bypass*. Está em consonância com Galloway et al. (1994) que afirma que em 50% dos doentes existe a doença dos três vasos.

Outro facto encontrado concerne à informação sobre os procedimentos relativos ao processo cirúrgico a que os indivíduos foram sujeitos. Embora esta informação esteja a ser dada, uma vez que apenas 13 indivíduos provenientes da urgência não tiveram acesso a ela, 8 indivíduos não a acharam útil. Provavelmente a informação oral e a visita às instalações não foi a abordagem mais eficaz para estes indivíduos. Seria talvez útil uma avaliação psicológica para determinar a tipologia de informação mais direccionada para o sujeito em causa.

Pelos resultados obtidos relativamente ao período peri-operatório, em que a maioria dos sujeitos se apresenta calma, classificando o período passado no bloco

operatório como bom, provavelmente pela “afamada” boa disposição da equipa cirúrgica e uma boa reacção à anestesia, este parece estar a ser bem conduzido. De referir as queixas de dor de garganta e rouquidão registadas, sendo causa directa da intubação endotraqueal efectuada pela necessidade de ventilação mecânica durante o acto cirúrgico e a sensação desagradável de acordar após a cirurgia e encontrar-se ainda ventilado artificialmente, referido por 38 sujeitos, não tendo 34 sujeitos memória desse facto, que seria aconselhável ser extensível a todos os sujeitos.

De uma forma geral, às 24 horas os pacientes deste estudo revelaram uma dor média encontrando-se na unidade de cuidados intensivos ainda bastante monitorizados; às 48 horas uma dor um pouco mais baixa mas ainda média provavelmente pela retirada das drenagens pericárdica e mediastínica, encontrando-se nos cuidados intermédios; e ao quinto dia apresentaram uma dor baixa, altura em que se encontram na enfermaria onde têm colegas de quarto com experiências semelhantes. De facto, observaram-se correlações estatisticamente significativas, entre o apoio e a experiência de dor. Como era esperado a percepção de suporte diminuiu a experiência de dor. Jamison e Virts (1990), num estudo em que examinam o suporte familiar, concluem que os doentes que têm acesso a uma rede social suportativa e que a cultivem, lidam não só melhor com a dor, mas também de maneira mais adequada e adaptada.

Relativamente às expectativas, observaram-se correlações estatisticamente significativas por um lado, entre as expectativas de dor e a experiência de dor. Verificou-se que os sujeitos que esperavam ter menos dor, de facto experienciaram menos dor. Este facto é suportado por outros autores: Ribeiro (1998), afirma que a antecipação da dor pode conduzir ou aumentar a experiência de dor, levando-nos à questão das expectativas e experiências placebo. Byron e Yonemoto (1975 *cit. by* Ribeiro, 1998), verificaram que 77% de doentes com doença cancerosa em estado avançado, obtinham alívio completo da dor, durante quatro horas ou mais, quando tomavam medicação não analgésica. Confirma-se assim o poder das expectativas na modulação da experiência de dor. Neste estudo, o conhecimento dos procedimentos cirúrgicos por pares ou a experiência anterior pode ter influenciado as suas expectativas de dor.

Por outro lado, observaram-se correlações estatisticamente significativas, entre as expectativas de auto-eficácia relativa à dor e a experiência de dor. De facto quem apresentou maiores expectativas de auto-eficácia, experienciou menos dor. Se o sujeito sente que é capaz de controlar a dor, a sua percepção desta é menos intensa. Esta correlação é suportada por Dolce (1987), que afirma que as expectativas de auto-eficácia predizem a tolerância à dor aguda.

Relativamente à saúde mental, por um lado observaram-se correlações estatisticamente significativas entre a saúde mental pré-operatória e a intensidade da dor no período observado, às 48 horas, dor máxima nas últimas 24 horas e dor global, sendo que quem apresentou mais saúde mental experienciou menos dor. Nas primeiras 24 horas a dor tende a ser de índole mais física e às 96 horas já se encontra no controlo emocional dos acontecimentos, não se deixando influenciar por estados mentais prévios à cirurgia, onde o desconhecimento dos procedimentos imperava. Por outro lado, observaram-se correlações estatisticamente significativas entre a saúde mental pós-operatória e a intensidade da dor no período observado, às 96 horas, dor máxima e média nas últimas 24 horas e dor global, sendo que quem apresentou mais saúde mental experienciou menos dor. Nas primeiras 48 horas a dor provavelmente é de índole mais física não sendo influenciada pelo estado emocional.

A percepção da saúde geral influencia a experiência de dor. De facto no presente estudo, observaram-se correlações estatisticamente significativas entre a saúde geral (medida por um item) e a intensidade da dor no período avaliado, às 24 horas, 48 horas, dor máxima nas últimas 24 horas e dor global e entre a saúde geral percebida (medida por escala) e a intensidade de dor no período avaliado, às 48 horas, dor máxima nas últimas 24 horas e dor global, sendo que quem percebeu a sua saúde geral como elevada, experienciou menos dor. Provavelmente os sujeitos que consideram a sua saúde precária têm baixas expectativas de melhorar, vivendo a dor de forma mais intensa.

Verificou-se que às 96 horas, dor máxima e dor média nas últimas 24 horas e dor global, os homens referiram em média menos dor do que as mulheres. Às 24 e às 48 horas a dor é provavelmente de índole mais física não sendo desta forma influenciada pelo género sexual dos sujeitos. Estes resultados vão de encontro aos resultados de outros estudos na área: Con et al. (1999), num estudo sobre os factores

psicossociais que afectam a recuperação da cirurgia cardíaca de homens e mulheres, encontraram intensidades de dor mais elevadas nas mulheres. Este achado pode ser explicado pelos sintomas depressivos registados em doentes cardíacos, com maior incidência no género feminino.

