

CONSUELO GARCIA CORRÊA

**DOR : VALIDAÇÃO CLÍNICA NO PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Orientadora:
Prof. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

São Paulo

1997

***Aos meus pais, Claudionor e Erotides,
com gratidão pelas oportunidades que
me ofereceram.***

***Ao meu querido Ricardo, com quem
compartilho a realidade e os sonhos,
pelo apoio e incentivo oferecidos em
todo esse processo.***

***À minha princesa Marcela, por
acrescentar alegria e determinação a
tudo que faço.***

AGRADECIMENTO ESPECIAL:

À minha orientadora Prof. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, pelo direcionamento sábio e amigo nos momentos mais delicados deste trabalho e, principalmente, pela retribuição do respeito e admiração que lhe dedico.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Jair Lúcio Ferreira Santos, pela disponibilidade e competência na orientação estatística.

À Cibele Andrucoli de Matos Pimenta, Andréia Portenói e Eliane Corrêa Chaves, pela importante contribuição oferecida ao conteúdo deste trabalho.

À Maria Lúcia Aulicino Corrêa, pela disponibilidade e colaboração na correção gramatical.

Ao Departamento de Enfermagem e Universidade Estadual de Maringá, por minha aceitação no programa de capacitação docente da instituição.

À Divisão de Enfermagem do INCOR - HCFMUSP, especialmente à enfermeira Leda Maria Doccossi, pela colaboração e apoio prestados na coleta de dados.

Aos amigos Yeda, Paulo, Arthur e Maria Antonieta, simplesmente por tudo.

À todos os pacientes que concordaram em fazer parte deste estudo, pela disponibilidade e atenção oferecidos em momento tão pessoal e de intenso sofrimento em que expuseram sua dor. Sem essa atitude de humildade e confiança, este trabalho nunca poderia ter sido concretizado.

SUMÁRIO

Lista de Quadros

Lista de Figuras

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos	22
2 SUJEITOS e MÉTODOS	23
2.1 Etapa 1 - Validação da definições operacionais	25
2.2 Etapa 2 - Estudo clínico das características definidoras	33
3 RESULTADOS e DISCUSSÃO	48
4 CONCLUSÕES	99
ANEXOS	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos valores obtidos na descrição da dor pelo uso do Questionário de dor McGill	54
---	-----------

Figura 2 - Distribuição da média de escores obtidos pelos pacientes com e sem dor na utilização do Inventário de Estado de Ansiedade de SPIELBERGER	69
--	-----------

Figura 3 - Distribuição dos escores totais obtidos pelos pacientes com e sem dor na aplicação do Inventário de Depressão de BECK	72
---	-----------

LISTA DE QUADROS

QUADRO I - Características definidoras da dor identificadas na literatura e reformuladas para estudo clínico	27
QUADRO II - Características definidoras estudadas no campo clínico	33
QUADRO III - Caracterização da população estudada	36

QUADRO IV - Testes estatísticos realizados para análise das variáveis estudadas	45
QUADRO V - Caracterização da dor nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca	50
QUADRO VI - Classificação das características definidoras segundo as frequências de ocorrência nos pacientes com dor	56
QUADRO VII - Frequências ou médias (desvios-padrão) das características definidoras segundo grupos de pacientes com dor e sem dor e a interpretação dos testes estatísticos	61
QUADRO VIII - Características definidoras distribuídas segundo frequências de ocorrência no grupo com dor e interpretação estatística das diferenças entre os grupos com e sem dor	94
QUADRO IX - Características validadas para o diagnóstico de dor em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca	97

RESUMO

CORRÊA, C. G. **Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca.** São Paulo, 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

O objetivo deste estudo foi estimar a validade de conteúdo das características definidoras da dor. A população foi composta por dois grupos de 40 pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Um dos grupos foi composto por pacientes com dor e o outro grupo por pacientes sem dor no momento da avaliação. As características estudadas foram classificadas em função da frequência de ocorrência nos pacientes com dor, como maiores

- entre 80 e 100%, menores - entre 50 e 79% e irrelevantes - inferior a 50%. Trinta e duas características definidoras possíveis foram identificadas na literatura. Para cada característica definidora foi construída uma definição operacional com critérios para sua mensuração que foram validados por juízes. Todos os pacientes foram observados e entrevistados quanto a presença de cada uma das características definidoras. Foram aplicados testes estatísticos paramétricos e não-paramétricos para identificar as diferenças entre os grupos segundo as características definidoras. O grupo de pacientes com dor foi estatisticamente diferente do grupo de pacientes sem dor pela maior frequência de ocorrência ou por apresentar escores mais elevados nas seguintes dezenove características definidoras: Maiores- comunicação de descritores de dor, desconforto, medo da dor, alteração no padrão de sono, comportamento protetor, comportamento doloroso, irritabilidade, inquietação, expressão facial de dor, aumento da frequência cardíaca, imobilidade; Menores- ansiedade, diminuição na ingestão de alimentos, focalização limitada, afastamento do contato social, prejuízo nos processos de pensamento, postura não usual, elevação da pressão arterial, alteração no padrão respiratório. Estudos similares em outras populações com dor aguda e com dor crônica serão úteis para o desenvolvimento do conhecimento nessa área.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem; Dor; Validação clínica.

ABSTRACT

CORRÊA, C. G. Pain: clinical validation with post-operative heart surgery patients. São Paulo. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

The aim of this study was to estimate the content validity of pain defining characteristics. The sample consisted of two groups of 40 post-operative heart surgery patients of which one was composed of patients experiencing pain. The defining characteristics were graded according to frequency in the patients in pain: major, minor and irrelevant. Thirty-two possible defining characteristics were identified in the literature. Operational definitions and

measurement criteria were developed for each of the defining characteristics being validated by experts. Each patient was observed and interviewed with regard to the presence of each of the defining characteristics. Parametric and non-parametric statistical tests were performed in order to identify the differences between groups according to defining characteristics. The group experiencing pain had statistically different results from the group without pain because there was a higher frequency or higher scores in the following nineteen defining characteristics: Major- verbal report of pain, discomfort, fear of reinjury, sleep disturbance, guarding behaviour distraction behaviour, irritability, restlessness, facial expressions of pain, increased heart beat, immobility; Minor- anxiety, loss of appetite, self focus, withdrawal, impaired thought process, unusual posture, increased blood pressure and changes in respiratory patterns. Studies of the same defining characteristics in other sample groups of acute and chronic pain patients might be useful in the development of knowledge in this field.

Keywords: Nursing diagnosis; Pain; Clinical validation

INTRODUÇÃO

O enfoque deste estudo é a validação clínica das características definidoras da dor na situação de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Como uma das respostas humanas que representam fenômenos de interesse clínico na enfermagem, a dor estabelece a necessidade de atuação profissional específica em sua abordagem. Na evolução do movimento dos diagnósticos de enfermagem ela tem sido considerada como uma categoria diagnóstica. Assim sendo, é necessário que seja testada e validada nos diferentes contextos clínicos em que ocorre.

A dor é um fenômeno comum e de grande incidência nas unidades de recuperação pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca associada ao traumatismo tissular causado pelo procedimento cirúrgico de grande porte, o que justifica o estudo das suas características definidoras junto a este tipo de clientela. Considera-se que a familiaridade da equipe de atendimento com diagnóstico e tratamento dessa manifestação clínica de forma rápida e eficaz é fundamental no cuidado ao doente nessa condição.

O ponto central para o desenvolvimento de uma ciência clínica é a descrição dos fenômenos de interesse. Na enfermagem a identificação das situações de saúde diagnosticadas e tratadas pelas enfermeiras é o passo inicial na organização e construção de uma ciência clínica (GORDON; SWEENEY,1979). Uma disciplina científica necessita de conceitos, hipóteses e teorias desenvolvidos e testados que a distingam de outros domínios do conhecimento.

Na elaboração de modelos conceituais para a enfermagem as teóricas de enfermagem referem-se ao domínio dos problemas de saúde com diferentes abordagens. Tais abordagens não mostram ainda um consenso sobre onde está o foco dos diagnósticos de enfermagem: as necessidades humanas, respostas ao estresse, padrões do homem unitário, déficit de autocuidado ou adaptação, entre outros. Existe, entretanto, unanimidade em considerar que o modelo médico biológico baseado no funcionamento fisiopatológico do indivíduo não abrange todos os propósitos da enfermagem. Na realidade, a enfermagem encontra-se em estágio inicial na tarefa de elaboração de um modelo teórico relevante que possa ser utilizado na pesquisa clínica sob diferentes aspectos: estudos preditivos; estabelecimento e comparação de intervenções relacionadas aos diagnósticos de enfermagem; inter-relacionamento de resultados dessas intervenções e identificação de prognósticos (GORDON; SWEENEY, 1979).

Segundo WOOLDRIDGE; BROWN; HERMAN (1993) o desenvolvimento das teorias associadas aos diagnósticos de enfermagem tem contribuído e continuará contribuindo para o conhecimento científico das respostas humanas pertinentes à enfermagem.

Durante o século vinte, o julgamento clínico em enfermagem desenvolveu-se como um componente visível na prática e um conceito essencial na educação. As enfermeiras têm constantemente colhido informações dos clientes através do levantamento de dados e usado essas informações para fazer suas análises e julgamentos sobre as necessidades

de cuidados nesses clientes. Há cerca de três décadas atrás, este processo passou a ser chamado de *diagnóstico de enfermagem* (GORDON,1994).

A AMERICAN NURSES ASSOCIATION - ANA (1980) define a função da enfermagem como sendo o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde atuais e potenciais. Os diagnósticos de enfermagem são propostos como foco central para a conceituação do domínio da enfermagem, além de contribuírem significativamente para a prática por servirem de estrutura para delinear, organizar e comunicar o conhecimento de enfermagem de maneira sistematizada, pela identificação das respostas humanas que as enfermeiras identificam e tratam.

Diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre a resposta atual ou potencial do indivíduo/família ou comunidade a problemas de saúde/ processos vitais. Esse julgamento é a base para a escolha de intervenções direcionadas a resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA,1996).

Segundo KEER et al. (1991) os diagnósticos de enfermagem representam a síntese do levantamento e análise dos dados do paciente e as condições clínicas que são mais relevantes para a enfermeira e que requerem intervenção de enfermagem. Essas autoras consideram que os diagnósticos direcionam a prestação dos cuidados de enfermagem e influenciam diretamente sobre os resultados desse cuidado para o paciente.

Desde 1973, com a First Conference on Nursing Diagnoses, enfermeiras americanas têm direcionado esforços para a identificação de

diagnósticos de enfermagem e classificação dos termos identificados. Na evolução desse movimento foi criada a North American Nursing Diagnoses Association - NANDA, em 1982. Esse organismo manteve entre os seus objetivos os estabelecidos em 1973, dando assim continuidade ao trabalho iniciado com a organização e realização de conferências bienais específicas sobre o assunto.

Durante essas conferências os diagnósticos de enfermagem considerados suficientemente claros para testes clínicos são aceitos e, dessa forma, incorporados à Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Periodicamente a associação edita uma publicação que contém a classificação dos diagnósticos oficialmente aceitos para testes clínicos. Nessa publicação, cada categoria nominal dos diagnósticos é seguida de uma definição que deve expressar o significado da categoria, suas características definidoras e fatores relacionados (CRUZ,1994). As características definidoras são os indicadores clínicos que devem estar presentes, para que o diagnóstico possa ser afirmado. Os fatores relacionados são os fatores que favorecem a ocorrência ou a manutenção do diagnóstico de enfermagem (GRANT; KINNEY,1992).

Os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA são possíveis respostas a problemas de saúde ou processos vitais que a enfermeira identifica e trata e que já foram oficialmente aceitos e classificados. O objetivo é desenvolver uma taxonomia dos diagnósticos de enfermagem. O desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem e da sua

taxonomia, entretanto, encontram-se nos estágios iniciais, o que implica na validação dos diagnósticos aceitos pela NANDA.

Essa validação é um trabalho contínuo e específico para cada diagnóstico. Além disso, as respostas humanas que o enfermeiro diagnostica e trata são múltiplas, complexas, multidimensionais, variando de indivíduo para indivíduo, o que implica na necessidade de pesquisas e estudos a respeito dos componentes de cada diagnóstico em diferentes populações.

Apesar das características definidoras e fatores relacionados dos conceitos diagnósticos poderem ser identificados por uma ou mais enfermeiras com base em suas experiências clínicas, esses conteúdos precisam ser validados por meio de cuidadosos métodos de pesquisa (CARLSON-CATALANO; LUNNEY, 1995).

A validade dos diagnósticos de enfermagem é estimada por vários métodos de pesquisa, preferencialmente pelos métodos que melhor estabelecem clinicamente a presença da resposta e as características definidoras a ela associadas numa população específica (WOODTLI, 1995).

Este estudo trata da validação clínica do diagnóstico de dor junto a pacientes com trauma tissular devido a cirurgia cardíaca.

A NANDA inclui a Dor e Dor Crônica como diagnósticos de enfermagem em sua classificação. Segundo McFARLAND; McFARLANE (1989) a inclusão de um diagnóstico na classificação indica que ele apresenta prontidão para uso e contínuo desenvolvimento, fundamentado em estudos clínicos. A classificação dos diagnósticos de enfermagem insere

as respostas de dor e dor crônica no Padrão de Resposta Humana SENTIR, um dos nove padrões da classificação. A dor como diagnóstico de enfermagem é classificada em nível mais elevado do que a dor crônica, indicando que a dor é um fenômeno mais abstrato que a dor crônica e que esta última apresenta maior especificidade clínica. Para essas autoras a dor é um fenômeno complexo, uma experiência subjetiva que pode ser percebida somente por quem a sofre e um fenômeno multidimensional que pode ser descrito pela localização, intensidade, nos aspectos de tempo e duração, qualidade, impacto e significado. A dor não ocorre de forma isolada, mas é vivenciada por um ser humano específico em um contexto psicossocial, econômico e cultural que influencia no significado, na experiência e nas expressões verbais e não verbais de dor.

A NANDA (1994) descreve a dor e dor crônica nos aspectos de: definição, características definidoras e fatores relacionados como apresentados a seguir:

DOR

Definição: é o estado em que um indivíduo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou ao menos uma sensação desconfortável.

Características. Definidoras :

- . comunicação de descritores da dor;
- . comportamento protetor ou receoso;
- . auto-focalização;

.focalização limitada (percepção alterada do tempo/ afastamento do contato social/ prejuízo do processo de pensamento);

. comportamento de distração (gemer, chorar, lamuriar-se, caminhar, procurar por outras pessoas ou atividades, inquietar-se);

. máscara facial de dor (olhar abatido, feição oprimida, movimentos fixos ou dispersos, fisionomia alterada);

. alteração no tônus muscular (podendo variar de fadiga a rigidez);

. respostas autonômicas não observadas na dor crônica estável (diaforese, alterações na pressão sanguínea e frequência de pulso, dilatação pupilar, aumento ou diminuição da frequência respiratória).

Fatores Relacionados :

.Agentes de lesão (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

DOR CRÔNICA

Definição: o estado em que o indivíduo experimenta dor que se prolonga por mais de seis meses.

Características Definidoras :

.referência verbal ou evidência observada de dor experimentada por mais de seis meses;

. medo de nova lesão;

. afastamento das atividades físicas e sociais;

. habilidade alterada para continuar atividades prévias;

. anorexia;

- . alterações no peso;
- . mudanças no padrão pessoal de sono;
- . máscara facial;
- . movimentação protetora.

Fatores Relacionados :

- . incapacidade física/psicossocial crônica.

Dor é um conceito histórico e cultural que acompanhou o desenvolvimento da humanidade mas se modifica em cada cultura dentro de sua visão de realidade. No início das civilizações, a dor estava associada à religiosidade representando pecado e castigo divino. A medicina chinesa define dor e enfermidade como um estado de desequilíbrio associado a um conceito cosmológico de relação dinâmica do homem com a harmonia universal. A evolução da ciência médica, direcionada pelo enfoque científico da atualidade, percorreu um caminho fértil de importantes descobertas na explicação fisiológica do fenômeno doloroso bem como no desenvolvimento de substâncias e procedimentos antálgicos (MELZACK; WALL, 1994).

Segundo MEINHART;McCAFFERY (1983) o fato desconcertante é que não existe concordância sobre a nocicepção, ou seja, o que realmente causa a sensação dolorosa, sua expressão e incapacidade. Não somente existem questões sobre a influência cultural e psicológica na dor, mas há considerável controvérsia e lacuna de conhecimento sobre como um estímulo é transformado em dor consciente. A anatomia e fisiologia

envolvidas na recepção, transmissão e percepção da dor são extremamente complexas.

O conceito de dor envolve fenômenos distintos e complexos. Segundo TEIXEIRA; CORRÊA; PIMENTA (1994) a dor tem uma qualidade sensorial complexa, freqüentemente não relacionada ao grau de lesão tecidual. A interpretação da sensação dolorosa envolve não apenas os aspectos físico-químicos da nocicepção, mas também os componentes socio-culturais dos indivíduos e as particularidades do ambiente onde o fenômeno nociceptivo é experimentado.

A dor foi conceituada em 1986 pela IASP (International Association for the Study of Pain) como "uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências" (TEIXEIRA; CORRÊA; PIMENTA,1994).

A dor pode ser classificada em aguda e crônica segundo TEIXEIRA; CORRÊA; PIMENTA (1994): a dor aguda tem função de alerta, segue-se à lesão tecidual e, geralmente, desaparece com a resolução do processo patológico. A dor aguda apresenta-se bem determinada no tempo e associa-se a alterações neurovegetativas tais como: taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, palidez, expressão facial de intenso desconforto, agitação psicomotora e ansiedade. Embora fatores psicológicos e ambientais tenham influência na vivência da dor aguda, raramente participam como fator primário. A fisiopatologia da dor aguda é bem

compreendida, o diagnóstico etiológico não é difícil e seu controle é adequado.

A dor crônica pode ser considerada como aquela que persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão, ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente em intervalos de meses ou anos. A utilização do período de seis meses como critério para definir dor crônica é arbitrário e inadequado, visto as diferentes evoluções apresentadas pelos diversos processos patológicos. Na dor crônica de forma geral, não ocorrem as respostas neurovegetativas presentes na dor aguda devido a adaptação dos sistemas neuronais. A dor crônica é causada por processos patológicos crônicos nas estruturas somáticas ou viscerais, ou por disfunção prolongada do sistema nervoso periférico, do sistema nervoso central, ou ambos. Na forma crônica, a dor não tem a função biológica do alerta e freqüentemente gera estresse físico e emocional com conseqüências econômicas e sociais significativas para o doente e sua família. Gera incapacidade de trabalho, alterações de sono, do apetite, da vida afetiva e alterações de humor caracterizadas principalmente pela instalação de quadros depressivos (TEIXEIRA; CORRÊA; PIMENTA, 1994).

A dor é descrita por MELZACK; WALL (1994) como um fenômeno multidimensional. É uma experiência pessoal e subjetiva influenciada pelo aprendizado cultural, significado da situação, atenção e outras variáveis psicológicas. O processo de dor não começa com a estimulação de receptores. Ocorre um processo cerebral de seleção,

abstração e síntese da informação proveniente do sistema sensitivo. A dor não é portanto, um produto final simples de um sistema de transmissão linear, mas sim um processo dinâmico que envolve interações contínuas entre os complexos sistemas ascendentes e descendentes.

O conceito de dor evoluiu no sentido de ser considerada um fenômeno com três dimensões principais: 1) sensorial-discriminativa; 2) afetivo-motivacional; 3) cognitivo-avaliativa. Segundo MELZACK; WALL (1994) essas dimensões da experiência dolorosa estão determinadas em sistemas fisiologicamente especializados do cérebro: a dimensão sensorial-discriminativa é influenciada primariamente pela condução rápida dos sistemas espinais; as características afetivo-motivacionais são sustentadas por atividade nas estruturas límbicas e reticulares e influenciadas por transmissões lentas dos sistemas espinais; processos elevados do sistema nervoso central a nível cortical, tais como avaliação do estímulo em termos de experiência passada, exercem controle sobre os sistemas discriminativo e motivacional.

A dor é uma manifestação clínica que surge com grande frequência nos serviços de saúde, sendo a sua avaliação uma tarefa complexa para o enfermeiro que presta cuidados diretos ao seu cliente. A identificação e avaliação da dor são o passo mais importante no direcionamento da intervenção de enfermagem com o objetivo de minimizar o sofrimento dos pacientes que apresentam tal problema. A presença de dor no paciente em estado crítico traz sofrimento adicional importante com

repercussões nas esferas bio-psicológicas, transformando-a em um tema de grande importância para a enfermagem (PIMENTA et al.,1992).

A dor tem repercussões fisiológicas genericamente referidas como respostas ao estresse que, atualmente são vistas como respostas de não adaptação que podem levar a sérias complicações no doente crítico (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, 1995).

O controle da dor pós-operatória parece ter evoluído pouco durante os últimos anos, apesar do reconhecimento da inadequação do seu tratamento, da introdução de novos agentes e técnicas para o tratamento da dor aguda (BONNET,1993). A atuação das enfermeiras pode ser prejudicial no tratamento da dor pós-operatória devido ao provável conhecimento inadequado sobre a farmacologia dos opiáceos e à preocupação excessiva com o risco de desenvolver hábito e dependência, além de falhas na avaliação da dor dos pacientes (BONNET,1993).

O paciente em estado crítico está sujeito a inúmeras situações estressantes, que vão desde a própria condição patológica até os processos de diagnóstico e de intervenção. A presença da dor acarreta aumento substancial de sofrimento, além de freqüentemente esse indivíduo se encontrar impossibilitado de comunicar seu desconforto pelo uso frequente e imperativo de artefatos e restrições impostas pelos métodos terapêuticos. O alívio da dor dos pacientes de UTI é prioritário no cuidado prestado pelos profissionais de saúde, não apenas por razões humanas e éticas, mas também pela melhora que produz no estado físico, mental e social do paciente (PIMENTA et al.,1992).

A dor pós-operatória permanece sendo um problema que não foi suficientemente ponderado e cuja solução é seguidamente mal-orientada (FOTHERGILL-BOURBONNAIS; WILSON-BARNETT,1992 /PIMENTA et al.,1992). O caráter subjetivo da dor torna sua avaliação difícil. Os métodos de avaliação consideram cada vez mais o caráter multidimensional do fenômeno. As dores crônicas são principalmente associadas a fatores emocionais e comportamentais, mas segundo BONNET (1993) os mesmos intervêm igualmente na percepção das dores agudas pós-operatórias. Cada um dos componentes da dor modifica-se independentemente podendo ser avaliado de modo isolado através de métodos multidimensionais e mostra, ao menos em parte, o não alinhamento entre a intensidade do estímulo nociceptor e a intensidade da dor percebida (BONNET,1993).

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e serviços de emergência, a equipe de saúde depara-se freqüentemente com quadros algícos que trazem consigo a expectativa de alívio e resolução num espaço de tempo delimitado. Em epidemiologia há relevância para as dores relacionadas ao infarto agudo do miocárdio, infarto mesentérico e apendicite além de dores geradas por traumatismos e cirurgias de grande porte (TEIXEIRA; CORRÊA; PIMENTA,1994).

Desde o início do movimento dos diagnósticos de enfermagem em 1973, a dor foi incluída na classificação da NANDA (GORDON,1994). Nessa época estava designada como Alterações no Nível de Conforto com especificação para alterações no nível de conforto

fisiológico, psicológico, ambiental e espiritual. No desenvolvimento dos diagnósticos ocorreram mudanças na nomenclatura da dor. Segundo GORDON (1994) a seqüência das alterações de nomenclatura do diagnóstico DOR ocorreu conforme se segue:

1975 - Alterações no Conforto : Desconforto

1978/1980/1982/1984 - Alterações no Conforto : Dor

1986/1988 - Alterações no Conforto : Dor

Alterações no Conforto : Dor Crônica

A partir de 1990 - Dor

Dor Crônica

Durante a trajetória dos trabalhos de validação e refinamento do diagnóstico de DOR além das mudanças na nomenclatura ocorreram alterações na definição, características definidoras e fatores relacionados. Conforme a mais recente publicação da NANDA em 1996, o diagnóstico passa a ser descrito como:

DOR

Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável resultante de dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal dano (International Association for the Study of Pain); de início súbito ou lento, com intensidade que varia de leve a severa, com final previsível ou esperado e uma duração menor que 6 meses.

Características. Definidoras :

Maiores :

. comunicação verbal ou não-verbal de dor;

- . evidência observada;
- . posição antálgica;
- . comportamento protetor ou prevenido;
- . gestos antálgicos;
- . máscara facial de dor (olhar abatido, feição oprimida, movimentos fixos ou dispersos, fisionomia alterada);
- . distúrbios do sono.

Menores :

- . auto-focalização;
- .focalização limitada (percepção alterada do tempo/ interação reduzida com pessoas e ambiente/ prejuízo do processo de pensamento);
- . comportamento de distração (caminhar, procurar por outras pessoas e/ou atividades, atividades repetitivas);
- . alteração no tônus muscular (variando de fadiga a rigidez);
- . respostas autonômicas (diaforese, mudanças na pressão sanguínea, respiração e frequência de pulso, dilatação pupilar);
- . comportamento expressivo (inquietação, gemência, choro, vigília, irritabilidade, suspiros);
- . mudanças no apetite e alimentação.

Fatores Relacionados :

- . Agentes de injúria (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

DOR CRÔNICA

Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável resultante de dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal dano (International Association for the Study of Pain); de início súbito ou lento, com intensidade que varia de leve a severa, constante ou recorrente, sem final previsível ou esperado e duração maior do que 6 meses.

Características Definidoras :

Maiores :

Referência verbal ou evidência observada de:

- . comportamento protetor ou preventivo;
- . alteração na máscara facial;
- . irritabilidade;
- . auto-focalização;
- . inquietação;
- . depressão;

Menores :

- . atrofia de grupo muscular envolvido;
- . mudanças no padrão de sono;
- . alterações de peso;
- . fadiga;
- . medo de nova lesão;
- . interação reduzida com outras pessoas;
- . habilidade alterada para continuar atividades prévias;
- . anorexia;

. resposta simpática (temperatura, frio, mudanças da posição do corpo, hipersensibilidade).

Fatores Relacionados :

. incapacidade física/psicossocial crônica

Desde que os enfermeiros começaram oficialmente a nomear os fenômenos que diagnosticam e tratam tem havido necessidade de validar esses fenômenos (FEHRING,1987). Segundo o autor os enfermeiros que têm usado a taxonomia oficial da NANDA freqüentemente se deparam com dificuldades na identificação dos diagnósticos de enfermagem e das características definidoras dos mesmos em sua prática clínica. A fonte dos problemas é que muitos diagnósticos aceitos pela NANDA possuem fraca evidência empírica, necessitando de testagem, validação e refinamento. FEHRING (1987) analisa os modelos de validação dos diagnósticos de enfermagem, seus problemas e soluções e propõe alternativas metodológicas compatíveis com os mesmos. A validade de um diagnóstico indica o grau com que um grupo de características definidoras descreve uma realidade que pode ser observada na interação cliente/ambiente. Essas características definidoras são válidas quando ocorrem e podem ser identificadas como um grupo em uma situação clínica (GORDON,1994).

FEHRING (1987) a partir da proposta de GORDON; SWEENEY (1979), apresenta dois modelos de validação de diagnósticos: 1) Validação do conteúdo diagnóstico - baseada na obtenção de opiniões de

enfermeiros especialistas sobre o grau em que cada característica definidora é indicativa de um determinado diagnóstico; 2) Validação clínica do diagnóstico - baseada na obtenção de evidência de um determinado diagnóstico na prática clínica a partir de observação clínica ou da obtenção de informação diretamente do paciente. Essa denominação talvez pudesse ser modificada, visto que ambos buscam validar conteúdo. A diferença está em contar ou não com dados clínicos reais para o estudo. Usar a designação de validação por especialistas para o primeiro modelo e validação clínica para o segundo talvez fosse mais adequado.

Segundo GRANT; KINNEY (1992) cada diagnóstico de enfermagem deve ter referenciais clínicos (características definidoras) que aparecem em populações de pacientes que os apresentam. No estabelecimento desses referenciais clínicos é importante que o grupo de sinais e sintomas apareça com frequência significativamente maior em pacientes que têm o diagnóstico de enfermagem, quando comparado aos pacientes que não têm aquele diagnóstico. Os trabalhos de validação dos diagnósticos da NANDA têm avançado com a aprovação e revisão dos mesmos nas conferências bienais realizadas pela entidade.

Em 1989, GYLDENVAND; TUNICK publicaram um estudo de validação do diagnóstico de dor crônica, desenvolvido por uma análise retrospectiva de 197 prontuários de pacientes, com levantamento de 42 características definidoras de dor crônica, com média de 14.5 características por paciente e o estabelecimento de 10 características definidoras encontradas em mais de 50% da população estudada.

MAHON (1994) desenvolveu uma análise de conceito que descreve o fenômeno da dor sob a ótica da pesquisa fenomenológica. Nesse estudo apresentou uma revisão da descrição do fenômeno doloroso pela literatura médica e não médica que ofereceu uma base ampla de definições de dor. Estas definições e usos da palavra dor ofereceram uma estrutura para identificação dos atributos, antecedentes e conseqüências da dor. Atributos são os padrões repetitivos e características que estão presentes e ajudam a definir um conceito; antecedentes são aquelas situações ou condições que ocorrem previamente ao conceito; e conseqüências são situações ou condições que ocorrem como resultado de um conceito. A autora identificou quatro atributos associados à experiência dolorosa: 1-a dor é uma experiência pessoal; 2-a dor é uma experiência desagradável; 3-a dor é uma força dominante; e 4-a dor tem o atributo de ser infundável por natureza. Os antecedentes são um estímulo ou um dano: o estímulo pode ser físico (interpretado pelos sistemas neural ou sensorial no corpo humano) ou mental (algum tipo de interação com outros ou uma percepção pessoal); o dano pode ter ocorrido nos tecidos propriamente ou no funcionamento do ego do indivíduo. As conseqüências da experiência dolorosa podem ser três: 1-é cansativa e demanda energia da pessoa com dor; 2-interfere no relacionamento com outros seres humanos e na capacidade individual de relacionar-se consigo mesmo e cuidar-se; e 3-tem um significado para a vida, por exemplo, a dor pode ser interpretada como uma punição ou como um desafio. A análise incluiu a construção de três casos para ilustrar a interação dos aspectos referidos acima e a identificação de referenciais

empíricos possíveis de ser empregados pela abordagem fenomenológica. A análise conceitual da experiência dolorosa, segundo proposição da autora, tem aplicações no ensino de enfermagem, na prática clínica e é relevante para os diagnósticos de enfermagem e para a pesquisa.

Um estudo desenvolvido por SIMON; BAUMANN; NOLAN (1995), teve como objetivos validar as características definidoras de dor aguda e dor crônica e comparar as diferenças entre elas, usando o modelo de Validação Diferencial do Diagnóstico (Differential Diagnostic Validity-DDV) descrito por FERHING (1987) sobre os indicadores clínicos das duas situações. Foram consultadas 125 enfermeiras registradas com mais de 5 anos de atividade profissional que pontuaram as características definidoras propostas pela NANDA para os respectivos diagnósticos. Os resultados mostraram diferenciação entre eles pelas diferenças estatísticas entre as frequências de indicação de suas características definidoras.

Os estudos com base no método de validação por enfermeiras especialistas (Nurse Validation Model) proposto por GORDON; SWEENEY (1979) são frequentes. Esses estudos são necessários para verificar se as enfermeiras incluem o conceito proposto no seu domínio de prática profissional (CARLSON-CATALANO; LUNNEY,1995). No entanto há limitações nesse tipo de abordagem metodológica e o desafio atual é o desenvolvimento de estudos clínicos para validar os conteúdos dos diagnósticos de enfermagem (CARLSON-CATALANO; LUNNEY,1995/ DOUGHERTY et al.,1993).

Considerando-se a importância da atuação da enfermeira no controle da dor, torna-se relevante o embasamento teórico que permita ao profissional a identificação de características definidoras do diagnóstico de enfermagem, através do estabelecimento de seus referenciais clínicos específicos.

Considerando que os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA devem ser testados e reformulados , e que o controle do fenômeno doloroso está relacionado diretamente com a prática clínica do enfermeiro permitindo o estabelecimento de intervenções com resultados mais adequados para o paciente, propõe-se este estudo com os objetivos de :

1- Caracterizar a DOR de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca nos aspectos de: localização, tempo de duração, intensidade e descrição da sensação dolorosa.

2- Validar as características definidoras da DOR em pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

SUJEITOS e MÉTODOS

Interessa-nos estudar a validade do diagnóstico de enfermagem DOR em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, considerando que a dor é um fenômeno importante entre as respostas a essa situação clínica.

Para a realização deste estudo optou-se pela utilização do modelo clínico de validação de diagnósticos de enfermagem. GORDON;

SWENNEY (1979) em publicação clássica sobre os aspectos metodológicos referentes aos estudos de validação de diagnóstico, sugerem três modelos de validação: identificação retrospectiva, validação por enfermeiro especialista e validação clínica.

FERHING (1987) com base nessa proposta, sugere alguns procedimentos para os estudos de validação clínica. Segundo o autor, o modelo de validade clínica do diagnóstico (Clinical Diagnostic Validity Model) fundamenta-se na obtenção de evidência quanto à existência de um dado diagnóstico a partir de uma situação clínica real. No modelo original, propõe a observação clínica com dois especialistas clínicos desenvolvendo as observações e medidas. Essa estratégia é mais apropriada quando a natureza do diagnóstico em estudo é predominantemente relacionada ao desempenho ou à fisiologia. No modelo modificado, sugere a obtenção de informações clínicas diretamente do paciente-sujeito. Essa abordagem é mais indicada quando o diagnóstico em estudo envolve respostas preponderantemente cognitivas ou afetivas. Independentemente da abordagem usada é importante que previamente seja feita uma descrição clara de cada característica definidora do diagnóstico a ser testado com o desenvolvimento das suas definições operacionais correspondentes (GRANT; KINNEY, 1992).

Considerando que a dor é um fenômeno multidimensional que envolve aspectos cognitivos, afetivos, fisiopatológicos e comportamentais e é uma resposta humana subjetiva e individual, optou-se pela utilização de estratégias sugeridas tanto no modelo original quanto no

modelo modificado. Os procedimentos utilizados neste estudo tiveram como base as propostas de GORDON; SWEENEY (1979) / FEHRING (1987) / CARLSON-CATALANO; LUNNEY (1995). Nenhum deles foi rigorosamente seguido em função das características do diagnóstico em estudo e da situação da população estudada.