Apesar de terem dor, 45 sujeitos deste estudo não pediram medicação. Será que uma dor média não é clinicamente significativa? Será que está instituído na consciência colectiva que a dor é inerente à cirurgia e que portanto esta tem de ser suportada? Puntillo e Weiss (1994), num estudo sobre os mediadores da dor em sujeitos submetidos a cirurgia de *bypass* coronário, verificaram que os pacientes apresentaram uma dor pós-operatória moderada que não diminuiu imediatamente nos primeiros cinco dias do pós-operatório, tendo recebido em média pequenas quantidades de analgésicos. Estes autores supõem que embora os analgésicos tenham estabilizado a experiência de dor, não foram suficientes para minimizar a intensidade da dor. No entanto, os graus baixos de sensação de dor e afecção sugerem que os distúrbios sensoriais e distress emocional da dor eram mínimos, pelo que os pacientes possam ter dado poucas indicações de dor, assumindo pacientes e enfermeiros que o nível de intensidade de dor é normal e que nenhuma analgesia suplementar era necessária. Neste estudo as indicações de dor transmitidas aos técnicos de saúde provavelmente foram poucas, dado que a maioria não pediu medicação além da que a protocolada. De facto, no estudo de Puntillo e Weiss, 83% dos sujeitos afirmaram que não iriam pedir voluntariamente a medicação. Talvez esteja generalizado que uma certa quantidade de dor é aceitável e que a medicação tem sempre efeitos colaterais, pelo que deve ser evitada.

Os sujeitos deste estudo foram questionados após a sessão de fisioterapia protocolada para cirurgia cardíaca, que implica movimento (movimentos respiratórios, mudanças de decúbito, tosse dirigida) pelo que a intensidade de dor obtido nos vários momentos avaliados se assemelham ao de outros estudos na área. Por exemplo, Watt-Watson et al. (2000), num estudo sobre o impacto das respostas empáticas dos enfermeiros no tratamento da dor aguda, a sujeitos submetidos a *bypass* coronário, em que a intensidade da dor foi medida ao 3º dia após a cirurgia numa escala visual analógica, verificou que a dor era ligeira em repouso mas moderada a severa ao mover-se.

Relativamente aos dados da satisfação, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor nos vários momentos avaliados e a satisfação com o tratamento, excepto às 24 horas em que esta dor é uma dor de índole mais física, difícil de ser influenciada por factores emocionais. De facto, 86 sujeitos responderam estar satisfeitos a muito satisfeitos com o tratamento para a dor. Supostamente para terem estes níveis de satisfação, não deveriam ter dor ou esta deveria ser clinicamente mínima. Mas provavelmente não é esperado um alívio efectivo da dor, dada a consciência colectiva no que concerne a este assunto. Ward e Gordon (1994), encontraram níveis altos de satisfação apesar dos altos níveis de dor, sugerindo que os pacientes não esperam um alívio efectivo da dor. De facto Hazard et al. (1994), referem que correlações entre satisfação com o tratamento e melhorias na dor são fracas.

Apesar da intensidade da dor relatada, verificou-se que apenas 10 sujeitos não se queixaram de dor aos enfermeiros enquanto que 43 não se queixaram de dor aos médicos. Se é o médico quem prescreve, porque não lhe são endereçadas as queixas? Porque é que são feitas aos enfermeiros? Provavelmente o médico não é visto com a regularidade necessária. Os indivíduos que se queixaram representam menos de metade da amostra. Porque é que apesar de registarem níveis médios de dor, estes indivíduos não a referem aos profissionais de saúde? Pensa-se que existe uma certa relutância em falar da dor. Lavies, Hart, Rounsefell e Runciman (1992), num estudo verificou que os pacientes hesitam em queixar-se de dor, excepto se esta é severa. Sendo para esta amostra, a intensidade de dor relatada média a baixa, poderá ser este o motivo.

Dos que se queixaram de dor a estes profissionais, a maioria ficou satisfeita com a resposta dos médicos e muito satisfeita com a resposta dos enfermeiros. Sendo o médico a figura de chefia médica dotada de autonomia na prescrição de analgesia, porque será que os sujeitos se sentem mais satisfeitos com os enfermeiros? Pensa-se que os médicos não estão a dar a devida relevância à dor referida pelos doentes. Este resultado também foi encontrado por Hardy, West e Hill (1996), num estudo a 700 pacientes realizado no Reino Unido para estudar os aspectos proximais e organizacionais da satisfação do doente: estes autores encontraram que existe maior satisfação com o enfermeiros que com os médicos. Segundo este autor, poderá ser

em função dos diferentes papéis protagonizados por estes dois profissionais no processo de cuidados de saúde, e devido ao facto de os enfermeiros estarem mais tempo com os doentes.

Neste estudo foi diagnosticada satisfação generalizada. Este resultado pode ter sido influenciado pela avançada idade da amostra e pela baixa escolaridade. É de prever que indivíduos idosos e de baixo nível educacional tendem a estar mais satisfeitos dado que não questionam os procedimentos a que são sujeitos e não estão informados dos seus direitos. Williams e Calnan, (1991), encontraram que os idosos tendem a estar mais satisfeitos com a maioria dos cuidados hospitalares que pessoas mais novas ou de meia idade. Contudo há estudos contraditórios: por exemplo, Hulka et al. (1975 *cit. by* Aharony & Strasser, 1993), identificaram níveis baixos de satisfação em pacientes acima dos 60 anos. O nível educacional foi identificado como tendo um peso significativo na satisfação, no sentido de que altos níveis de satisfação estão associados a baixos níveis de educação (Hall & Dornan, 1990). Os sujeitos deste estudo eram na sua maioria idosos e com apenas quatro anos de escolaridade.