O estudo foi realizado em duas etapas. A primeira etapa compreendeu a construção e validação das definições operacionais das características definidoras. A segunda envolveu a análise da frequência de ocorrência dessas características no paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca com e sem dor.

Etapa 1 - Validação das definições operacionais

Nessa etapa foram estabelecidas as definições operacionais para as características definidoras do diagnóstico de dor, conforme os passos a seguir:

- . Identificação das características definidoras a partir de revisão bibliográfica sobre dor em publicações médicas e de enfermagem (ANEXO A). Com esse procedimento foram identificadas 33 características definidoras conforme o Quadro I a seguir.

- . Elaboração de definições operacionais para as características definidoras identificadas (ANEXO B). Essas definições foram baseadas em referencial bibliográfico especializado.

- .Validação das definições operacionais - as definições operacionais deveriam ser submetidas a um processo de validação de conteúdo (WALTZ; STRICKLAND; LENZ,1984) que envolve a avaliação das

mesmas por um grupo de especialistas no que se refere aos critérios de adequação, clareza e mensurabilidade conforme proposto por GRANT; KINNEY (1991) (ANEXO B).

O grupo de especialistas selecionado para esse procedimento foi composto por um enfermeiro, um médico neurologista e um psicólogo especialistas na abordagem do paciente com dor. Não foi possível contar com a contribuição do neurologista. Ponderando a sua substituição observou-se que, as discussões acerca das definições operacionais buscando-se ajustá-las até a obtenção do consenso entre pesquisadora, orientadora e os dois membros do grupo em potencial seriam mais produtivas do que a alternativa de substituir esse membro. Optou-se então por essa estratégia.

Para determinadas características definidoras ainda se contou nesse processo, com uma enfermeira especialista em aspectos relativos a essas características. Desta forma, os procedimentos planejados para o trabalho com os membros do grupo não foram utilizados integralmente.

Para os ajustes das definições operacionais, o grupo norteou-se pelo fato de que essas definições orientariam não só a formulação do instrumento de coleta de dados, como também serviriam para orientar a própria coleta. As maiores dificuldades foram com as várias características definidoras de ordem afetiva/emocional.

Ao término deste procedimento de análise das características definidoras, identificou-se a necessidade de fazer alguns

ajustes que se resumiram em mudança de nome de algumas características, desdobramento ou junção de outras. O Quadro I mostra os resultados dessa etapa:

QUADRO I - Características definidoras da dor identificadas na literatura e reformuladas para estudo clínico. São Paulo, 1997.

Características Definidoras identificadas na literatura	Características definidoras reformuladas
1. Comunicação (verbal ou não verbal) de descritores de dor.	1. Comunicação de descritores de dor
2. Náuseas.	2. Náuseas.
3. Desconforto.	3. Desconforto.
4. Ansiedade.	4. Estado de Ansiedade.
5. Frustração.	5. Frustração.
6. Constipação.	6. Constipação.
7. Diarréia.	7. Diarréia.
8. Depressão.	8. Depressão.
9. Sentimento de desesperança.	9. Sentimento de desesperança.
10. Baixa auto-estima.	10. Baixa auto-estima.
11. Medo de nova lesão.	11. Medo de retorno/intensificação/não alívio da dor
12. Alteração no padrão de sono.	12. Alteração no padrão de sono.
13. Inabilidade para continuar atividades prévias.	13. Inabilidade para continuar atividades prévias.
14. Mudança de peso (alterações).	14. Alteração de peso
15. Anorexia.	15. Diminuição na ingestão de alimentos. (desdobrada do item 15)
16. Comportamento protetor ou receoso.	16. Inapetência. (desdobrada do item 15)
17. Auto-focalização.	17. Comportamento protetor
18. Focalização limitada.	18. Focalização limitada. (incluído

19. Afastamento do contato social.	item 17) 19. Afastamento do contato social.
20. Processo de pensamento prejudicado.	20. Prejuízo nos processos de pensamento. (incluído item 21)
21. Percepção alterada do tempo.	21. Comportamento doloroso.
22. Comportamento de distração.	22. Irritabilidade.
23. Irritabilidade.	23. Inquietação.
24. Inquietação.	24. Expressão facial de dor.
25. Expressão facial de dor.	25. Aumento do tônus muscular.
26. Alteração do tônus muscular.	26. Diaforese
27. Diaforese.	27. Postura não usual.
28. Postura não usual.	28. Elevação de pressão arterial.
29. Mudanças na pressão sangüínea.	29. Aumento da frequência cardíaca.
30. Mudanças na frequência cardíaca.	30. Alteração no padrão respiratório.
31. Aumento ou diminuição da frequência respiratória.	31. Pupilas dilatadas.
32. Pupilas dilatadas.	32. Imobilidade.
33. Inatividade física ou imobilidade.	

A seguir apresentamos as definições operacionais de cada uma das características definidoras determinadas para esse estudo. As mesmas são apresentadas com os ajustes no conteúdo estabelecidos pelo grupo de especialistas:

1- Comunicação de descritores de dor

D.O. Referência verbal de adjetivos que caracterizam a experiência dolorosa mediante a aplicação do questionário de dor McGill (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

2- Náuseas

D.O. Referência verbal de sensação desagradável de vômito iminente.

3-Desconforto

D.O. Referência verbal de sensação desconfortável em resposta a um estímulo.

4-Estado de ansiedade

D.O. Referência verbal de sentimentos de apreensão ou tensão associados à ativação ou alerta do sistema nervoso autônomo identificados pelo inventário de SPIELBERGER - STATE ANXIETY - (DELA COLETA,J.A.; DELA COLETA,M.F., 1996).

5- Frustração

D.O. Relato de sentimento de incapacidade resultante de impedimento na obtenção de um objetivo.

6-Constipação

DO.: Referência verbal de diminuição da freqüência ou quantidade de fezes eliminadas ou aumento de sua consistência, considerando-se o padrão usual de eliminações do indivíduo.

7- Diarréia

D.O.: Referência verbal de alteração no padrão usual da função intestinal com passagem aumentada ou frequente de fezes não formadas, considerando-se o padrão usual de eliminações do indivíduo.

8- Depressão

D.O.: Estado de desalento ou desânimo caracterizado por sentimentos de inadequação, rebaixamento da atividade motora e pensamentos pessimistas em relação ao futuro, identificados pelo inventário de depressão de Beck (BECK; STEER, 1993).

9- Sentimento de desesperança

D.O.: Referência verbal de expectativas negativas sobre o futuro próximo e remoto.

10- Baixa auto-estima

D.O.: Relato de auto-avaliação negativa caracterizada por sentimentos de inutilidade, inadequação e auto-desvalorização.

11- Medo de retorno/intensificação/não alívio da dor

D.O.: Referência verbal de temor ou apreensão pela possibilidade de repetição, intensificação ou não alívio da dor.

12- Alteração no padrão de sono

D.O.: Referência verbal de mudança na quantidade ou qualidade do sono relacionada às suas necessidades biológicas e emocionais em função da presença de dor, caracterizado por dificuldade em adormecer ou sono interrompido e despertar cansado.

13- Inabilidade para continuar atividades prévias

D.O.: Referência verbal de prejuízo na capacidade de realização de atividades da vida diária em função da presença de dor, caracterizado por diferentes graus de incapacidade relacionados à: descanso, concentração, relacionamento com os outros, autocuidado e movimentação.

14- Alteração de peso

D.O. Referência verbal de mudança de peso como resultado de dor .

15- Diminuição na ingestão de alimentos

D.O.: Referência verbal de diminuição na ingestão de alimentos e líquidos em função da dor.

16- Inapetência

D.O.: Referência verbal de diminuição de apetite em função da dor.

17- Comportamento protetor

D.O.: Reação de defesa e evitação que acompanha a dor caracterizada por comportamento físico de proteção da área afetada.

18- Focalização limitada

D.O.: Relato de diminuição de interesse do indivíduo pelo ambiente que o cerca, com tendência a concentrar-se em seu próprio sofrimento.

19-Afastamento do contato social

D.O.: Referência verbal de dificuldade de manter relacionamentos com outros, de caráter geral ou íntimo, casuais ou prolongados em função de desgaste físico e emocional causado pela dor, com tendência crescente ao isolamento.

20- Prejuízo nos processos de pensamento

D.O.: Relato de dificuldade de concentração/atenção, alteração de memória, dificuldade de tomada de decisão e dificuldade de orientação temporo-espacial, acompanhados de manifestação de alterações no conteúdo e expressão dos pensamentos .

21- Comportamento doloroso (Distraction behavior)

D.O.: Alteração do comportamento observado na presença do fenômeno doloroso caracterizado por gemidos, choro, lamúria, marcação de passo, ato de esfregar a área afetada.

22- Irritabilidade

D.O.: Relato de exacerbação das reações emocionais a estímulos.

23- Inquietação

D.O.: Manifestação de impaciência caracterizada por tendência a trocar de movimentos de modo constante e sem finalidade aparente.

24- Expressão facial de dor

D.O.: Expressão facial caracterizada por aparência abatida, olhos sem brilho, movimentos fixos ou desordenados, cenho franzido, 'careta' de dor.

25- Aumento do tônus muscular

D.O.: Aumento do estado de tensão permanente dos músculos de origem reflexa que se caracteriza por dificuldade e resistência ao movimento passivo de grupos musculares (hipertonía).

26- Diaforese

D.O.: Transpiração abundante, profusa e visível.

27- Postura não usual

D.O.: Postura física não habitual assumida pelo indivíduo visando minimizar a sensação dolorosa, caracterizada pela posição fetal, em caracol e outras.

28- Elevação da pressão arterial

D.O.: Aumento dos níveis de pressão sanguínea basais do indivíduo como resposta ao fenômeno doloroso.

29- Aumento da frequência cardíaca

D.O.: Elevação da frequência dos batimentos cardíacos acima do valor basal do indivíduo em repouso, como resposta ao fenômeno doloroso.

30- Alteração no padrão respiratório

D.O.: Alteração na frequência e amplitude respiratória do indivíduo em relação à sua frequência basal em repouso.

31- Pupilas dilatadas

D.O.: Aumento do diâmetro pupilar durante a manifestação do fenômeno doloroso.

32- Imobilidade

D.O.: Comportamento em que o paciente evita mobilizar parte ou todo o corpo com o objetivo de minimizar ou não provocar a dor.

Estando as características definidoras descritas operacionalmente, elaborou-se a partir delas o instrumento para o estudo clínico (ANEXO C).

Etapa 2 - Estudo clínico das características definidoras da dor

Nessa etapa foi estudada a frequência da ocorrência das características definidoras da dor nos pacientes em pós operatório de cirurgia cardíaca através da aplicação de um instrumento de entrevista e observação clínica elaborado a partir dos resultados da primeira etapa.

O Quadro II a seguir mostra as características definidoras que constituíram as variáveis estudadas. Algumas características, conforme as definições aceitas, configuram na verdade um conjunto de duas ou três variáveis. Esses casos estão juntamente indicados no Quadro II.

QUADRO II - Características definidoras estudadas no campo clínico. São Paulo, 1997.

1. Comunicação de descritores de dor

McGill - n. descritores/ McGill - índice de dor/ Intensidade da dor - nota

2. Náuseas

3. Desconforto**4. Estado de ansiedade****5. Frustração****6. Constipação****7. Diarréia****8. Depressão****9. Sentimento de desesperança****10. Baixa auto-estima****11. Medo de retorno/intensificação/não alívio da dor****12. Alteração no padrão de sono**

Dificuldade p/ dormir/ Sono interrompido/ Acordar cansado/ Pesadelos

13. Inabilidade para continuar atividades prévias

Autocuidado/ Dificuldade de descansar

14. Alteração de peso

Relato de mudança/ Peso verificado

15. Diminuição na ingestão de alimentos

Sólidos/ Líquidos

16. Inapetência**17. Comportamento protetor****18. Focalização limitada**

Perda de interesse no ambiente/ Preocupação consigo

19. Afastamento do contato social

Diminuição de disposição para contatos/ Cooperação com outros

20. Prejuízo nos processos do pensamento

Dificuldade de: concentração, memória, tomada de decisão/ Alteração no processo de pensamento/ Orientação tempo e espaço

21. Comportamento 'doloroso'

Chorar, lamuriar-se, gemer, esfregar área de dor/ Impaciência

22. Irritabilidade**23. Inquietação****24. Expressão facial de dor**

25. Aumento do tônus muscular

26. Diaforese

27. Postura não usual

28. Elevação da pressão arterial

Sistólica/ Diastólica

29. Aumento da frequência cardíaca

30. Alteração no padrão respiratório

Frequência/ Amplitude

31. Pupilas dilatadas

32. Imobilidade

Alteração da mobilidade geral/ Relato de movimentação limitada

Campo

O estudo foi desenvolvido em unidades de internação para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca de um hospital público especializado em cardiologia na cidade de São Paulo.

População

A população foi composta de 80 pacientes adultos em pós-operatório de cirurgia cardíaca, com variação de dias de pós-operatório entre 1 e 22 e, com mediana correspondente ao 7°.dia após a cirurgia, ocorrendo maior frequência entre o 3°. e 5°. dias. Essa população compôs dois grupos de 40 pacientes. O primeiro grupo, denominado GRUPO A, foi composto por pacientes que referiram dor nas últimas 24 horas antes da avaliação ou no momento da mesma. Em função da extensão do formulário de coleta de dados e da dificuldade de abordagem do paciente no momento da dor, o Grupo A foi subdividido em dois subgrupos:

Grupo A1 (n=18) - pacientes cujos dados objetivos foram avaliados no momento da manifestação dolorosa, e dados subjetivos avaliados até 24 horas após.

Grupo A2 (n=22) - pacientes cujos dados objetivos e subjetivos foram coletados em um período de até 24 horas após a manifestação da dor, reportando-se à vivência dolorosa.

O segundo grupo, denominado GRUPO B, foi composto por doentes que referiram não ter tido dor nas últimas 24 horas antes da avaliação e nem no momento da mesma.

As características da população estudada estão no Quadro

III:

QUADRO III- Caracterização da população estudada (N=80). São Paulo,1997.

	A1		A2		B		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Idade(anos)								
Mínima	17	-	21	-	18	-	17	-
Máxima	73	-	76	-	79	-	79	-
Média	42,78	-	49,27	-	51,55	-	48,95	-
Sexo								
Masculino	7	17,50	11	27,50	22	55,00	40	50,00
Feminino	11	27,50	11	27,50	18	45,00	40	50,00
Unidade								
Internação	15	20,55	20	27,40	38	52,05	73	91,25
Recuperação	3	42,86	2	28,57	2	28,57	7	8,75
Cirurgia								
Revasc.	9	22,50	11	27,50	20	50,00	40	50,00
Válvula	9	25,71	9	25,71	17	48,57	35	43,75
Congênito	-	-	1	100,00	-	-	1	1,25
Aneurisma Ao	-	-	1	25,00	3	75,00	4	5,00
Pós-op(dias)								
Mínima	1	-	2	-	1	-	1	-
Máxima	13	-	22	-	15	-	22	-
Média	4,72	-	6,18	-	5,62	-	5,57	-

Conforme o Quadro III a idade mínima da população estudada variou nos grupos entre 17 e 21 anos e máxima entre 73 e 79 anos com médias de 43(A1), 50(A2) e 52(B) anos. Quanto ao sexo observou-se distribuição eqüitativa de 50% de indivíduos do sexo masculino e 50% do sexo feminino no total e, com pequena ou nenhuma diferença dentro de cada grupo. Em relação à unidade de internação na qual foi realizada a coleta dos dados observou-se que, do total de 80 pacientes, 73(91,25%) encontravam-se na unidade de internação cirúrgica e 7(8,75%) encontravam-se na recuperação pós-operatória. Observou-se que a maioria (52,05%) dos pacientes sem dor (B) se encontrava na unidade de internação, enquanto que a maioria (42,86%) dos pacientes avaliados no momento da dor (A1) encontrava-se na unidade de recuperação. No que diz respeito ao tipo de cirurgia realizada nos 80 pacientes avaliados, 40(50%) foram submetidos à revascularização do miocárdio, 35(43,75%) à correção de problemas valvares e 5(6,25%) a outros procedimentos, tais como, correção de defeitos cardíacos congênitos e correção de aneurisma de aorta. O número de dias de pós-operatório em que os pacientes se encontravam quando foram avaliados correspondeu a um mínimo de 1 dia e máximo de 22 dias, verificando-se um período médio de 6 dias com maior variação desse período nos pacientes do grupo A2 (2 a 22 dias).

Todos os pacientes foram investigados quanto à presença ou à ausência das características definidoras. Para os pacientes do GRUPO A que não estavam com dor no momento da avaliação as perguntas foram precedidas de “quando o Sr(a). sentiu dor?”, quando pertinente. O

objetivo foi de vincular a presença ou não das características definidoras no que se refere ao tempo de ocorrência da experiência dolorosa. Os aspectos relativos à qualidade, localização e intensidade da dor só foram abordados junto aos pacientes do GRUPO A. O objetivo da utilização de dois grupos foi discriminar as características definidoras da dor.

Coleta dos dados

Com base nas características definidoras da dor e sua descrição operacional, elaborou-se um instrumento de coleta de dados para a verificação clínica da ocorrência ou não das mesmas na população em estudo. Este instrumento foi composto de quatro partes: Dados preliminares; Dados da entrevista prévia; Formulário A e Formulário B (ANEXO C).

* Dados preliminares - coletados no pré-operatório para o registro dos dados gerais que identificam o paciente quanto a nome, unidade de internação, diagnóstico médico, idade e sexo;

* Dados de entrevista prévia - campos para o registro dos dados de referência de pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, amplitude respiratória, diâmetro pupilar e peso corporal. Também nessa parte do formulário registrou-se, no momento da coleta dos dados relativos à experiência dolorosa, a que grupo o paciente pertencia dependendo de estar com dor durante na avaliação ou ter sentido dor nas últimas 24 horas (GRUPO A), ou de não ter sentido dor nas últimas 24 horas nem no momento da avaliação (GRUPO B);

* Formulário A (dor nas últimas 24 h) - composto de:

1. Identificação do paciente com nome, data da cirurgia, número de dias de pós-operatório, localização da dor, início da sensação dolorosa e quantificação da intensidade da dor por escala numérica;
2. Inventário McGill (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996);
3. Inventário de Spielberger - Estado de Ansiedade (DELA COLETA, J.A.; DELA COLETA, M.F., 1996);
4. Lista de manifestações clínicas de dor;
5. Inventário de Beck (BECK; STEER, 1993);
6. Roteiro de observação - mobilidade da área dolorosa, postura corporal, mobilidade geral, processo do pensamento, orientação no tempo/espaço, expressão facial de dor, tônus muscular, diaforese, sinais vitais, diâmetro pupilar, peso e comportamento durante a entrevista.

* Formulário B (sem dor nas últimas 24 h)- composto de:

1. Identificação do paciente com nome, data da cirurgia, número de dias de pós-operatório;
2. Inventário de Spielberger - Estado de Ansiedade (DELA COLETA, J.A.; DELA COLETA, M.F., 1996);
3. Lista de manifestações clínicas de dor;
4. Inventário de depressão de Beck (BECK; STEER, 1993);
5. Roteiro de observação - mobilidade da área dolorosa, postura corporal, mobilidade geral, processo do pensamento, orientação no tempo/espaço, expressão facial de dor, tônus muscular, diaforese, sinais vitais, diâmetro pupilar, peso e comportamento durante a entrevista.

Operacionalização da coleta dos dados

Realizada por *observação direta* do pesquisador quanto à presença de características definidoras objetivas manifestadas na vigência ou não do fenômeno doloroso, e por *entrevista* realizada com o paciente para que indicasse a presença ou não de características definidoras subjetivas. Esses procedimentos foram realizados nos dois grupos (A e B).

Inicialmente procedeu-se à abordagem dos pacientes no dia anterior à cirurgia com base no programa cirúrgico diário da instituição. Nesse primeiro contato, após apresentação do pesquisador e dos objetivos do estudo, solicitava-se o consentimento do paciente em participar do estudo. Após sua anuência, verificavam-se os dados de referência de sinais vitais e outros que serviriam de base para a estimativa de diferenças no momento da avaliação posterior. No pós-operatório, o paciente foi avaliado na unidade de recuperação para a qual os pacientes eram encaminhados após um período médio de 24 horas de pós-operatório e após serem extubados. Em casos de ocorrência de dor, a avaliação compreendia apenas a observação clínica segundo roteiro de observação (item 6 do Formulário A do instrumento) e posteriormente, num período inferior a 24 horas, complementava-se a avaliação com a entrevista. Na impossibilidade da abordagem do paciente na unidade de recuperação, a avaliação foi feita nas unidades de internação de acordo com a disponibilidade física e emocional dos pacientes.

O esquema a seguir mostra os procedimentos realizados :

Identificação dos pacientes em pré-operatório



condições sobre os parâmetros da população da qual se obteve a amostra para pesquisa. Como estas condições em geral não são comprovadas elas são supostamente válidas. Nas provas não-paramétricas o modelo não especifica condições sobre os parâmetros da população da qual se obteve a amostra, porém há suposições básicas associadas como: que as observações sejam independentes e que a variável em estudo tenha continuidade básica. As técnicas não-paramétricas são particularmente adaptáveis aos dados das ciências do comportamento. Ao aplicá-las não é necessário fazer suposições sobre a distribuição da população em estudo. Podem ser aplicadas a dados que não sejam exatos do ponto de vista numérico, mas que se disponham simplesmente em 'postos' ou números de ordem.

Todas as provas tiveram a finalidade de verificar se a(s) característica(s) definidora(s) envolvida(a) ocorria(m) em frequência ou variação significativamente superior no GRUPO A (com dor), quando comparada(s) ao GRUPO B (sem dor). Para algumas variáveis buscou-se comparar os pacientes do GRUPO A avaliados no momento do estado doloroso (A1) e os outros pacientes do GRUPO A (A2) que não foram avaliados durante o momento da dor e também, com os do GRUPO B (sem dor).

As variáveis estudadas foram comparadas entre os grupos (AxB ou A1xA2) e entre as fases (pré e pós-operatório), utilizando-se os procedimentos estatísticos descritos a seguir. Os testes empregados no

estudo foram realizados todos ao nível de 5% e sempre que cabível, monocaudais:

1- Análise de Variância a um critério, modelo fixo - Utilizado na comparação de médias entre os três grupos (A1,A2,B), no caso de variáveis escalares como pressão arterial e peso. A Análise de Variância busca solucionar o problema proposto em saber se k populações independentes, com distribuição normal, com médias e com a mesma variância têm ou não médias iguais, isto é, testar a um nível de significância pré-fixada a hipótese de nulidade contra a hipótese alternativa (BERQUÓ,1981).

2- Teste t Pareado - Utilizado na comparação das médias das variáveis escalares (pressão arterial, peso) no pré e pós-operatório, dentro de cada grupo. O Teste t Pareado é utilizado nas ocasiões em que se tem duas populações e se deseja comparar suas médias, não havendo nenhum valor previamente que sirva de referência. Uma das situações ocorre quando as mensurações são feitas no mesmo indivíduo em duas situações ou condições diferentes ou em um par de indivíduos com condição comum como, por exemplo, na comparação de resultados antes/depois de algum tratamento (BERQUÓ,1981).

3- Prova de Kruskal-Wallis - Utilizada na comparação dos três grupos quando as variáveis não eram escalares (frequência cardíaca, amplitude respiratória, resultados do inventário de Spielberger e do inventário de Beck, frequência respiratória e diâmetro pupilar). A prova de Kruskal-Wallis é utilizada para decidir se k amostras independentes provêm de populações diferentes. Os valores amostrais quase que invariavelmente diferem entre si,

e o problema é decidir se essas diferenças entre as amostras significam diferenças efetivas entre as populações, ou se representam apenas variações casuais que podem ser esperadas entre amostras aleatórias de uma mesma população (SIEGEL,1975).

4- Prova de Mann-Whitney - Utilizada na comparação dos grupos A1 e A2 quando as variáveis eram contínuas (resultados do inventário McGill e escala numérica de quantificação da dor). A prova de Mann-Whitney é usada para comprovar se dois grupos independentes foram ou não obtidos da mesma população, quando se atinge um grau de mensuração pelo menos ordinal (SIEGEL,1975).

5- Prova de Wilcoxon - Utilizada na comparação das variáveis não escalares dentro de cada grupo (frequência cardíaca, frequência respiratória, amplitude respiratória e diâmetro pupilar). A prova de Wilcoxon é indicada no caso de dois grupos relacionados quando se deseja determinar se duas condições são diferentes e há possibilidade de considerar não só o sentido, mas o valor das diferenças nas duas condições de cada elemento que constitui o grupo (SIEGEL,1975).

6- Teste do Qui-Quadrado - Utilizado nas comparações das distribuições das características definidoras cuja mensuração foi nominal, entre os três grupos. O teste de Qui-Quadrado consiste em comparar os dados obtidos experimentalmente com dados esperados. Das comparações surgem diferenças que se forem grandes rejeitam a hipótese nula e, se forem pequenas não rejeitam a hipótese nula e as diferenças são atribuíveis ao acaso (BERQUÓ,1981).

7- Teste de Fisher - Utilizado nas comparações das distribuições das características definidoras nos grupos (A1+A2) e B. O teste de Fisher é usado para analisar dados discretos (nominais ou ordinais) quando o tamanho das duas amostras independentes é pequeno (SIEGEL, 1975).

O Quadro IV mostra a síntese dos teste propostos para cada variável do estudo:

QUADRO IV - Testes estatísticos realizados para análise das variáveis estudadas. São Paulo, 1997.

Características definidoras / Variáveis	Testes Comparação entre grupos	Testes Comparação intra-grupos
1- Comunicação de descritores de dor .McGill -n°. de descritores .McGill - índice de dor .Intensidade da dor - nota	Mann-Whitney-A1xA2	-
2- Náuseas	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
3- Desconforto	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
4- Estado de Ansiedade - Inventário Spielberger	Kruskal-Wallis - A1xA2xB	-
5- Frustração	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
6- Constipação	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
7- Diarréia	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
8- Depressão - Inventário de Beck	Kruskal-Wallis - A1xA2xB	-
9- Sentimento de desesperança	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
10- Baixa auto-estima	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
11- Medo de sentir dor, da dor retornar, intensificar, não aliviar	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
12- Alteração no padrão	Teste de Fisher - A1+A2	-

Características definidoras / Variáveis	Testes Comparação entre grupos	Testes Comparação intra-grupos
de sono: .dificuldade p/ dormir .sono interrompido .acordar cansado .pesadelos	x B	
13-Inabilidade continuar atividades prévias: .autocuidado .dificuldade p/ descansar	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
14- Alterações de peso: . relato de mudança . verificação do peso	.Fisher - A1+A2 x B .Análise de variância - pré e pós	. t pareado - pré x pós A1, A2 e B
15- Diminuição na ingestão de alimentos: .sólidos .líquidos	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
16- Inapetência	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
17- Comportamento protetor	Não se aplica *	Não se aplica *
18- Focalização limitada: .interesse no ambiente .preocupação consigo	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
19- Afastamento do contato social: .disposição para contatos .cooperação com outros	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
20- Prejuízo do processo de pensamento: .concentração .memória .tomada de decisão .alteração proc. pensa/o .orientação tempo/espaço	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
21- Comportamento 'doloroso': .impaciência .choro,lamúria,gemência, esfregar área dolorosa	Teste de Fisher - A1+A2 x B . Não se aplica *	-
22- Irritabilidade	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
23- Inquietação	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-

Características definidoras / Variáveis	Testes Comparação entre grupos	Testes Comparação intra-grupos
24- Expressão facial de dor	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
25- Aumento do tônus muscular	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
26- Diaforese	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
27- Postura não usual	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-
28- Elevação da pressão arterial: .sistólica .diastólica	Análise de variância - pré e pós	t pareado - pré x pós A1, A2 e B
29- Aumento da frequência cardíaca	Kruskal-Wallis - pré e pós	Wilcoxon - pré x pós A1, A2 e B
30- Alteração no padrão respiratório: .frequência .amplitude	Kruskal-Wallis - pré e pós	Wilcoxon - pré x pós A1, A2 e B
31- Pupilas dilatadas: .diâmetro pupilar	Kruskal-Wallis - pré e pós	Wilcoxon - pré x pós A1, A2 e B
32- Imobilidade: .alteração na mobilidade geral .relato de limitação de movimentação	Teste de Fisher - A1+A2 x B	-

* frequência encontrada inviabilizou o uso do teste.

As características definidoras também foram dispostas segundo a sua frequência no Grupo A (com dor). A NANDA (1989), desde 1989, classifica as características definidoras em 'major', quando presentes em 80 a 100% das vezes nos pacientes com o diagnóstico e 'minor', quando presentes em 50 a 79%. Tanto essa classificação quanto as diferenças estatísticas na frequência das características entre os grupos, foram utilizadas como critérios para aceitar ou não as variáveis como características da dor na população do estudo.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados e discutidos referem-se à verificação clínica das características definidoras da dor na população de 80 pacientes. A apresentação dos dados segue o agrupamento dos pacientes segundo a presença ou não de dor conforme já referido. Assim temos :

GRUPO A (n=40*) - pacientes com queixa de dor

*A1(n=18) - com dor no momento da avaliação;

*A2(n=22) - sem dor no momento da avaliação mas com dor nas últimas 24 h.

GRUPO B (n=40) - pacientes sem queixa de dor

Os resultados são apresentados conforme os objetivos propostos para o estudo.

Com o objetivo de caracterizar a dor dessa população, os pacientes do grupo A foram solicitados a descrever a dor que sentiam no momento ou nas últimas 24 horas no que diz respeito a: locais da sensação dolorosa, local da dor mais importante, quando iniciou a dor e qual a sua intensidade em uma escala numérica de 0 a 10. Além disso, responderam o Questionário de dor McGill (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996) indicando as palavras que melhor descreviam a sua dor. O Quadro V mostra os resultados obtidos:

QUADRO V - Caracterização da dor nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. São Paulo, 1997.

Características	GRUPO A1	GRUPO A2
Número de locais		
Máximo	4	4
Mínimo	1	1
Médio	2,44	2,18
Local mais importante		
Incisão cirúrgica	7(38,9%)	12(54,5%)
Tórax posterior	4(22,2%)	7(31,8%)
Tórax anterior	7(38,9%)	3(13,6%)
Tempo de dor (horas)		
Máximo	120	120
Mínimo	0,5	2
Médio	25,5	30,36
Nota da dor		
Máxima	10	10
Mínima	3	2
Média *	7,06	6,61
McGill - Total de descritores		
Máximo	20	17
Mínimo	6	4
Médio *	13,22	11,41
McGill - Índice de dor		
Máximo	64	55
Mínimo	10	6
Médio *	30,17	25,23

*diferença estatisticamente não significativa

Conforme o Quadro V, verifica-se que o número de locais de dor variaram entre 1 e 4 locais nos dois grupos. As cirurgias cardíacas são consideradas cirurgias de grande porte que envolvem diferentes procedimentos invasivos com consequentes danos tissulares importantes, que justificam a sensação dolorosa em mais de um local. Segundo PIMENTA et al. (1992) toda intervenção cirúrgica traumatiza tecidos e a dor resultante depende do local e tipo de cirurgia, sendo que nas cirurgias torácicas a dor advém do trauma da parede torácica e costelas. A resposta inflamatória à cirurgia libera histaminas, serotoninas, cininas e prostaglandinas, todas estimulantes dos receptores da dor. Além disso, há secção dos nervos e espasmo muscular, levando à isquemia, acidose e hipóxia local e consequente estimulação dos receptores de dor (BRAY apud PIMENTA et al., 1992).

Em relação ao local referido como o de dor mais importante, observa-se pelo Quadro V que a incisão cirúrgica foi referida como o local de maior intensidade de dor por 54,5% dos pacientes do grupo A2 e por 38,9% do grupo A1. É fato conhecido que determinadas intervenções cirúrgicas produzem mais dor que outras, como por exemplo, as que exigem incisões torácicas ou em abdome superior (READY; EDWARDS, 1995). Observa-se no entanto, que aproximadamente 27% dos doentes estudados referiram como dores mais importantes as localizadas no tórax posterior. A duração das cirurgias cardíacas, o longo período em decúbito dorsal, bem como eventuais posturas de proteção assumidas pelo doente são fatores que possivelmente contribuem para a ocorrência de dor no tórax posterior. O fato

de esse local ser referido por alguns como o da dor mais importante, indica a necessidade de avaliação específica de cada paciente para a escolha ou associação de intervenções adequadas de alívio. Pode-se também verificar no Quadro V, que os pacientes que foram avaliados com dor (A1) referiram 38,9% de queixas no tórax anterior, numa frequência igual à incisão cirúrgica. Esse resultado se deve à presença de drenos de tórax e/ou mediastino, utilizados como procedimento de rotina nesse tipo de intervenção cirúrgica.

No que se refere ao número de horas transcorridas desde o início da dor, o tempo máximo encontrado foi de 120 horas nos dois grupos, com tempo médio de 25,5 horas no grupo A1 e 30 horas no grupo A2. O uso de drogas para o controle da dor na instituição onde se realizou o estudo, segue a escala analgésica proposta pela OMS, com utilização de opióides e anti-inflamatórios no período mediato do pós-operatório, ou seja, durante a internação nas unidades de recuperação intensiva, e uso de dipirona para o alívio das queixas de dor após a transferência do paciente para a unidade de internação. Nesse período de 2 a 5 dias de pós-operatório, além de receberem analgesia menos intensa e menos frequente, os pacientes iniciam atividades de reabilitação que incluem deambulação precoce, fisioterapia respiratória, atividades de autocuidado, entre outras. Essas atividades contribuem para o prolongamento da percepção dolorosa dos pacientes em estudo.

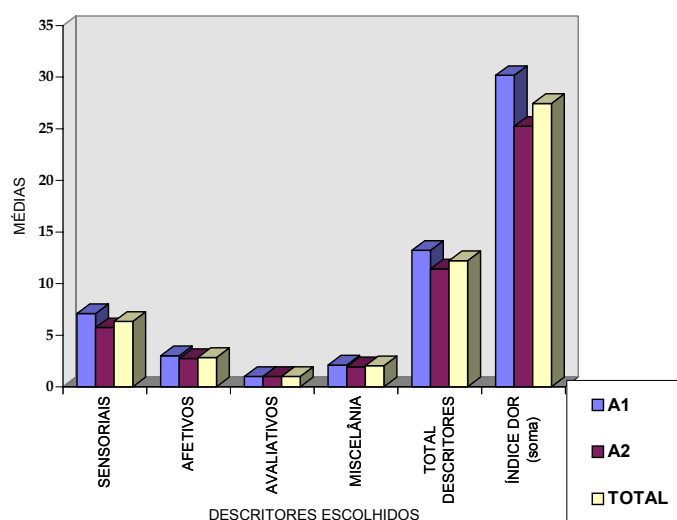
Observa-se variação ampla da intensidade da dor. A intensidade média esteve em torno de 6,5 e 7,0, o que pode ser

considerado como dor de intensidade moderada. A escala numérica de intensidade da dor prevê variação de intensidade de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 significa a pior dor imaginável. Os valores podem ser categorizados em descritores verbais de intensidade: leve (valores de 1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10) (PIMENTA, 1995).