Será que têm medo de se queixar? De serem inconvenientes, perturbadores e temerem sofrer represálias por parte dos profissionais de saúde? Alguns investigadores sugerem que há relutância em queixarem-se por medo de tratamento desfavorável no futuro. Um estudo a pessoas idosas realizado por Tagliacozzo (1965 *cit. by* Stizia & Wood, 1997), com pacientes internados, assinalou que 68% da amostra sentia-se incapaz de expressar desejos, medos e críticas à equipa médica, tentando ser cooperantes. Ou será que estes elevados níveis de satisfação sugerem apenas que nada de muito mau aconteceu? Williams (1994), posicionou a sua teoria no sentido de a insatisfação só é expressa quando um acontecimento muito negativo ocorre. Desta forma uma resposta positiva numa investigação para a satisfação não deve ser interpretada como indicando que o cuidado foi bom, mas simplesmente que nada de extremamente mau ocorreu.

Também a altura da administração do questionário pode ter influenciado o resultado levando aos altos níveis de satisfação reportados, uma vez que na altura da entrevista os indivíduos desta amostra estavam internados, podendo ter medo de sofrer represálias ou serem ignorados pelos profissionais de saúde. De facto, Ley,

Kinsey e Atherton (1976 *cit. by* Aharony & Strasser, 1993), num estudo, verificaram que os pacientes entrevistados durante a sua estadia no hospital ou vários meses após alta expressam maior satisfação do que os pacientes que tiveram alta poucas semanas antes.

De igual modo, a existência de baixas expectativas quanto ao tratamento hospitalar para a dor pode explicar esta elevada satisfação. Não é esperado alívio da dor nem o seu cuidado por parte dos profissionais. Abramowitz, Cote e Berry (1987), acerca da relação entre as expectativas dos pacientes e satisfação geral, sugerem que pacientes com expectativas mais baixas tende a estar mais satisfeitos. De facto se os modelos que associam satisfação com o preenchimento de expectativas positivas é válido, então os altos níveis de satisfação que são constantemente relatados na saúde sugerem que a grande maioria dos pacientes ou são muito felizes com quase tudo, ou as expectativas dos pacientes são na sua generalidade baixas. Os resultados deste estudo relativamente à satisfação, não fugiram à regra.

Todos estes argumentos cimentam que a experiência de dor é modelada por inúmeros factores, confirmando-se a relevância dos factores emocionais na experiência da dor, e com base neste argumento a perspectiva de que um modelo de intervenção psicológica pode surtir efeitos benéficos em termos da reabilitação dos doentes submetidos a procedimentos médicos invasivos.

ESTUDOS FUTUROS

Seria interessante em futuras investigações em Portugal, o estudo da localização da dor, o seu padrão e factores de agravamento. Eisenberg et al. (2001), num estudo a indivíduos sujeitos a *bypass* coronário, verificou que a zona anterior esquerda do peito foi a localização mais comum para a dor, de acordo com a descrição dos doentes, seguida de dor central (na zona da cicatriz) em 47 casos, e dor no lado direito em 9 casos. Sessenta e quatro pacientes, indicaram um padrão intermitente para a dor, enquanto outros referiram um padrão flutuante, com dor constante, mas variando em intensidade. Os principais factores de agravamento da dor incluíam leve pressão na cicatriz (para 43 indivíduos) e na zona do peito anterior (35), acontecimentos stressantes (35) e roçar da roupa (31). Outros factores de agravamento menos comuns foram movimentos de braços e ombros, andar, respirar fundo e variações das condições atmosféricas. A descoberta mais importante do estudo referido é a constatação de que mais de metade dos pacientes submetidos a uma cirurgia BACT manifestaram uma dor crónica na zona anterior do peito, mas diferente da dor pré-operatória, pelo que seria interessante contactar os sujeitos meses após a cirurgia. De facto, Mailis, Umana e Feindel (2000), encontraram evidências de lesão definitiva do nervo intercostal em 73% dos indivíduos 5-28 meses depois da cirurgia por *bypass* coronário. O síndrome de dor pós *bypass* coronário é uma das complicações mais comuns a longo prazo, senão a mais comum, resultantes da cirurgia por *bypass* coronário, merecendo por isso mais atenção.

Um estudo interessante de realizar na população sujeita a cirurgia cardíaca seria a percepção da dor pelos enfermeiros dos seus doentes e a distribuição da analgesia. Graffam (1970 *cit. by* Watt-Watson et al., 2000), identificou dificuldades nos enfermeiros de reconhecer e tratar a dor dos doentes, concluindo que os enfermeiros valorizam a sua própria percepção da dor dos pacientes em vez de valorizarem os testemunhos dos pacientes. Watt-Watson et al. (2000), verificou que os doentes de enfermeiras que acharam que estes estavam a exagerar a dor, receberam menos analgésicos. Estudos reportam que pacientes que eram mulheres, idosos ou de minorias étnicas receberam menos analgesia opióide (McDonald, 1994).

Outro dado interessante de pesquisar na população portuguesa, seria a prevalência de depressão na população cardíaca. Taylor e Berra (1993), afirmam que pacientes com doença coronária têm maior incidência e prevalência de depressão, com valores de 30 a 75% na população cardíaca sendo de 10 a 30% após enfarte agudo do miocárdio.

Por último recomenda-se o estudo da aplicação de analgésicos menos conservadores e intervenções não farmacológicas, para assistir na redução da dor como recomendado por Puntillo e Weiss (1994).

CONCLUSÃO

A resposta contemporânea para as situações em número crescente da dor crónica e aguda, é a de um progressivo investimento numa “medicina da dor”, cuja génese é extraordinariamente tardia se considerarmos a longa história da medicina e a perenidade da dor. Com efeito só a partir da década de 40 se inicia o estudo sistemático da dor, vindo a preencher um vazio porque até então nada havia sido feito nesta área. Simultaneamente perfila-se como um domínio futuro, a avaliar pelo elevado número de pessoas afectadas pela dor e tomando o irredutível critério económico.