Além da intensidade, foram avaliados os componentes sensitivo, afetivo e avaliativo da dor por meio do Questionário de Dor McGill. Este instrumento permitiu a obtenção de duas medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. A média do número de descritores escolhidos pelos dois grupos (A1 e A2) foi de 13,2 e 11,4 descritores e, a média da soma total de pontos foi de 30,2 e 25,2 respectivamente. Segundo PIMENTA; TEIXEIRA (1996) o Questionário de dor McGill é constituído de 4 grupos, 20 subgrupos e 78 descritores (palavras/adjetivos) que avaliam a dor em seus componentes sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativo e miscelânea. O número de descritores escolhidos corresponde ao número de palavras que o paciente escolheu para explicar a sua dor. O maior valor possível é 20 pois o paciente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores, com valor máximo possível de 78. As medidas oferecidas pelo questionário permitem a caracterização da dor em suas três dimensões o que possibilita a diferenciação das mesmas entre as diversas síndromes dolorosas ou manifestações clínicas que apresentam a dor como um sintoma. O questionário McGill é amplamente utilizado em estudos de pesquisa como

forma de diferenciação entre os tipos de experiência dolorosa, métodos de alívio e padrões de dor (MELZACK; WALL,1994). A Figura 1 mostra a distribuição dos valores obtidos pelos pacientes com dor neste estudo, nos aspectos sensitivo, afetivo e avaliativo da dor propostos pelo inventário McGill:

FIGURA 1 - Distribuição dos valores obtidos na descrição da dor pelo uso do Questionário de dor McGill.



Para a validação das características definidoras da dor no contexto clínico, os pacientes foram investigados quanto a presença ou ausência do sinal ou sintoma, através de relato verbal ou identificação objetiva de comportamento. As variáveis dicotômicas são apresentadas e discutidas de acordo com sua frequência de ocorrência em números absolutos e percentuais. As variáveis contínuas, conforme a média de ocorrência e desvio padrão em cada grupo.

As frequências das características definidoras nos pacientes do grupo A (com dor), permitem classificá-las em maiores, menores e

irrelevantes segundo o modelo de validação do conteúdo diagnóstico proposto por GORDON; SWEENEY (1979) e refinado por FEHRING (1987). Esses autores sugerem que as características definidoras sejam classificadas conforme os valores encontrados nos estudos clínicos: as características cuja presença alcançar índice ou valor percentual maior ou igual a 80% são consideradas maiores, aquelas que alcançarem frequência entre 50 e 79% são consideradas menores e finalmente, as com frequência inferior a 50% são irrelevantes e podem ser excluídas. A Taxonomia I Revisada da NANDA (1989) apresenta as categorias diagnósticas oficiais classificadas em: 'Major' presentes em 80 a 100% das vezes e 'Minor' presentes em 50 a 79% das vezes que estudado determinado diagnóstico por pesquisa científica.

Quadro VI mostra os resultados obtidos no grupo A (com dor) quanto às 32 características definidoras estudadas. Para compor o conteúdo desse quadro, cada uma das variáveis estudadas foi apresentada em termos de sua frequência de ocorrência. No caso da ansiedade e depressão, é apresentada a frequência de pacientes segundo faixas de escores obtidos nos respectivos inventários.

QUADRO VI - Classificação das características definidoras segundo as freqüências de ocorrência nos pacientes com dor. São Paulo, 1997.

Características definidoras	Freqüências				Total		Classificação
	A1 Num	n=18 %	A2 Num	n=22 %	Num	%	
1- Comunicação de descritores de dor	18	100,00	22	100,00	40	100,00	Major irrelevante
2- Náuseas	7	38,89	5	22,73	12	30,00	
3- Desconforto	16	88,89	21	95,45	37	92,50	
4- Estado de ansiedade - Inventário Spielberger:							Minor
.Baixo (escore 20-34)	5	27,77	13	59,09	18	45,00	
.Moderado (escore 35-49)	7	38,88	8	36,36	15	37,50	
.Elevado (escore 50-64)	5	27,77	1	4,54	6	15,00	
.Altíssimo (escore 65-80)	1	5,55	0	-	1	2,50	
5- Frustração	9	50,00	9	40,91	18	45,00	irrelevante
6- Constipação	6	33,33	4	18,18	10	25,00	irrelevante
7- Diarréia	0	-	0	-	0	-	irrelevante
8- Depressão - Inventário de Beck:							irrelevante
.Escore menor/igual 15	10	55,55	20	90,90	30	75,00	
.Escore maior 15	8	44,44	2	9,09	10	25,00	
9- Sentimento de desesperança	4	22,22	6	27,27	10	25,00	irrelevante
10- Baixa auto-estima	6	33,33	7	31,82	13	32,50	irrelevante

.aumento freqüência	12	66,66	12	54,54	24	60,00	irrelevante Major
.diminuição freqüência	5	27,77	6	27,27	11	27,50	
.diminuição amplitude	13	72,22	7	31,82	20	50,00	
31- Pupilas dilatadas	6	33,33	5	22,72	11	27,50	
32- Imobilidade:							
.alter. na mobilidade geral	17	94,44	12	54,55	29	72,50	
.relato limitação da movimentação	18	100,0	17	77,27	35	87,50	

Observa-se no Quadro VI que, das 32 características estudadas, 12 foram classificadas como 'major' o que significa que esses sinais ou sintomas estão presentes em mais de 80% das vezes nos pacientes que afirmavam sentir dor; 9 como 'minor' com presença do sintoma em 50 a 79% das vezes; e 11 foram classificadas como irrelevantes, com presença inferior a 50%. As 11 características com frequência menor que 50% poderiam ser descartadas segundo os cortes proposto no estudo.

As características 'minor' e 'major' poderiam ser mantidas sob consideração e analisadas frente a estudos de validação com outras populações em condições semelhantes. É possível que a alta frequência de algumas dessas características tenha sido decorrente da situação clínica geral dos pacientes e não especificamente em decorrência da dor. Para contribuir com essa discussão, apresentamos a seguir os resultados dos testes estatísticos aplicados para identificar as características definidoras cujas frequências foram significativamente diferentes entre os dois grupos de doentes.

A partir das frequências das características definidoras na população em estudo, foram realizados os testes estatísticos pertinentes apresentados no ANEXO D. As interpretações dos resultados conforme o tratamento estatístico são apresentadas no Quadro VII:

QUADRO VII - Frequências ou médias(desvios padrão) das características definidoras segundo grupos de pacientes com dor e sem dor e a interpretação dos testes estatísticos. São Paulo, 1997.

Características definidoras	Frequências						Médias -	Desvio	Padrão	Testes estatísticos
	A1 Num	n=18 %	A2 Num	n=22 %	B Num	n=40 %	A1	A2	B	Interpretação
1- Comunicação de descritores de dor	18	100,0	22	100,0	0	-				Não se aplica
.McGill - n. descritores	-	-	-	-	-	-	13,2(4,5)	11,4(3,9)	-	.não significativa
.McGill - índice de dor	-	-	-	-	-	-	30,2(15,3)	25,2(10,4)	-	.não significativa
.Intensidade dor - nota	-	-	-	-	-	-	7,1(2,7)	6,6(2,1)	-	.não significativa
2- Náuseas	7	38,89	5	22,73	8	20,00	-	-	-	não significativa
3- Desconforto	16	88,89	21	95,45	20	50,00	-	-	-	significante
4-Ansiedade-Inventário Spielberger	-	-	-	-	-	-	44,8(10,4)	35,6(7,6)	33,2(8,0)	A1>A2>B significativa
5- Frustração	9	50,00	9	40,91	3	7,50	-	-	-	significante
6- Constipação	6	33,33	4	18,18	11	27,50	-	-	-	não significativa
7- Diarréia	0	-	0	-	4	10,00	-	-	-	não significativa
8- Depressão - Inventário de Beck	-	-	-	-	-	-	15,4(9,7)	9,7(5,4)	9,1(6,8)	A1>A2>B significativa
9- Sentimento de desesperança	4	22,22	6	27,27	6	15,00	-	-	-	não significativa
10- Baixa auto-estima	6	33,33	7	31,82	4	10,00	-	-	-	significante
11- Medo sentir dor/ retornar/intensificar/não aliviar	16	88,89	17	77,27	19	47,50	-	-	-	significante
12-Alteração padrão sono .dificuldade p/ dormir	15	83,33	21	95,45	21	52,50	-	-	-	significante

.concentração	9	50,00	14	63,64	12	30,00	-	-	-	significante
.memória	8	44,44	6	27,27	9	22,50	-	-	-	não significante
.tomada de decisão	6	33,33	8	36,36	9	22,50	-	-	-	não significante
.alter. proc. pensamento	1	5,56	2	9,09	5	12,50	-	-	-	não significante
.orientação tempo/espaço	1	5,56	0	-	0	-	-	-	-	não significante
21- Comportamento doloroso:										
.impaciente	15	83,33	19	86,36	14	35,00	-	-	-	significante
.choro, lamúria, gemência, esfregar área de dor	15	83,33	20	90,91	0	0,00	-	-	-	Não se aplica
22- Irritabilidade	13	72,22	19	86,36	5	12,50	-	-	-	significante
23- Inquietação	15	83,33	19	86,36	6	15,00	-	-	-	significante
24- Expressão facial dor	17	94,44	2	9,09	0	-	-	-	-	Não se aplica
25- Alteração do tônus muscular	8	44,44	0	-	0	-	-	-	-	significante
26- Diaforese	5	27,78	1	4,55	0	-	-	-	-	significante
27- Postura não usual	14	77,78	8	36,36	4	10,00	-	-	-	significante
28- Elevação da pressão arterial:										
.sistólica - pré	-	-	-	-	-	-	108,9(13,7)	117,3(22,1)	117,6(18,9)	<u>.Entre grupos-</u> Sistól.: pré - não significante
pós	-	-	-	-	-	-	122,2(15,6)	116,6(16,1)	115,6(15,4)	pós - não significante
.diastólica - pré	-	-	-	-	-	-	69,2(10,0)	72,3(14,8)	71,6(12,0)	Diastólica: pré - não significante
pós	-	-	-	-	-	-	78,3(9,9)	75,7(11,4)	73,9(10,2)	pós - não significante
										<u>Intra-grupos-</u> Sistól.: A1- pré<pós /A2- não signif. / B- não signif. Diastólica: A1- pré<pós/A2- não signif. /B- não signif.

29- Aumento da frequência cardíaca:										.Entre grupos: pré - não significativa pós - A1>A2>B .Intra-grupos: A1 / A2 / B - pré<pós
.pré-operatório	-	-	-	-	-	-	80,1(12,3)	79,1(12,2)	78,0(10,7)	
.pós-operatório	-	-	-	-	-	-	97,6(11,4)	91,9(7,6)	88,2(13,9)	
30- Alteração no padrão respiratório:										.Entre grupos - Freq.: pré - A1>A2>B pós - não significativa Amplitude: pré - não signif. /pós -A1>A2>B Intra-grupos-Freq.: A1 /A2 / B - pré<pós Amplitude: A1 /A2 / B - pré<pós .Entre grupos: não significativa não significativa Intra-grupos: A1 / A2 / B- não significativa
.frequência - pré	-	-	-	-	-	-	21,2(4,0)	20,6(2,4)	19,6(3,3)	
pós	-	-	-	-	-	-	27,3(10,7)	23,6(3,8)	23,7(10,2)	
.diminuição amplitude	13	72,2	7	31,82	11	27,5	-	-	-	
31- Pupilas dilatadas:										.Entre grupos: não significativa não significativa Intra-grupos: A1 / A2 / B- não significativa
.pré-operatório	-	-	-	-	-	-	2,8(0,8)	3,0(0,6)	3,1(0,6)	
.pós-operatório	-	-	-	-	-	-	2,7(1,0)	2,8(0,9)	2,9(0,9)	
32- Imobilidade:										significante não significativa
.alteração na mob. geral	17	94,44	12	54,55	19	47,50	-	-	-	
.relato limit. movimentos	18	100,0	17	77,27	29	72,50	-	-	-	

A partir dos Quadros VI e VII os resultados obtidos serão apresentados e discutidos seguindo a estrutura de ordem e numeração estabelecidas para as características definidoras, sendo essa ordem definida de forma aleatória no momento da identificação das características definidoras na literatura consultada. Temos portanto:

1- Comunicação dos descritores da dor - as médias dos itens de Questionário de Dor McGill (número de descritores e índice de dor) e a intensidade da dor verificada pela escala numérica, mostram a ocorrência de pequena diferença entre os grupos A1 e A2, sendo que em A1 estes valores são maiores (13.2, 30.2 e 7.1) do que em A2 (11.4, 25.2 e 6.6). Os testes estatísticos utilizados indicaram que as diferenças ocorridas não foram significantes na avaliação da dor entre os grupos. Esse resultado indica que a dor sentida pelos pacientes em relação a suas dimensões ou intensidade ocorreu em magnitude semelhante nos subgrupos de pacientes com dor.

Segundo MEINHART; McCAFFERY (1983) a definição operacional da dor é: 'Dor é tudo o que a pessoa que a experimenta diz ser e existe sempre que diz existir'. A partir dessa definição, os profissionais de saúde que cuidam dos pacientes com dor devem considerar o caráter subjetivo da mesma e valorizar a queixa apresentada pelo paciente.

Conforme a classificação adotada, essa característica definidora é considerada como 'major' em função da sua ocorrência em 100% dos pacientes com dor estudados. Esse resultado torna-se óbvio por

ser a referência de dor o critério estabelecido para o agrupamento dos pacientes neste estudo.

LEVIN et al. (1989) realizaram um estudo de validação de conteúdo diagnóstico de seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentes referidos na literatura, entre os quais se encontrava o diagnóstico de Alteração no Conforto: Dor. Seguindo o método de validação proposto por FEHRING (1987), foram validadas as características definidoras críticas para cada diagnóstico por enfermeiras especialistas. No diagnóstico de dor, foram consideradas como características definidoras críticas ou maiores 'comunicação de dor' e 'máscara facial de dor'.

2- Náuseas - a queixa de náuseas ocorreu em 12(30%) pacientes no grupo com dor (A), enquanto que no grupo sem dor (B) 8(20%) pacientes referiram ter apresentado este sintoma. A freqüência desse sintoma no grupo de pacientes com dor não foi suficiente para incluí-lo como característica definidora de dor, além de não haver significância estatística no teste de comparação entre os grupos A e B.

Em estudos de validação do diagnóstico de enfermagem Dor, GYLDENVAND; TUNICK (1989) e SIMON; BAUMANN; NOLAN (1995) identificaram a náusea como uma das características da dor, porém, nos seus resultados essa característica foi considerada como não representativa no primeiro estudo e como característica definidora menor no segundo. MEINHART; McCAFFERY (1983) e READY; EDWARDS (1995) citam náuseas e vômitos como manifestações fisiológicas da dor aguda, com

consequências de alteração no equilíbrio hidro-eletrolítico, perda de peso e deterioração do estado geral.

3- Desconforto - o desconforto é citado por 37(92,5%) dos pacientes que sentem dor (A) e 20(50%) dos pacientes sem dor (B). O teste estatístico indicou diferença significativa entre os grupos no que se refere a esta característica, de forma que a expressão de desconforto pode ser entendida como associada à dor.

No estudo de GYLDENVAND; TUNICK (1989) o desconforto é indicado por 99% de pacientes que sofriam de dor crônica. As autoras discutem a falta de clareza nas características definidoras da dor listadas na bibliografia, usando com exemplo a dificuldade em diferenciar os termos dor e desconforto. Essa diferenciação acompanhou a própria evolução da nomenclatura do diagnóstico de dor que inicialmente estava categorizado como alteração de conforto, conforme referido por GORDON (1994). Dessa forma, nesse estudo, só se pode afirmar que houve essa diferença, embora não se tenha estudado o significado de conforto para cada doente.

A frequência de referência de desconforto no grupo A classifica-o como característica 'major' do diagnóstico de dor.

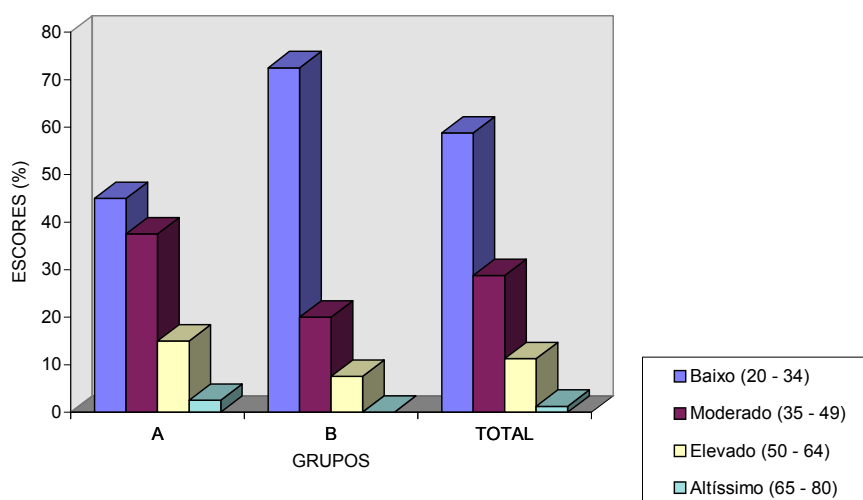
4- Estado de Ansiedade - os resultados referentes à ansiedade são relativos às médias dos escores obtidos no Inventário Estado de Ansiedade de Spielberger (DELA COLETA, J.A.; DELA COLETA, M.F., 1996), onde os pacientes com dor (A1 e A2) apresentaram médias de 44,8 e 35,6 respectivamente, e os pacientes sem dor (B) apresentaram média de 33,2, indicando níveis mais altos desta característica manifestados pelos

pacientes que experimentavam a sensação dolorosa no momento da avaliação. O tratamento estatístico indicou que o grupo A1 apresentou valores significativamente superiores aos grupos A2 e B.

Segundo SPIELBERGER apud SHULDHAM et al. (1995) há distinção entre estado e traço de ansiedade. Estado de ansiedade é definido como resposta a uma situação particular ou a um conjunto de circunstâncias. O inventário de estado de ansiedade de Spielberger possibilita a classificação dos níveis de ansiedade do indivíduo de acordo com o escore obtido: baixo - escores entre 20 e 34; moderado - escores entre 35 e 49; elevado - escores entre 50 e 64; e altíssimo - escores entre 65 e 80 (DELA COLETA, J.A.; DELA COLETA, M.F., 1996).

Na distribuição dos escores do inventário de estado de ansiedade neste estudo, verificou-se que 22(55%) pacientes com dor (A) classificaram-se como com nível de ansiedade moderado a altíssimo; os pacientes sem dor (B) foram em maior frequência classificados como com nível de ansiedade baixo, com pontuação inferior a 34 alcançada por 29(72,5%) dos mesmos. A frequência de 55% de escores de ansiedade moderada a altíssima apresentada pelos pacientes com dor classifica esta característica como 'minor'. A Figura 2 mostra a distribuição da média dos escores totais obtidos na aplicação do Inventário de SPIELBERGER, pelos pacientes do grupos A e B:

FIGURA 2 - Distribuição da média de escores obtidos pelos pacientes com e sem dor na utilização do Inventário Estado de Ansiedade de SPIELBERGER.



Segundo BOND (1986) a pessoa ansiosa é aquela que responde com preocupação às agressões diárias e inevitáveis da vida, enquanto indivíduos mais estáveis, em circunstâncias semelhantes, permanecem sem perturbação. A doença por si só, aumenta inevitavelmente os níveis de ansiedade na maioria das pessoas, enquanto que a dor é maior para pacientes com tendência à ansiedade pois a dor causa ansiedade e , por sua vez, esta aumenta a dor (BOND,1986).

Para MEINHART; McCAFFERY (1983) a ansiedade é a emoção mais frequentemente associada à dor aguda, sendo reconhecida como responsável pelo aumento da percepção dolorosa. A ansiedade está relacionada à intensidade da dor e aos possíveis significados que a dor tem para o paciente.

5- Frustração - ao serem questionados quanto ao sentimento de frustração, 18(45%) dos pacientes do grupo A referiram apresentar este sentimento, enquanto 3(7,5%) dos pacientes do grupo B o fizeram. Houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos no que diz respeito ao sentimento de frustração. Entretanto, apesar de estar presente significativamente em maior número de pacientes do grupo A, o fato de a frequência de ocorrência de referência de frustração no grupo A ter sido inferior a 50%, indica que ela poderia ser descartada enquanto característica da dor para esses pacientes.

Segundo MELZACK; WALL (1994) as emoções são sinais característicos da complexidade e subjetividade da experiência de dor. O desgaste emocional que acompanha toda experiência dolorosa pode variar em gravidade, de sentimentos desagradáveis e incômodos a uma angústia cruel ou excruciante. Essas emoções incluem comumente o medo, depressão ou raiva, culpa e frustração, entre outras; sendo que frequentemente o paciente comunica sua angústia com expressões como frustrante, terrível, etc..

6/7- Constipação/Diarréia - quando perguntados sobre alterações nas eliminações intestinais, 10(25%) pacientes do grupo A (com dor) referiram apresentar constipação intestinal e nenhum deles referiu diarréia. Nos pacientes do grupo B (sem dor), 11(27,5%) referiram constipação e 4(10%) referiram diarréia, associando estas manifestações à efeito de medicamentos e pausa alimentar inerente ao procedimento

cirúrgico. A comparação estatística entre os grupos mostrou que a diferença entre os grupos não foi significativa.

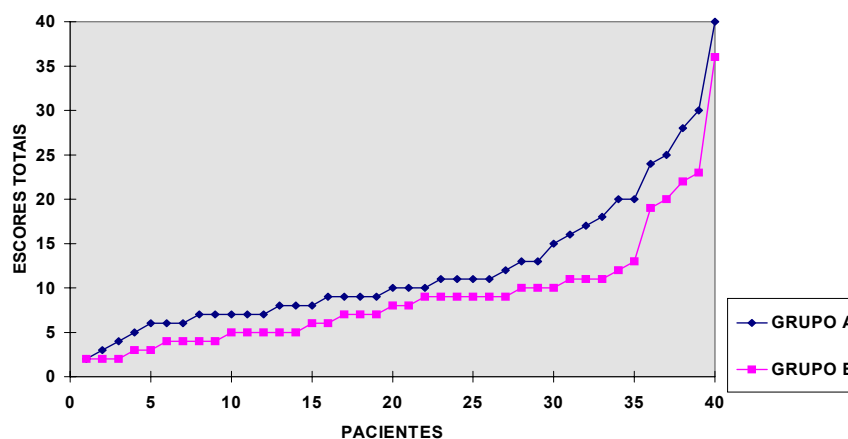
GYLDENVAND; TUNICK (1989) citam a constipação e diarréia como sinais físicos relacionados a dor crônica, porém em seu estudo de validação do diagnóstico de dor crônica, essas características não foram incluídas nas que se apresentaram em pelo menos 50% da população estudada. No presente estudo, os resultados obtidos em relação a essas características foram semelhantes. A frequência de ocorrência no grupo A indica que são irrelevantes como características da dor nesses pacientes.

8- Depressão - para o estudo da depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BECK; STEER, 1993). Esse inventário é um instrumento de 21 itens, delineado originalmente para identificar a gravidade da depressão em adolescentes e adultos que apresentam este quadro psiquiátrico. Tem sido amplamente utilizado clinicamente em pacientes não psiquiátricos, não determinando uma relação direta entre altos escores obtidos como necessariamente indicativos de depressão. O instrumento é composto de 21 itens que consistem num grupo de quatro afirmações pontuadas de 0 a 3. O escore total máximo é de 63. Em populações normais, o escore total superior a 15 pode sugerir a presença da depressão, sendo necessária uma avaliação mais aprofundada para a confirmação (BECK; STEER, 1993).

Neste estudo, as médias de escores do Inventário de Beck foram de 15,4 no grupo A1, 9,7 no grupo A2 e 9,1 no grupo B. A distribuição de escores totais entre os grupos com resultado maior que 15 pontos foi de

8(44,44%) em A1, 2(9,09%) em A2 e 5(12,5%) em B, com o total no grupo A (com dor) de 10(25%) dos pacientes, indicando a possibilidade de depressão nesses pacientes como manifestação associada à dor. Observa-se por esses resultados, que o grupo A1, avaliado na vigência da dor, apresenta maior possibilidade de manifestação da depressão, porém, de uma forma geral, as médias obtidas nos três grupos indicam baixos escores de depressão. A comparação estatística entre grupos estabelece diferença estatisticamente significativa, onde no grupo A1 os escores são maiores que no grupo A2 e em ambos, maiores que no grupo B. A Figura 3 mostra a distribuição dos escores totais obtidos por cada paciente com e sem dor, no Inventário de depressão de BECK:

FIGURA 3 - Distribuição dos escores totais obtidos pelos pacientes com e sem dor na aplicação do Inventário de BECK.



MELZACK; WALL (1994) associam a depressão com dor crônica, sendo manifestada de forma leve ou severa por sinais como humor deprimido, perda de prazer ou interesse, distúrbios do apetite e do sono,

perda de energia, agitação psicomotora, sentimento de culpa, dificuldade de concentração e ideação suicida. No estudo de PIMENTA (1995) sobre os aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer, foi constatada a associação entre dor e estado depressivo. Os doentes com dor crônica apresentaram, no inventário de depressão de Beck, escores depressivos significativamente mais elevados que os doentes sem dor.

No presente estudo, por se tratar de população que apresentava dor aguda em situação de pós-operatório, com possível expectativa de cura pela correção cirúrgica e possibilidade de retorno a uma vida normal, esperava-se que não houvesse diferença significativa entre os grupos com e sem dor.

Apesar da diferença significativa entre os grupos nos escores individuais, a frequência de ocorrência de escores maiores que 15 (um dos cortes propostos por Beck para a distinção) no grupo com dor foi inferior a 50%. Tal resultado, pela classificação proposta, indica que a variável é irrelevante como característica definidora de dor para os pacientes do estudo. Estudos clínicos voltados à comparação das características definidoras em pacientes com dor aguda e crônica, poderiam oferecer informações importantes a respeito das manifestações do fenômeno doloroso, em especial a depressão.

9- Sentimento de desesperança - conforme os quadros anteriores, o sentimento de desesperança foi referido por 25% dos pacientes com dor (A) e por 15% dos pacientes sem dor(B). Na comparação entre os grupos A e B feita por teste estatístico, não se verificou diferença

significante. Para MELZACK; WALL (1994) e MEINHART; McCAFFERY (1983) o sentimento de desesperança é uma manifestação da depressão que quase invariavelmente está relacionada com a dor.

A freqüência de ocorrência desse sentimento no grupo A, o exclui da lista de características definidoras da dor. Esse resultado, da mesma forma que o de depressão, pode estar associado à condição de pós-operatório, onde os pacientes possuem uma grande expectativa de cura ou resolução do processo de doença pelo procedimento cirúrgico.

10- Baixa auto-estima - observou-se referência a esse sentimento em 13(32,5%) pacientes com dor e em 4(10%) pacientes sem dor. A comparação estatística entre os grupos A e B mostrou que a diferença é significativa. Esses resultados sugerem que a autopercepção e o autoconceito estão associados à dor, porém, como a freqüência no grupo A foi menor que 50% essa característica seria considerada irrelevante, segundo esse ponto de vista.

Para MEINHART; McCAFFERY (1983) o indivíduo apresenta perda de auto-estima especialmente em situação de dor prolongada e, esses sentimentos de alteração da imagem corporal podem influenciar significativamente no potencial para reabilitação.

11- Medo da dor retornar/intensificar/não aliviar - ao serem inquiridos quanto ao medo da dor, os pacientes que experimentavam a sensação dolorosa (A) referiram esse sentimento com uma freqüência de 82,5%(33 pacientes). Entre os pacientes que não sentiam dor (B), o medo de senti-la foi referido por 19(47,5%) deles. Essas freqüências apresentadas,

classificam o medo da dor como característica definidora crítica ou 'major'. Na comparação estatística entre os grupos A e B, houve diferença estatisticamente significativa para esta característica.

O estudo de SIMON; BAUMANN; NOLAN (1995) teve como objetivo validar as características definidoras da dor aguda e dor crônica e comparar as diferenças entre elas, identificando-as como diagnósticos separados. Os resultados relativos à característica de medo da dor indicaram frequências de 64% na dor aguda e 68% na dor crônica, classificando essa característica como 'minor' (não crítica).

12- Alteração do padrão do sono - a característica de alteração do padrão do sono foi identificada com a referência, por parte do paciente, quanto a presença de fatores tais como: dificuldade para dormir - 36(90%) pacientes do grupo A e 21(52,5) pacientes do grupo B; sono interrompido - 34(85%) pacientes do grupo A e 19(47,5%) pacientes do grupo B; acordar cansado - 29(72,5%) pacientes do grupo A e 10(25%) pacientes do grupo B; e pesadelos - 12(30%) pacientes do grupo A e 7(17,5%) pacientes do grupo B.

Esses resultados indicam que os pacientes com dor (A) apresentaram alterações do padrão de sono com frequência maior que 80% com sinais específicos dessas alterações que, de acordo com a definição operacional da característica, incluem: sono interrompido, dificuldade para dormir e acordar cansado. Isto classifica essa variável como característica 'major' da dor. A presença de pesadelos apresentou baixa frequência de queixas em ambos os grupos. Além dos pacientes sem dor (B)

apresentarem os sinais de comprometimento do padrão de sono com frequência inferior, a ocorrência das queixas estava relacionada com causas diferentes da dor como: mudanças no ambiente, barulho e permanência na UTI.

O teste estatístico aplicado na comparação entre os grupos A e B, mostram diferenças significantes nas referências de dificuldade para dormir, sono interrompido e acordar cansado. Em relação à presença de pesadelos, essa diferença não foi significativa, além dessa manifestação ter apresentado frequências baixas em ambos os grupos.

De acordo com MEINHART; McCAFFERY (1983) a dor por si é exaustiva, aumentando a necessidade de sono e repouso dos indivíduos que a sentem. A privação do sono imposta pela dor leva à fadiga com inabilidade física e mental que interfere em outras atividades, inclusive na capacidade do indivíduo de lidar com a dor.

13- Inabilidade para continuar atividades prévias - Em relação à alteração na capacidade de manter atividades como consequência da dor, os pacientes foram consultados sobre atividades de autocuidado e dificuldade para descansar. Para os pacientes com dor (A) a dificuldade de executar seus cuidados pessoais foi referida por 29(72,5%) pacientes e a dificuldade para descansar foi referida por 34(85%) pacientes. Os pacientes sem dor (B) referiram dificuldade de autocuidado e descansar em frequência de 21(52,2%) e 12(30%) respectivamente.

Na comparação estatística entre os grupos, os resultados mostraram diferença não significativa no prejuízo do autocuidado, entendido

neste estudo como atividades relativas aos cuidados pessoais. Quanto à dificuldade para descansar, a frequência no grupo A foi estatisticamente maior que no grupo B.

A partir da frequência apresentada pela variável de autocuidado no grupo A, a incapacidade para continuar atividades prévias foi classificada como característica definidora 'minor' para o diagnóstico de dor. Apesar disso, é válido discutir se a dificuldade para descansar, aqui estudada como um componente da incapacidade para continuar atividades prévias em função de sua definição operacional, não poderia ser indicada como uma característica isolada. A avaliação do paciente em intervalo de tempo mais prolongado da data da cirurgia, com fase de restabelecimento avançada e dor percebida como de menor intensidade, poderia justificar as limitações menores nas atividades, principalmente no que se refere ao autocuidado.

Para MEIHART; McCAFFERY (1983) muitas atividades da vida diária são afetadas pela dor, principalmente as atividades físicas normais como caminhar. Na dor aguda que é breve, a limitação da atividade física pode significar não mais do que uma inconveniência temporária, mas na dor crônica o problema é muito mais significativo.

14- Alterações de peso - para validar a ocorrência de alterações de peso foi considerado o relato subjetivo do paciente sobre a percepção de mudança no peso corporal e a verificação objetiva do peso dos pacientes no pré e pós-operatórios. Quanto ao relato de mudança de peso 20(50%) pacientes do grupo A (com dor) referiram perceber mudanças,

enquanto 30(75%) pacientes do grupo B (sem dor) o fizeram. Na verificação do peso corporal no pré e pós-operatório, os resultados mostram diminuição entre as médias de pesos nos três grupos, ou seja: A1 com perda de 1,5 kg em média, A2 com perda de 0,2 kg em média e B com perda de 1 kg em média. Além disso, houve um aumento do peso corporal em 21(52,5%) e diminuição de peso em 19(47,50%) pacientes do grupo A. O tratamento estatístico desses dados mostra que a freqüência de relato de alteração de peso corporal foi significativamente maior no grupo B que no grupo A . A comparação estatística entre os grupos indicou não haver diferença significativa quanto ao peso corporal, tanto no pré quanto no pós-operatório. Na comparação intra-grupos, o peso corporal foi significativamente maior no pré-operatório para os pacientes do grupo A1 e B e não significativa no grupo A2.

Esses resultados sugerem que as alterações de peso observadas não estão relacionadas com a dor. O procedimento cirúrgico de grande porte pode, por si só, alterar de forma significativa a hidratação e distribuição dos fluidos corpóreos e mesmo o metabolismo de nutrientes, com conseqüente mudança brusca no peso corporal. A freqüência de relato de alteração no peso (50% no grupo A) poderia indicar a alteração de peso como característica 'minor', no entanto, o fato das alterações terem sido significativas nos três grupos estudados, com perda de peso no grupo A em freqüência inferior a 50% e, da freqüência de relato estar no limite inferior da classificação como 'minor', consideramos válido classificá-la como irrelevante para esses doentes.

15/16- Diminuição na ingestão de alimentos/Inapetência - no que se refere à ingestão alimentar, verificou-se que 28(70%) dos pacientes com dor (A) referiram diminuição na ingestão de alimentos sólidos e 9(22,5%) na de líquidos. Os pacientes sem dor referiram essa característica com frequência de 13(32,5%) para sólidos e 7(17,5%) para líquidos. Esses resultados mostram diferença entre os grupos sugerindo que a dor interfere na alimentação, confirmada pelo teste estatístico de comparação entre grupos, onde a diferença é significativa para a ingestão de sólidos e não significativa para líquidos, isto é, os pacientes do grupo com dor referem diminuição na ingestão de alimentos sólidos em frequência superior ao pacientes sem dor.