Patrão-Neves (1997), afirma que sob o ponto de vista da pessoa, a medicina da dor, assinala a viragem definitiva e irreversível no sentido da mais autêntica e efectiva humanização dos cuidados de saúde. A humanização da prática clínica que a medicina da dor protagoniza, transmite uma nova concepção da dor e da pessoa com dor que colocam a prática clínica no plano das relações interpessoais.

Lidar com o sofrimento individual, é lidar com o sofrimento do mundo. Tolerar-se a dor, na medida em que se confia na sua própria capacidade de vencer, na medida em que se acredita que, assim, se vai poder ultrapassar a situação vivida. Para Lalanda (1997), temos hoje meios de diminuir, senão de anular essas dores, para que o direito à saúde seja também o direito a viver com dignidade, em sintonia com todo o universo.

Diamond e Conion (1994), definem a dor como uma sensação complexa que resulta de impulsos que chegam ao sistema nervoso, da sua modulação no sistema nervoso e da interacção com a informação armazenada e a actividade emocional. Cada um destes factores é importante na determinação da forma mais eficaz de controlar a dor. Desta forma a sensação de dor após uma lesão sofre grande variação de uma pessoa para outra.

Qualquer que seja o mecanismo gerador (somático, neurogénica, psicogénico) a dor acompanha-se de diversas modificações físicas e psicológicas.

Segundo Millard (1995), os factores somáticos e psicológicos podem estar frequentemente associados, pelo que há necessidade de tratar a causa somática e psicológica se queremos controlar as manifestações algicas.

A evolução da sociedade e das tecnologias deve permitir a adopção o mais precoce possível duma terapia precoce, adaptada e bem conduzida. Oberlin (1995), a propósito dos serviços de medicina, afirma que é indispensável que haja uma formação em medicina da dor de forma a melhor avaliar e tratar as dores. Mais, afirma que já é tempo que todos os profissionais de saúde tenham uma política comum nesse domínio. Está provado que os atrasos na medicação, a ignorância dos sinais clínicos de dor trazem sofrimento.

Até as enfermeiras mais empáticas, podem não reconhecer os níveis de intensidade da dor que ocorre na cirurgia por *bypass* coronário (Cohen, Moore, Jones, Miner, Carter, Zucker et al., 1993). Normas culturais no serviço que resultam numa aceitação de consideráveis quantidades de dor aguda não aliviada merece no futuro maior atenção. Uma melhor compreensão das estratégias para encorajar pacientes a descrever a sua experiência de dor, e a procurar ajuda e encorajar os enfermeiros a estar atentos a isso é precisa.

De facto, o efeito da dor sobre a pessoa pode ser, pois não só altamente penalizador da constituição psico-física do homem, mas também devastador da constituição da pessoa enquanto tal, pelo que a necessidade de intervir directamente sobre a dor (pelo desenvolvimento de uma medicina da dor, pela criação de centros de dor) se coloca hoje com uma urgência gritante.

REFERÊNCIAS

Abramowitz, S., Cote, A. A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13, 122-130.

Acar, C., Jebara V. A., Portoghese, M., Beyssen, B., Pagny, J., Grare, P., et al. (1992). Revival of the radial artery for coronary artery bypass grafting. *Annals of Thoracic Surgery*, 54 (1), 652-660.

Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient Satisfaction: What we know about what we need to explore. *Medical Care Review*, 50 (1), 49-75.

Alla, M. A. (1997). Méthodes d'évaluation da la douleur. *Soins*, 614, 16-21.

American Pain Society Quality of Care Committee (1995). Quality Improvement Guidelines for the treatment of Acute Pain and Cancer Pain: *The Journal of the American Medical Association*, 274 (23), 1874-1880.

Barroso, L. (1992). O paciente e seu cirurgião. In J. Mello Filho (Ed.). *Psicossomática hoje* (pp. 259-263). Porto Alegre: Artes médicas.

Blessey, R. L. (1994). Aterosclerose: Um resumo do mecanismo básico da aterogênese, fisiopatologia e história natural. In S. Irwin, & J. S. Tecklin (Eds.). *Fisioterapia Cardiopulmonar* (2nd ed., pp. 7-19). Brasil: Editora Manole, Ltda.

-
- Bond, M. R. (1985). Cancer pain: Psychologic substrates and therapy. *Clinical Journal of Pain, 1*, 99-104.
- Carlier, A. M. (1996). Reconnaître, évaluer et traiter la douleur: un défi pour l'an 2000. *Soins, 606*, 35-37.
- Carmel, S. (1985). Satisfaction with hospitalization: A comparative analysis of three types of services. *Social Science and Medicine, 21* (11), 1243-1249.
- Clayman, C. (1992). *O coração: biblioteca médica da família*. Editora do Minho S.A..
- Clearly, P. D., Keroy, L., Karpanos, G., & McMullen, W. (1983). Patient assessment of hospital care. *Quality Review Bulletin, 15* (5), 172-179.
- Cohen, A. J., Moore, P., Jones, C., Miner, T. J., Carter, W. R., Zurcher, R. P., Lupkas, R., & Edwards, F. H. (1993). Effect of internal mammary harvest on postoperative pain pulmonary function. *Annals of Thoracic Surgery, 56*, 1107-1109.
- Con, A. H., Linden, W., Thompson, J. M., & Ignaszewski, A. (1999). The Psychology of men and women recovering from Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 19*, 152-161.
- Conacher, I. D., Doig, J. C., Rivas, L., & Pridie, A. K. (1993). Intercostal neuralgia associated with internal mammary artery grafting. *Anaesthesia, 48*, 1070-1071.

Conduché, C., Damour, J., Rodrigues, M., & Soldini, I. (1995). Détection, évaluation et prise en charge de la douleur. *Soins: Chirurgie*, 168, 12-17.