A perda do apetite foi citada por 33(82,5%) dos pacientes do grupo A e por 26(65%) do grupo B. A interpretação estatística da comparação entre grupos não identifica essa diferença como significativa. Consideramos que todos os pacientes do estudo apresentaram frequência elevada dessa característica, associada potencialmente a outros fatores que não a dor. No entanto, com base na frequência de ocorrência no grupo A, essa característica foi classificada como 'menor'.

MEINHART; McCAFFERY (1983) colocam que tanto a dor aguda quanto a crônica, frequentemente resultam em perda de peso e diminuição na ingestão de fluidos e nutrientes, além da perda do apetite. Na dor aguda pode ocorrer repercussão principalmente no equilíbrio hidro-eletrolítico, enquanto na dor crônica a alteração no estado nutricional geral diminui a resistência às doenças adicionais.

17- Comportamento protetor - essa característica foi avaliada pela observação direta da postura do paciente em relação à área dolorosa durante a entrevista nos pacientes do grupo A. Essa característica esteve presente em 18(100%) pacientes que foram avaliados na vigência de dor e em 14 (63,64%) pacientes avaliados no período de até 24 horas do episódio doloroso. A frequência total no grupo A foi de 32(80%) pacientes, classificando essa característica como 'major' para esse estudo.

Segundo McFARLAND; McFARLANE (1989) o comportamento protetor com postura de guarda da área do corpo onde a dor está localizada é observado na dor aguda, enquanto que, na dor crônica essa postura de proteção frequentemente torna-se incorporada à mecânica corporal do paciente.

18- Focalização limitada - para identificar o comportamento de maior concentração em si próprio os pacientes foram avaliados quanto a referência de perda de interesse no ambiente e aumento da preocupação com eles mesmos. Em relação à perda ou diminuição do interesse pelo ambiente 25(62,5%) pacientes do grupo A (com dor) referiram esse comportamento. Apesar de 8(20%) pacientes do grupo B (sem dor) apresentarem tal comportamento, sua ocorrência foi atribuída a causa diferente da dor; 23(57,5%) pacientes do grupo A também referiram preocupação aumentada consigo, enquanto 12(30%) pacientes do grupo B se consideraram mais preocupados consigo. As frequências verificadas indicam diferenciação entre os grupos em relação à característica de focalização limitada. A comparação estatística entre os grupos A e B nos

dois aspectos avaliados da característica em estudo, indicou que a frequência no grupo A foi significativamente superior à do grupo B. Em função das frequências verificadas no grupo A, essa característica foi considerada 'minor' para o diagnóstico de dor.

Segundo MEINHART; McCAFFERY (1983) em situação de dor aguda, os pacientes se utilizam das pessoas a sua volta para se distraírem da dor ou, algumas vezes, preferem estar sozinhos; porém, quando a dor persiste podem tornar-se extremamente centrados em si mesmos (auto-centrados) e 'desligados' de outras atividades e relacionamentos com outros.

19- Afastamento do contato social - na avaliação da disponibilidade pessoal para contatos com outros utilizou-se, na entrevista, a referência do paciente de diminuição ou perda da disposição para se relacionar com outros e, na observação, a verificação de atitudes de cooperação com outros pacientes.

Como resultado, verificou-se que 28(70%) pacientes com dor (A) e 10(25%) pacientes sem dor (B) referiram ter sua disposição para contatos diminuída ou ausente, enquanto 10(25%) pacientes com dor (A) e 13(32,5%) sem dor (B) apresentaram comportamento de cooperação com outros. O estudo estatístico de comparação entre os grupos indicou diferença significativa na disposição para contatos e não significativa na capacidade de cooperação com outros. Essas frequências sugerem que a dor interfere na disposição para contatos pessoais e não obrigatoriamente interfere na capacidade de manter-se cooperativo. A frequência de

ocorrência de diminuição de disposição para contatos classifica a característica de afastamento do contato social como 'minor' nesse estudo.

MEINHART; McCAFFERY (1983) colocam que os pacientes que sofrem dor aguda e crônica tendem à deterioração de seus relacionamentos casuais ou íntimos com outras pessoas, sendo que na dor crônica a tendência ao isolamento é mais significativa.

20- Prejuízo no processo de pensamento - para avaliar essa característica, levou-se em consideração a referência por parte do paciente a dificuldades de concentração, memória e tomada de decisão, além de observação de alterações cognitivas e de orientação no tempo e espaço.

As freqüências encontradas nos grupos A(com dor) e B(sem dor) foram respectivamente: 23(57,5%) e 12(30%) pacientes com dificuldade de concentração; 14(35%) e 9(22,5%) pacientes com dificuldade de memória e com dificuldade na tomada de decisão; 3(7,5%) e 5(12,5%) pacientes com alterações cognitivas; e 1(5,56%) e 0(zero) pacientes desorientados no tempo e espaço.

Na comparação estatística entre os grupos apenas a diferença da ocorrência de dificuldade de concentração foi significativa. As diferenças de dificuldade de memória, tomada de decisão, alterações cognitivas e orientação no tempo e espaço não tiveram freqüências significativamente diferentes. As freqüências verificadas no grupo A, entretanto, sugerem que ocorre interferência no processo de pensamento do indivíduo como consequência da presença de dor, podendo-se classificar

essa característica como 'minor', em função da freqüência apresentada na variável de dificuldade de concentração.

MEINHART; McCAFFERY (1983) referem que os distúrbios no processo de pensamento aparecem frequentemente nos pacientes com dor, sendo a dificuldade de concentração a disfunção mais frequente, associada aos distúrbios do sono.

21- Comportamento doloroso - essa característica foi avaliada pela queixa do paciente de impaciência na presença de dor, além da observação de comportamentos de choro, lamúria, gemência e movimentos de esfregar a área dolorosa.

A freqüência apresentada foi de 34(85%) pacientes do grupo A e 14(35%) do grupo B referindo impaciência, e 35(87,5%) pacientes do grupo A(com dor) apresentando comportamento característico da dor, o que não foi verificado no grupo B. A comparação entre grupos indicou diferença significativa para a manifestação de impaciência. Esses resultados indicam o comportamento doloroso como uma característica evidenciada pelos pacientes que experimentavam a sensação dolorosa, vindo de encontro com o diagnóstico de enfermagem de Dor classificado pela NANDA (1994), que cita esse comportamento originalmente como comportamento de distração. O comportamento apresentado pelo paciente durante a sensação dolorosa pode ser considerado como parte da resposta do paciente em sua forma individual de lidar com a dor.

O comportamento doloroso, cujas manifestações tiveram frequência superior a 80% no grupo A, foi classificado como característica 'major' da dor.

22- Irritabilidade - verifica-se nesse estudo que 32(80%) pacientes com dor (A) referiram estar mais irritados, enquanto 5(12,5%) pacientes sem dor (B) fizeram a mesma referência. A diferença das frequências apresentadas entre os grupos foi considerada significativa pelo teste estatístico utilizado.

Segundo MEINHART; McCAFFERY (1983) a irritabilidade é uma manifestação associada à raiva, agressividade e ressentimento que resultam da dor, sendo um comportamento evidente principalmente em crianças com dor.

A irritabilidade relatada por 80% dos pacientes com dor pôde ser classificada como característica definidora 'major' do diagnóstico de dor.

23- Inquietação - essa manifestação foi referida por 34(85%) pacientes que apresentavam dor (A) e 6(15%) pacientes sem dor (B), indicando que a dor é um fator que pode desencadear o comportamento de inquietude ou ausência de condição de repouso e conforto. A diferença de frequência entre os grupos A e B é significativa do ponto de vista estatístico. Essa característica foi classificada como 'major' para o diagnóstico de dor nesses pacientes.

MEINHART; McCAFFERY (1983) citam a inquietação como uma excelente indicação de dor iminente, assim como, um sinal de presença

ou aumento da intensidade da dor, sendo considerada por pacientes e profissionais como um aviso de início da dor.

24- Expressão facial de dor - as expressões faciais são utilizadas pelos profissionais para julgar a presença e a magnitude da dor experimentada pelos pacientes (WILKIE,1995). Essas expressões são descritas pela 'careta de dor' que inclui aparência abatida, olhos sem brilho, movimentos fixos ou desordenados da face, cenho franzido, mandíbula contraída, lábios apertados e dentes cerrados (McFARLAND; McFARLANE,1989).

Nesse estudo 17(94,44%) pacientes avaliados em vigência de dor apresentaram a máscara facial de dor, enquanto 2(9,09%) pacientes avaliados no período de até 24 horas do episódio doloroso a apresentaram, indicando que essa característica está diretamente relacionada com a sensação dolorosa. As freqüências foram significativamente diferentes entre os grupos. A freqüência total no grupo A foi de 19(47,5%), o que poderia classificar essa característica como irrelevante. Neste caso, entretanto, consideramos a freqüência de ocorrência da máscara de dor nos pacientes do grupo A1 por terem sido avaliados no momento da dor. Essa freqüência a classifica como característica 'major' para os pacientes do estudo.

WILKIE (1995) estudando as expressões faciais de pacientes com câncer de pulmão através de protocolo de observação, verificou que esses pacientes com dor oncológica apresentavam freqüências mínimas de ações musculares faciais na presença de dor. A autora atribui esse resultado à atitude estóica desses indivíduos e chama a atenção dos

profissionais de saúde em considerar estes aspectos na hora de avaliar o paciente com dor no câncer.

25- Alteração do tônus muscular - durante a observação clínica verificou-se a presença de aumento do tônus muscular em 8(20%) pacientes do grupo A, com ausência dessa alteração nos pacientes sem dor (B). Essa característica se comporta como uma resposta fisiológica à dor como reação de fuga ou evitação do estímulo nocivo. A diferença entre grupos foi considerada estatisticamente significativa.

A frequência apresentada pelos pacientes do grupo A, entretanto, foi inferior a 50%, indicando portanto, que pode ser excluída do grupo de características definidoras da dor para essa população.

READY; EDWARDS (1995) referem o aumento generalizado do tônus muscular como uma manifestação do sistema nervoso simpático na presença de dor aguda.

26- Diaforese - o aumento da transpiração foi verificado em 6(15%) pacientes do grupo A, não sendo observada em nenhum paciente do grupo B. A comparação estatística entre os grupos A e B indicou que a diferença apresentada é significativa, apesar da frequência observada na população em estudo ser insuficiente para classificar essa manifestação como característica definidora de dor.

A diaforese é uma resposta à dor por mecanismo fisiológico de estimulação simpática aumentada. TEIXEIRA; CORRÊA; PIMENTA (1994) referem-se à sudorese como uma das alterações neurovegetativas presentes na dor aguda.

27- Postura não usual - durante a observação 22(55%) pacientes com dor (A) apresentaram alteração na postura corporal sendo que dentre eles 14(77,78%) pacientes o fizeram na vigência de dor. Os pacientes sem dor (B) manifestaram esse comportamento numa frequência de 4(10%) dos 40 pacientes observados. A diferença das frequências apresentadas pelos dois grupos (A e B) foi estatisticamente significativa. A frequência dessa característica em A classifica-a como 'minor'.

Segundo McFARLAND; McFARLANE (1989) a presença de dor leva o paciente a assumir uma postura não usual de proteção como por exemplo, a posição fetal.

28- Elevação da pressão arterial - para avaliação da alteração dos níveis de pressão sanguínea, foram utilizadas medidas de pressão arterial sistólica e diastólica nos períodos pré e pós-operatório e estabelecidas as médias destes valores nos três grupos (A1,A2,B).

Em relação à pressão arterial sistólica, observa-se uma elevação média de 14,2 mmHg nos pacientes avaliados no pós-operatório na vigência da dor (A1), enquanto nos demais (A2 e B) essa alteração foi de discreta diminuição (0,7 e 2,0 mmHg respectivamente). A pressão arterial diastólica apresentou uma elevação média de 9,1 mmHg nos pacientes em vigência de dor (A1), 3,4 mmHg nos pacientes com dor nas últimas 24 horas (A2) e 2,3 mmHg nos pacientes sem dor (B). Foi verificado no grupo A uma frequência de elevação da pressão arterial sistólica e diastólica em 25(62,5%) pacientes, o que classifica essa característica como 'minor'.

Conforme os testes estatísticos realizados sobre os valores da pressão arterial não houve diferença significativa na comparação entre os grupos A e B. Quando comparados internamente (intra-grupos), as diferenças de frequência entre o pré e pós-operatório foram consideradas não significantes para os grupos A2 e B, entretanto, para o grupo A1 (em vigência de dor) as pressões sistólica e diastólica foram estatisticamente maiores no pós-operatório. Esses resultados indicam elevação significativa dos níveis pressóricos nos pacientes que apresentavam a manifestação dolorosa, confirmando a referência de TEIXEIRA; CORRÊA; PIMENTA (1994) de aumento da pressão sanguínea como uma das manifestações neurovegetativas da dor aguda.

29- Aumento da frequência cardíaca - os resultados obtidos pela verificação da frequência cardíaca da população estudada no período de pré e pós-operatório, mostraram que houve aumento na média da frequência dos batimentos cardíacos nos três grupos: aumento de 17 batimentos na média do grupo A1, aumento de 13 batimentos na média no grupo A2 e aumento de 10 batimentos em média no grupo B. Quando verificado esse aumento nos pacientes como dor (A), a frequência encontrada foi de 33(82,5%) classificando essa característica entre as 'major' para o diagnóstico de dor.

Os testes estatísticos mostraram que os pacientes dos três grupos tiveram elevação significativa da frequência cardíaca no pós-operatório quando comparados à situação no pré-operatório. Esse resultado poderia sugerir que a dor não diferencia os grupos quanto à frequência

cardíaca e, por conseguinte, que a alteração da frequência cardíaca não seria característica definidora da dor. No entanto, os testes também indicaram que os grupos não foram estatisticamente diferentes quanto a frequência cardíaca no pré-operatório e passaram a sê-lo no pós-operatório, onde o grupo A1 teve a frequência cardíaca estatisticamente maior que o grupo A2 e este maior que o grupo B. O conjunto desses resultados indica que, embora tenha havido elevação significativa da frequência cardíaca entre os grupos, o aumento no grupo A1 foi maior que no A2 e neste, maior que no grupo B. Isso sugere que a dor tenha sido o fator determinante dessas diferenças, porém, os fatores hemodinâmicos associados à cirurgia cardíaca limitam a interpretação desses resultados.

30- Alteração no padrão respiratório - para a avaliação do padrão respiratório foram consideradas as diferenças de frequência e amplitude respiratórias, nos períodos pré e pós-operatório, nos três grupos (A1, A2, B). No que diz respeito à frequência respiratória, observou-se elevação média em todos os grupos de pacientes com maior diferenciação no grupo A1 (dor vigente) conforme se segue: A1- aumento na média de 6 mov. resp./min., A2- aumento na média de 3 mov. resp./min., e B- aumento na média de 4 mov. resp./min. . Para a amplitude respiratória, a diminuição de amplitude com superficialização da respiração foi observada em 13(72,2%) pacientes do grupo A1, 7(31,82%) pacientes do grupo A2 e 11(27,5%) pacientes do grupo (B). Quando considerado o grupo A (com dor) como um todo, as frequências apresentadas foram de 24(60%) pacientes com aumento dos movimentos respiratórios e 20(50%) pacientes com

diminuição na amplitude. Em função desses resultados, essa característica foi classificada como 'minor' para o diagnóstico de dor.

Na comparação estatística entre os três grupos, verificou-se diferença significativa entre os grupos na frequência respiratória no período pré-operatório, sendo A1 maior que A2 e B e, não significativa no pós-operatório; para a amplitude dos movimentos respiratórios (diminuição), os resultados mostraram diferença não significativa no pré-operatório e significativa no pós-operatório onde A1 tem diminuição maior que A2 e B. Considerando-se a avaliação intra-grupos, os testes estatísticos indicaram que tanto a frequência quanto a amplitude respiratórias apresentaram diferenças estatísticas em cada um dos grupos: no pós-operatório a frequência respiratória se elevou significativamente nos três grupos e a amplitude diminuiu.

MEINHART; McCAFFERY (1983) referem que o primeiro padrão de respostas fisiológicas à dor é conhecido como ativação, ou seja, uma resposta de fuga, caracterizada pelo domínio do sistema nervoso simpático que se manifesta por aumento nas frequências de pulso e respiratória, aumento na pressão sanguínea sistólica e diastólica, pupilas dilatadas, aumento do tônus muscular, entre outras. READY; EDWARDS (1995) colocam que a estimulação simpática provocada pela dor no pós-operatório de cirurgias torácicas, produz uma série de reações adversas entre as quais o aumento do metabolismo e consumo de oxigênio e, em contrapartida, o comprometimento da função pulmonar com dificuldade de respirar profundamente e retenção de secreções.

Quanto ao padrão respiratório, os resultados estatísticos do presente estudo só permitem afirmar que a diminuição da amplitude diferenciou os grupos com ou sem dor. O aumento da frequência respiratória não pôde ser confirmado como característica da dor. É importante observar, no entanto, que as diferenças significativas entre os grupos no pré-operatório, no que se refere à frequência respiratória, e a situação clínica dos pacientes estudados que envolve manipulação mais direta do sistema cardio-respiratório, dificultam a interpretação desses resultados. Seria interessante a execução de estudos com controle de outras variáveis, além da dor, que interferem na frequência respiratória nessa condição clínica.