Diamond, A., & Conion, S. (1994). *Controlo da dor*. Oxford: Climepsi editores.

Dolce, J. J. (1987). Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25 (4), 289-299.

Eisenberg, E., Pultorak, Y., Pud, D., & Bar-El, Y. (2001). Prevalence and characteristics of post coronary artery bypass graft surgery pain (PCP). *Pain*, 92, 11-17.

Eng, J., & Wells, F. C. (1991). Morbidity following coronary artery revascularisation with the internal mammary artery. *Internal Journal of Cardiology*, 30, 55-59.

Fagnoni, C., Vanetti, S., & Oberlin, P. (1995). A dor pós-operatória. *Soins: Chirurgie*, 168, 28-31.

Ferreira, P. L. (1998). *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de estudos e investigação da Faculdade de Economia.

Galloway, A. C., Anderson, R. V., Grossi, E. A., Spencer, F. C., & Colvin, S. B. (1994). Acquired heart disease. In S. S. Schwartz (Ed.). *Principles of surgery* (6th ed., pp. 845-901). New York: McGraw-Hill.

Garibaldi, R. A., Britt, M. R., Coleman, M. L., Reading, J. C., & Pace, N. L. (1981). Risk factors for postoperative pneumonia. *The American Journal of Medicine*, 70, 677-680.

Ghoneim, M. M., Hinrichs, J. V., O'Hara, M. W., Mehta, M. P., Pathak, D., Kumar, V., & Clark, C. R. (1988). Comparison of psychologic and cognitive functions after general or regional anesthesia. *Anesthesiology*, 69, 507-515.

Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30, 811-818.

Hardy, G. E., West, M. A., & Hill, F. (1996). Components and predictors of patient satisfaction. *British Journal of Health Psychology*, 1, 65-85.

Hasenbos, M., Van Egmond, J., Gielen, M., & Crul, J. F. (1985a). Postoperative analgesia by epidural versus intramuscular nicomorphine after thoracotomy. Part I. *Acta Anaesthesiology Scandinavia*, 29, 572-576.

Hasenbos, M., Van Egmond, J., Gielen, M., & Crul, J. F. (1985b). Postoperative analgesia by epidural versus intramuscular nicomorphine after thoracotomy. Part II. *Acta Anaesthesiology Scandinavia*, 29, 577-582.

Hazard, R. G., Haugh, L. D., Green, J. A., & Jones, P. L. (1994). Chronic low back pain: the relationship between patient satisfaction and pain, impairment, and disability outcomes. *Spine*, 19, 881-887.

Irwin, S. (1994). Filosofia e estrutura de programa de reabilitação cardíaca. In S. Irwin, & J. S. Tecklin (Eds.). *Fisioterapia Cardiopulmonar* (2nd ed., pp. 3-5). Brasil: Editora Manole, Ltda.

Jamison, R. N., & Virts, K. L. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (4), 283-287.

Kottke, & Lehmann (1994). *Tratado de medicina física e reabilitação de krusen* (4th ed., vol. 2). São Paulo: Editora Monole, Ltda.

Lalanda, P. (1997). Humanizar a dor. Uma abordagem sócio-antropológica do sofrimento. *Dor*, 3/4, 13-16.

Lavies, N., Hart, L., Rounsefell, B., & Runciman, W. (1992). Identification of patient, medical and nursing staff attitudes to postoperative opioid analgesia : Stage 1 of a longitudinal study of postoperative analgesia. *Pain*, 48, 313-319.

Linder-Pelz (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science e Medicine*, 16 (5), 577-582.

Luna, M. C. B. (1995). A Dor. *Enfermagem em foco*, 17, 44-46.

Mailis, A., Umana, M., Feindel, C. M. (2000). Anterior intercostal nerve damage after coronary artery bypass graft surgery with use of internal thoracic artery graft. *Annals of Thoracic Surgery*, 69, 1455-1458.

McDonald, D. D. (1994). Gender and ethnic stereotyping and narcotic analgesic administration. *Research in Nursing and Health*, 17, 45-49.

McHorney, C. A., Ware, J. E., Rachel Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-form Health Survey (SF-36):III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patients Groups. *Medical Care*, 32 (1), 40-60.

Mechas, E. (1997). Preparação pré-operatória. *Actas do VI Seminário da AEISPA* (pp. 43-49). Lisboa: AEISPA.

Melo, E., Antunes, M., & Ferreira, P. L. (2000). Qualidade de vida em doentes submetidos a revascularização coronária. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19 (9), 889-906.

Miaskowski, C., Nichols R., Brody, R., Synold T. (1994). Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's quality assurance standards on acute and cancer-related pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9, 5-11.

Millard, R. W. (1995). Assessment of Pain and Pain behavior. In L. Cushman, & M. Scherer (Eds.). *Psychological assessment in Medical Rehabilitation* (pp. 237-265). Washington: American Psychological Association.

Ministério da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da saúde.

Moix, J. (1994). Modulación psicológica da la recuperación postquirúrgica. *Anuário de Psicologia*, 61, 79-84.

Moore, R., Follette, D. M., & Berkoff, H. A. (1994). Poststernectomy fractures and pain management in open cardiac surgery. *Chest, 106*, 1339-1342.

Murray, G. G., & Beller, G. A. (1983). Cardiac rehabilitation following coronary artery bypass surgery. *American Heart Journal, 105*, 1009-1018.

Oberlin, P. (1995). A dor aguda em cirurgia. *Soins: Chirurgie, 168*, 5-7.

O'Gara, P. T. (1988). The hemodynamic consequences of pain and its management. *Journal of Intensive Care Medicine, 3*, 3-5.

Oliveira, M., & Luz, P. (1992). O impacto da cirurgia cardíaca. In J. Mello Filho (Ed.), *Psicossomática hoje* (pp. 253-258). Porto Alegre: Artes médicas.

Pascoe, G., & Attkisson, C. (1983). The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning, 6*, 335-347.

Patrão-Neves, M. C. (1997). O sentido da dor na vida humana. O doente com dor: aspectos éticos. *Dor, 3/4*, 5-12.

Petterson, P. H., Lindskog, E. A., & Öwall, A. (2000). Patient-controlled versus nurse-controlled pain treatment after coronary artery bypass surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 44*, 43-47.

Pitts, M., Keiths, P. (1998). *The Psychology of Health: An Introduction* (2nd ed.). London: Routledge.

Press, I. R., Ganey, M. P. Malone (1990). Satisfied patients can spell financial well-being. *Healthcare Financial Management*, 45 (2), 34-36, 38, 42.

Puntillo, K., & Weiss, S. J. (1994). Pain: Its Mediators and Associated Morbidity in Critically Ill Cardiovascular Surgical Patients. *Nursing Research*, 43 (1), 31-36.

Ramalho, M. L. (1996). Intervenção psicológica na cirurgia. *Psicologia da saúde trabalhos de alunos VIII* (pp. 106-137). Lisboa: ISPA.

Regan, K., Kleinfeld, M. E., & Erick, P. C. (1994). Fisioterapia para pacientes com cirurgia abdominal ou torácica. In S. Irwin, & J. S. Tecklin (Eds.). *Fisioterapia Cardiopulmonar* (2nd ed., pp. 315-340). Brasil: Editora Manole, Lda.

Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. *Actas da III Conferência Internacional: Formas e Contextos* (pp. 163-176). Braga: APPORT.

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de Adaptação. *Psicologia Saúde & Doenças*, 1 (2), 77-99.

Ribeiro, J. L. P. et al. (n.d.). Satisfação do doente e dor pós-operatória. (em preparação).

Rubin, H. R. (1990). Patient evaluations of hospital care: A review of the literature. *Medical Care, Supplement*, 28, 3-9.

Santos, M. R. (1993). Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: Importância dos aspectos não técnicos da prestação. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 11 (4), 29-45.

Sebel, P. S., & Bovil, J. G. (1987). Opipoid analgesics and cardiac anaesthesia. In J. A. Kaplan (Ed.). *Cardiac anaesthesia* (2nd ed., pp 67-123). Orlando, FL : Grune & Stratton.

Selwyn, A. P., Braunwald, E. (1994). In Harrison (Ed.). *Principles of Internal Medicine* (13th ed., vol. 1, cap. 203). USA: McGraw-Hill.

Stizia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45 (12), 1829-1843.

Sullivan, S., & Schmitz, T. (1993). *Avaliação e tratamento em fisioterapia* (2nd ed., pp. 353-384). Brasil: Editora Manole, Ltda.

Swan, J. (1985). Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: fulfilment and equity effects. *Journal of Health Care Marketing*, 31 (5), 7-18.

Taylor, C. B., Berra, K. (1993). Psychosocial factors in rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 13, 78-79.

Tishelman, C. (1994). Cancer patients' hopes and expectations of nursing practice in Stockholm. *Scandinavian Journal of the Caring Sciences*, 8, 213-222.

Ware, J. E., & Hays, R. D. (1988). Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical Encounters. *Medical Care*, 26 (4), 393-401.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The Mos 36-item Short Form Health Survey (SF-36):I. Conceptual Framework and item Selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-480.

Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, R. & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 6, 247-263.

Warner, M. A., Offord, K. P., Lennon, R. L., Conover, M. A., & Jansson-Schumacher, U. (1989). Role of preoperative cessation of smoking and other factors in postoperative pulmonary complications: a blind prospective study of coronary artery bypass patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 64 (6), 609-616.

Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B., & Striner, D. (2000). The impact of Nurses' empathic Responses on patientes' pain Management in acute care. *Nursing Research*, 49 (4), 191-200.

Weisenberg, M. (1987). Pain and pain control. *Psychological Bulletin*, 84, 1008-1044.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. *Social Science & Medicine*, 38, 509-516.

Williams, S. J., & Calnan, M. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental, and hospital care settings. *Social Science & Medicine*, 33, 707-716.

Yeager, M. P., Glass, D. D., Neff, R. K., & Brinck-Johnsen, T. (1987). Epidural anaesthesia and analgesia in high-risk surgical patients. *Anaesthesiology*, 66, 729-736.

ANEXOS

Anexo A – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital de
Santa Marta

Ao Conselho de Administração
do Hospital de Santa Marta

Ex.^{mos} Senhores:

Elisabete Diogo Proença Nave Leal, a frequentar o Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, vem por este meio solicitar a vossas excelências permissão para realizar um estudo de investigação para dissertação no âmbito da dor aguda pós-operatória em cirurgia cardíaca, em colaboração com o Serviço de Anestesiologia deste hospital.

Agradece desde já a atenção dispensada por vossas excelências a este assunto, aguardando deferimento ao presente pedido.

Anexa o projecto de investigação em questão.

Atenciosamente

(Elisabete Nave Leal)

Lisboa, 7 de Dezembro de 2001

Anexo B – Autorização



HOSPITALS CIVIL
DE LISBOA



HOSPITAL DE SANTA MARTA

NI 16/CA
01 04 02

EXM^a SENHORA
D. ELISABETE NAVE LEAL
TECNICA DE FISIOTERAPIA DE
2^a CLASSE
SERVIÇO DE MEDICINA FISICA
E REABILITAÇÃO

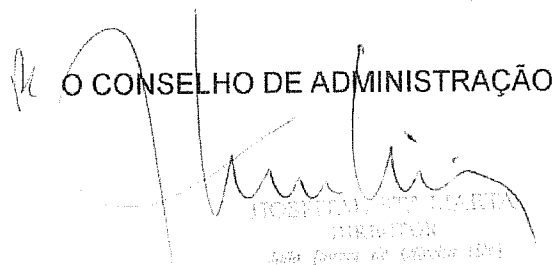
ASSUNTO: Pedido de realização de estudo de investigação

Para os devidos efeitos comunica-se a V.Ex^a que foi autorizada a realização do estudo de investigação, solicitado na carta datada de 10.12.2001.

Deverá combinar previamente com os Directores dos Serviços de Cirurgia Cardiorácica e Anestesiologia a data do início do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



HOSPITAL DE SANTA MARTA
LISBOA
Rua de Santa Marta 1169-024 Lisboa

Anexo C – Consentimento Informado

Ex.^{mo(a)} Senhor(a):

Chamo-me Elisabete Nave Leal e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Estou a estudar as variáveis emocionais que influenciam a percepção da dor pós-operatória, em colaboração com o Serviço de Anestesiologia do Hospital de Santa Marta.

A sua participação é fundamental e necessária, sendo totalmente voluntária. Garante-se a total confidencialidade dos dados, não havendo qualquer consequência pela recusa em participar neste projecto.

Este projecto reveste-se de grande importância na escassa pesquisa existente nesta inovadora e recente área de pesquisa, garantindo-se caso o deseje a consulta dos resultados desta investigação no Serviço de Anestesiologia. Mais se informa que este projecto é supervisionado pelo Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

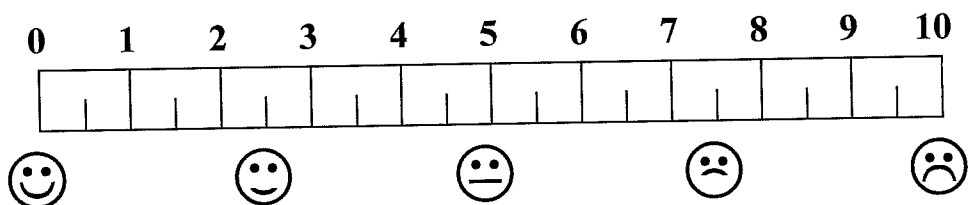
Eu, _____, tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura _____ data _____

Anexo D – Instrumento

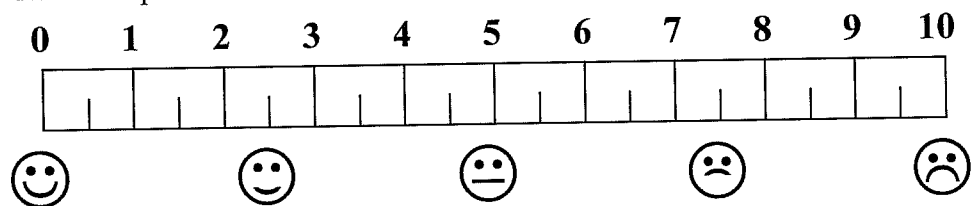
24 horas

Assinale quanta dor sente neste momento



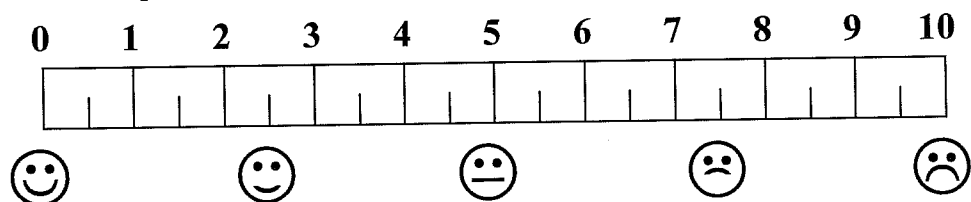
48 horas

Assinale quanta dor sente neste momento

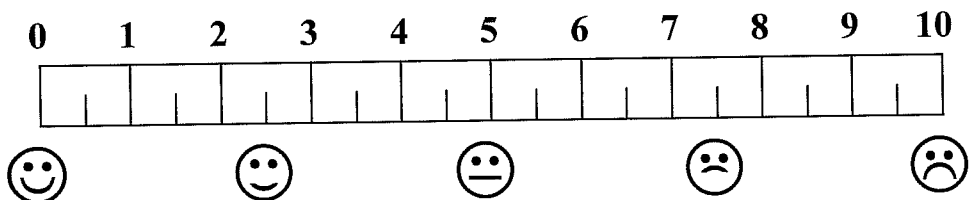


5º Dia (pré-alta)

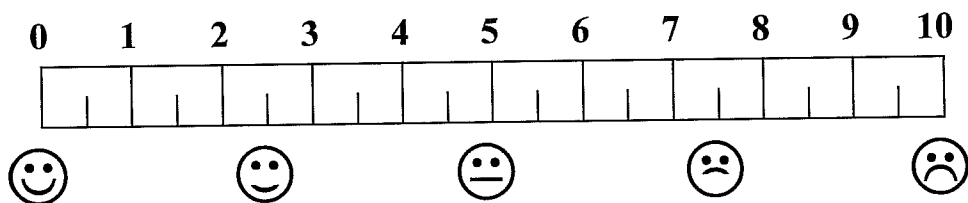
Assinale quanta dor sente neste momento



Indique a dor mais forte que sentiu nas últimas 24 horas



Nesta linha, indique a dor média que sentiu nas últimas 24 horas



Sexo: masculino

feminino

Idade: _____ anos

Último ano que frequentou a escola: _____ ano

Características da Cirurgia:

Número de *Bypass* : _____

Patologias associadas: _____

Euroscore: risco ≥ 6

3 – 5

0 – 2

Recebeu a visita do anestesista antes da sua cirurgia ou foi a uma consulta de anestesia?

Sim

Não

Considera que a visita foi útil para esclarecimento dos procedimentos anestésicos?

Sim

Não

Como é que se sentiu na altura de entrar para o bloco?

Não se lembra

Calmo

Indiferente

Nervoso

Em pânico

Como é que classificaria a sua passagem pelo bloco operatório?

Não se lembra

Boa

Indiferente

Má

Depois de operado:

Como classificaria o seu acordar?

Bom

Mau

Qual a sensação de estar ligado ao ventilador com um tubo na boca?

Não se lembra

Mau

Indiferente

Teve queixas de:

Tosse Sim

Não

Dificuldade em respirar Sim

Não

Rouquidão Sim

Não

Dor de garganta Sim

Não

Outras: _____

Como classificaria a sua relação com a anestesia?

Não se lembra

Boa

Indiferente

Má

Em geral como diria que é a sua saúde?

(faça um círculo à volta de um número)

Excelente	1
Muito Boa	2
Boa	3
Fraca	4
Muito Fraca	5

Em comparação com há um ano atrás, como classificaria, agora, a sua saúde em geral?

(faça um círculo à volta de um número)

Muito melhor do que há um ano	1
Um pouco melhor do que há um ano atrás	2
Mais ou menos na mesma	3
Um pouco pior do que há um ano atrás	4
Muito pior do que há um ano atrás	5

As questões seguintes pretendem avaliar a forma como se sente agora que passaram alguns dias após ter sido operado, com que frequência

(por favor assinale um círculo em cada linha)

	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	BASTANTE TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
a. se sente muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
b. se sente tão deprimido que nada o anima?	1	2	3	4	5	6
c. se sente calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
d. se sente triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
e. se sente feliz?	1	2	3	4	5	6

As questões seguintes pretendem avaliar a forma como se sentia nas semanas anteriores à operação.

Com que frequência, antes da operação

(por favor assinale um circulo em cada linha)

	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	BASTANTE TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
a. se sentia muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
b. se sentia tão deprimido que nada o animava?	1	2	3	4	5	6
c. se sentia calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
d. se sentia triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
e. se sentia feliz?	1	2	3	4	5	6

Pense em si em condições normais, sem ser no presente momento em que está sob os efeitos da operação, e a resposta que melhor descreve quanto verdadeira ou falsa, é para si cada uma das seguintes afirmações.

(por favor assinale um número em cada linha)

	ABSOLUTA MENTE VERDADE	VERDADE	NÃO SEI	FALSO	ABSOLUTA MENTE FALSO
a. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
b. Estou convencido/a que a minha saúde vai melhorar	1	2	3	4	5
c. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5
d. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5

Pense nos dias que se seguiram à operação, e assinale a resposta que melhor descreve quanto verdadeira ou falsa, é para si cada uma das seguintes afirmações.

(por favor assinale um número em cada linha)

	ABSOLUTAMENTE VERDADE	VERDADE	NÃO SEI	FALSO	ABSOLUTAMENTE FALSO
a. Estava à espera de ter muito mais dores do que as que tive realmente	1	2	3	4	5
b. Afinal, as dores que tive depois da operação foram fáceis de aguentar	1	2	3	4	5
c. Estou muito satisfeito com o apoio que o pessoal médico me deu	1	2	3	4	5
d. Tenho menos dores agora do que antes da operação	1	2	3	4	5
e. O apoio que as pessoas que estavam na enfermaria me deram foi fundamental para que as minhas dores melhorassem	1	2	3	4	5
f. As minhas dores diminuíram muito desde que acordei da operação	1	2	3	4	5
g. Penso que no futuro vou ter poucas dores	1	2	3	4	5
h. Quando eu tinha muitas dores os tratamentos que me fizeram reduziam bastante as dores	1	2	3	4	5
i. Tenho uma boa capacidade para lidar com a dor	1	2	3	4	5
j. Quando tenho dores sei o que devo fazer para as diminuir	1	2	3	4	5

Selecione a frase que indica a sua satisfação ou insatisfação com os resultados do tratamento para a dor em geral

muito insatisfeito

ligeiramente satisfeito

insatisfeito

satisfeito

ligeiramente insatisfeito

muito satisfeito

Selecione a frase que indica a sua satisfação ou insatisfação com a maneira como as enfermeiras responderam (com aquilo que faziam) quando se lhes queixava de dores

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> muito insatisfeito | <input type="checkbox"/> ligeiramente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> insatisfeito | <input type="checkbox"/> satisfeito |
| <input type="checkbox"/> ligeiramente insatisfeito | <input type="checkbox"/> muito satisfeito |

Selecione a frase que indica a sua satisfação ou insatisfação com a maneira como os médicos responderam (com aquilo que faziam) quando se lhes queixava de dores

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> muito insatisfeito | <input type="checkbox"/> ligeiramente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> insatisfeito | <input type="checkbox"/> satisfeito |
| <input type="checkbox"/> ligeiramente insatisfeito | <input type="checkbox"/> muito satisfeito |

Quando pedia um medicamento para a dor qual foi o tempo mais longo que de correu até que lho dessem?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> < 10 minutos | <input type="checkbox"/> > 60 minutos |
| <input type="checkbox"/> 11 – 20 minutos | <input type="checkbox"/> pediu mas nunca a recebeu |
| <input type="checkbox"/> 21 – 30 minutos | <input type="checkbox"/> nunca pediu medicação |
| <input type="checkbox"/> 31 – 60 minutos | |

Se a medicação para a dor não fez efeito e pediu medicação diferente, quanto tempo levou até que lhe mudaram a medicação para algo mais forte?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 1 hora | <input type="checkbox"/> 5 – 8 horas |
| <input type="checkbox"/> 1- 2 horas | <input type="checkbox"/> 9 – 24 horas |
| <input type="checkbox"/> 3 – 4 horas | <input type="checkbox"/> > 24 horas |
| <input type="checkbox"/> não pediu mudança de medicação | |