31- Pupilas dilatadas - a verificação do diâmetro pupilar no pré e pós-operatório foi utilizada para avaliar a dilatação pupilar como resposta à dor. Os resultados encontrados mostram uma diminuição discreta na média dos diâmetros pupilares verificados nos pacientes: A1- diminuição média de 0,1 mm, A2- diminuição média de 0,2 mm e B- diminuição média de 0,2 mm. Nos pacientes do grupo A, a dilatação pupilar foi verificada em 11(27,5%) pacientes, indicando que esta variável pode ser excluída das características da dor.

A comparação estatística entre e intra-grupos mostraram que as alterações de diâmetro pupilar dos pacientes estudados não foram significantes.

32- Imobilidade - na avaliação da imobilidade como consequência da dor foi considerado o relato do paciente quanto à limitação da movimentação e a observação direta de alteração da mobilidade corporal.

Os resultados encontrados indicam diferenciação importante para o grupo A1, em que os pacientes se apresentavam com dor . As freqüências apresentadas foram: 17(94,44%) pacientes do grupo A1, 12(54,55%) pacientes do grupo A2 e 19(47,5%) do grupo B com diminuição da mobilidade geral; e 18(100%) pacientes do grupo A1, 17(77,27%) pacientes do grupo A2 e 29(72,5%) pacientes do grupo B que relataram limitação na movimentação. Apesar dos pacientes do grupo B referirem limitação de movimentação em freqüência alta, a ocorrência foi atribuída a causa diferente da dor.

Na comparação entre os grupos as diferenças de freqüências apresentadas foram significantes na alteração de mobilidade e não significante no relato de limitação.

MEINHART; McCAFFERY (1983) referem que os tipos de movimentos corporais são indicativos da presença, gravidade, localização, duração e significado da dor para o paciente. A imobilização total ou de parte do corpo é uma postura assumida frequentemente com o objetivo de minimizar a dor como acontece por exemplo, em cirurgias torácicas onde os pacientes podem limitar todos os movimentos para prevenir a necessidade de respirar profunda e rapidamente, devido a dor provocada pela movimentação da parede torácica.

A imobilidade foi considerada como característica 'major' para o diagnóstico, devido a sua freqüência de ocorrência no grupo A que foi de 87,5% para o relato de limitação na movimentação (100% em A1) e 72,5% na alteração da mobilidade geral (94,4% em A1).

Esse estudo teve como um dos objetivos validar as características definidoras da dor em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Para tanto, foi estudada a frequência de ocorrência das características (sinais e sintomas) previstas na literatura em pacientes com e sem dor numa população de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Obtiveram-se os resultados referentes ao comportamento dessas características no grupo de pacientes com dor (A) e referentes às diferenças de frequência entre os pacientes com e sem dor, sumarizados a seguir:

. 12 características definidoras 'major' (frequência de 80 a 100%) - comunicação de descritores da dor, desconforto, medo da dor, alteração do padrão de sono, inapetência, comportamento protetor, comportamento doloroso, irritabilidade, inquietação, expressão facial de dor, aumento da frequência cardíaca e imobilidade;

. 9 características definidoras 'minor' (frequência entre 50 e 79%) - estado de ansiedade, inabilidade para continuar atividades prévias, diminuição de ingestão de alimentos, focalização limitada, afastamento do contato social, prejuízo nos processos de pensamento, postura não usual. elevação da pressão arterial e alteração do padrão respiratório;

. 11 características definidoras irrelevantes (frequência inferior a 50%) - náuseas, frustração, constipação, diarreia, depressão,

sentimento de desesperança, baixa da auto-estima, alterações de peso, alteração do tônus muscular, diaforese e pupilas dilatadas.

No Quadro VIII apresenta-se a síntese desses resultados visto que as duas abordagens (a freqüência de ocorrência em A e as diferenças entre A e B) se complementam.

Quadro VIII - Características definidoras distribuídas segundo freqüência de ocorrência no grupo com dor e interpretação estatística das diferenças entre os pacientes com e sem dor. São Paulo, 1997.

Classificação das características definidoras	Diferença estatística entre os grupos
<u>. Freqüência inferior a 50%:</u>	
1- Náuseas (cd 2)	A = B
2- Frustração (cd 5)	A > B
3- Constipação (cd 6)	A = B
4- Diarréia (cd 7)	A = B
5- Depressão (cd 8)	A > B
6- Sentimento de desesperança (cd 9)	A = B
7- Baixa auto-estima (cd 10)	A > B
8- Alterações de peso (cd 14) Ω	A = B
9- Alteração do tônus muscular (cd 25)	A > B
10- Diaforese (cd 26)	A > B
11- Pupilas dilatadas (cd 31)	A = B
<u>. Freqüência entre 50 e 79%:</u>	
1- Estado de ansiedade (cd 4)	A > B
2- Inabilidade para continuar atividades prévias (cd 13) *	A = B
3- Diminuição da ingestão de alimentos (cd 15)	A > B
4- Focalização limitada (cd 18)	A > B

5- Afastamento do contato social (cd 19)	A > B
6- Prejuízo dos processos de pensamento (cd 20) ∞	A > B
7- Postura não usual (cd 27)	A > B
8- Elevação da pressão arterial (cd 28)	A1 pós > A1 pré
9- Alteração do padrão respiratório (cd 30): .freqüência respiratória .diminuição amplitude	.A = B .A > B
<u>. Freqüência maior de 80%:</u>	
1- Comunicação de descritores de dor (cd 1)	Não se aplica
2- Desconforto (cd 3)	A > B
3- Medo da dor (cd 11)	A > B
4- Alteração do padrão de sono (cd 12) π	A > B
5- Inapetência (cd 16)	A = B
6- Comportamento protetor (cd 17)	Não se aplica
7- Comportamento doloroso (cd 21) #	A > B
8- Irritabilidade (cd 22)	A > B
9- Inquietação (cd 23)	A > B
10- Expressão facial de dor (cd 24)	Não se aplica
11- Aumento da freqüência cardíaca (cd 29)	A > B
12- Imobilidade (cd 32) ♦	A > B

* considerado o item 'autocuidado'

Ω considerado o item 'peso observado'

∞ considerado o item 'concentração'

π não considerado o item 'pesadelos'

considerado o item 'impaciência'

♦ considerado o item 'alteração na mobilidade geral'

Assumiremos as diferenças estatísticas como critérios de aceitação ou não das características cuja freqüência de ocorrência no grupo com dor foi igual ou superior a 50%. As características com freqüência inferior a 50% serão consideradas irrelevantes, independentemente dos

resultados dos testes estatísticos. Essa decisão está fundamentada no entendimento de que se a característica ocorre numa frequência baixa, sua relevância do ponto de vista clínico para caracterização do diagnóstico é pequena, isto é, a sua frequência de ocorrência indica que ao avaliar o paciente com dor em situação de pós-operatório a possibilidade de ser encontrada uma dessas características é baixa. Consideramos que a avaliação das características definidoras que configuram sinais fisiológicos e variáveis contínuas (peso, frequência cardíaca, pressão arterial,, frequência respiratória e pupilas) foi limitada em função de não terem sido verificadas em todos os pacientes na vigência da dor. É recomendável que este grupo de características seja estudado com amostragem maior para viabilizar testes estatísticos mais precisos.

Outro aspecto importante neste estudo é o fato de serem analisadas todas as características definidoras encontradas na literatura, independentemente das mesmas serem identificadas em dor crônica ou aguda. Provavelmente as frequências verificadas na população deste estudo sejam significativamente diferentes das encontradas em situação de dor crônica. É também possível que em outras situações clínicas onde prevaleça a dor aguda, esses resultados se apresentem de forma diferente.

Consideramos a metodologia de validação clínica dos diagnósticos de enfermagem como uma abordagem que abre um amplo espaço de conhecimento a ser desenvolvido dentro da prática profissional. Estudos comparativos entre populações com o mesmo diagnóstico ou estudos comparativos entre diagnósticos diferenciais como o caso de dor

aguda e crônica devem ser desenvolvidos com o objetivo de refinamento dos diagnósticos e conseqüentemente, estabelecimento de foco específico do enfermeiro sobre os fenômenos que lhe competem identificar e tomar condutas.

Ao término das análises dos resultados, partindo das 32 características definidoras iniciais estudadas, aceitamos 19 conforme o Quadro IX :

Quadro IX - Características validadas para o diagnóstico de dor em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. São Paulo, 1997.

Características definidoras da dor

. Maiores:

Comunicação dos descritores da dor;
Desconforto;
Medo da dor;
Alteração do padrão de sono;
Comportamento protetor;
Comportamento doloroso;
Irritabilidade;
Inquietação;
Expressão facial de dor;
Aumento da freqüência cardíaca;
Imobilidade.

. Menores:

Estado de ansiedade
Diminuição na ingestão de alimentos;

Focalização limitada;
Afastamento do contato social;
Prejuízo dos processos de pensamento;
Postura não usual;
Elevação da pressão arterial;
Alteração do padrão respiratório.

CONCLUSÕES

No presente estudo foram estudados 80 pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo 40 pacientes com manifestação de dor e outros 40 sem referência de queixa dolorosa, com enfoque na comparação da frequência de ocorrência das características propostas nos

dois grupos. Os resultados obtidos permitiram o estabelecimento das seguintes conclusões:

1- Quanto à caracterização da dor dos pacientes estudados (n=40) observou-se que: o número de locais de dor variou de 1 a 4 locais, sendo a incisão cirúrgica torácica o local de dor mais importante citado por 19(47,5%) pacientes; a intensidade da dor em escala numérica esteve em média de valor 7 categorizada como dor de intensidade moderada; pela utilização do questionário de dor McGill obteve-se a citação de 12(máximo possível de 20) descritores verbais de dor e índice de dor médio de 28(máximo possível de 78).

2- Quanto à validação das 32 características definidoras pela diferença de ocorrência estatisticamente significativa entre os pacientes com e sem dor e pela frequência de ocorrência no grupo A (com dor) , foram aceitas 19 características a saber: **Maiores-** comunicação dos descritores da dor, desconforto, medo da dor, alteração do padrão de sono, comportamento protetor, comportamento doloroso, irritabilidade, inquietação, expressão facial de dor, aumento da frequência cardíaca, imobilidade; **Menores-** estado de ansiedade, diminuição na ingestão de alimentos, focalização limitada, afastamento do contato social, prejuízo dos processos de pensamento, postura não usual, elevação da pressão arterial, alteração do padrão respiratório.

ANEXOS

ANEXO A

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DOR

1. comunicação (verbal ou não verbal) de descritores de dor.

(McFarland;McFarlane, 1989/NANDA, 1994/Bond, 1986/Bonica, 1990/Meinhart;McCaffery, 1983/Carpenito, 1997/Simon;Nolan;Baumann, 1995)

2. náusea. (Gyldenvand;Tunick, 1989/ Ready;Edwards, 1995/ Meinhart;McCaffery, 1983/ Simon; Nolan;Baumann, 1995)

3. desconforto. (Gyldenvand; Tunick, 1989/ Ready; Edwards, 1995/ Carpenito, 1997)

4. ansiedade. (Meinhart;McCaffery, 1983/Gyldenvand;Tunick, 1989/Melzack;Wall, 1994/Bond, 1986/ Bonica, 1990/ Simon;Nolan;Baumann, 1995/Ready; Edwards, 1995)

5. frustração. (Gyldenvand; Tunick, 1989/ Melzack; Wall, 1994/ Carpenito, 1997)

- 6. constipação.** (Gyldenvand;Tunick,1989)
- 7.diarréia.** (Gyldenvand;Tunick,1989)
- 8. depressão.** (Bonica,1990/McFarland;McFarlane,1989/Meinhart;McCaffery,1983/ Gyldenvand; Tunick,1989/Melzack;Wall,1994/Carpenito,1997/Simon;Nolan;Baumann,1995/Ready; Edwards,1995)
- 9. sentimento de desesperança.** (Gyldenvand;Tunick,1989/Melzack; Wall,1994/Meinhart ;McCaffery,1983)
- 10. baixa auto-estima.** (Gyldenvand;Tunick,1989/Meinhart;McCaffery, 1983)
- 11. medo de nova lesão.** (NANDA,1994/ Gyldenvand;Tunick,1989/ Simon;Nolan;Baumann, 1995)
- 12. alteração no padrão de sono.** (NANDA, 1994/ McFarland; McFarlane,1989/ Gyldenvand;Tunick,1989/Carpenito,1997/Simon;Nolan;Baumann,1995/Meinhart;McCaffery,1983)
- 13. inabilidade para continuar atividades prévias.** (NANDA,1994/McFarland; McFarlane,1989/ Gyldenvand; Tunick,1989/ Meinhart; McCaffery, 1983)
- 14. mudança de peso (alterações).** (NANDA,1994/McFarland;McFarlane,1989/ Gyldenvand;Tunick,1989)
- 15. anorexia.** (NANDA,1994/Carpenito,1997)
- 16. comportamento protetor ou receoso.** (McFarland;McFarlane,1989/NANDA, 1994/Melzack;Wall,1994/Gyldenvand;Tunick,1989/Carpenito,1997/Simon;Nolan;Baumann,1995)
- 17. auto-focalização.** (McFarland;McFarlane,1989/NANDA,1994/Simon;Nolan;Baumann, 1995 /Carpenito,1997)
- 18. focalização limitada.** (McFarland;McFarlane,1989/NANDA,1994/Bond,1986/Gyldenvand ;Tunick,1989)
- 19. afastamento do contato social.** (McFarland;McFarlane,1989/NANDA,1994/Bond, 1986/Melzack;Wall,1994/Gyldenvand;Tunick,1989/Simon;Nolan;Baumann,1995/Meinhart;McCaffery,19 83)
- 20. processo de pensamento prejudicado.** (McFarland;McFarlane,1989/ NANDA, 1994/Gyldenvand;Tunick,1989)
- 21. percepção alterada do tempo.** (McFarland;McFarlane,1989/ NANDA,1994)
- 22. comportamento de distração.** (McFarland;McFarlane,1989/ NANDA,1994/Melzack; Wall,1994 /Gyldenvand;Tunick,1989 /Simon;Nolan;Baumann,1995/Carpenito,1997)
- 23. irritabilidade.** (McFarland; McFarlane, 1989/ Meinhart; McCaffery, 1983/ Simon;Nolan; Baumann,1995)
- 24. inquietação.** (McFarland; McFarlane,1989/ NANDA,1994/ Meinhart; McCaffery,1983/ Gyldenvand;Tunick,1989/Simon;Nolan;Baumann,1995/Carpenito,1997)
- 25. expressão facial de dor.** (McFarland;McFarlane,1989/NANDA,1994/Melzack; Wall,1994/Bonica,1990/Gyldenvand;Tunick, 1989/Simon;Nolan;Baumann,1995/Carpenito,1997)

- 26. alteração do tônus muscular.** (McFarland; McFarlane,1989/ NANDA,1994/ Gyldenvand;Tunick,1989/Carpenito,1997/Simon;Nolan; Baumann,1995/Meinhart;McCaffery,1983)
- 27. diaforese.** (McFarland;McFarlane,1989/NANDA,1994/Simon;Nolan;Baumann,1995/Meinhart ;McCaffery,1983/Carpenito,1997)
- 28. postura não usual.** (McFarland; McFarlane,1989/ Simon; Nolan; Baumann,1995/ Gyldenvand;Tunick,1989)
- 29. mudanças na pressão sanguínea.** (Ready;Edwards,1995/McFarland;McFarlane, 1989/NANDA,1994/Carpenito,1997/Simon;Nolan;Baumann, 1995/Meinhart;McCaffery,1983)
- 30. mudanças na frequência cardíaca.** (Ready;Edwards,1995/McFarland;McFarlane, 1989/NANDA,1994/Carpenito,1997/Simon;Nolan;Baumann,1995/Meinhart;McCaffery, 1983)
- 31. aumento ou diminuição da frequência respiratória.** (McFarland;McFarlane, 1989/NANDA,1994/Simon;Nolan;Baumann,1995/Meinhart;McCaffery,1983/Carpenito, 1997)
- 32. pupilas dilatadas.** (McFarland;McFarlane,1989/NANDA,1994/Meinhart;McCaffery, 1983)
- 33. inatividade física ou imobilidade.** (Simon;Nolan;Baumann,1995/Ready;Edwards, 1995)

ANEXO B

Validação das definições operacionais das características definidoras da DOR.

Ilmo. Sr.

O senhor está recebendo uma lista de características definidoras de dor, ou seja, seus sinais e sintomas acompanhados de definições operacionais elaboradas para as mesmas conforme literatura pertinente ao assunto . A presente lista incorpora modificações sugeridas, em um primeiro momento, por um painel de juizes.

Considerando seu conhecimento especializado no assunto bem como sua experiência em pesquisa, solicitamos que avalie as definições operacionais propostas no que diz respeito à adequação, clareza e mensurabilidade conforme escala proposta. Solicitamos ainda que em caso de alguma observação referente à alterações que julgar necessárias, a mesma seja indicada no próprio texto onde está apresentada. Assim que sua análise estiver concluída, aguardamos seu contato .

Contando com sua importante contribuição para realização deste estudo, agradecemos.

Atenciosamente

Consuelo Garcia Corrêa

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Favor indicar se os critérios de adequação, clareza e mensurabilidade estão presentes nas definições operacionais das características definidoras da dor. O procedimento para indicar as respostas neste instrumento é o seguinte :

∴ Marcar um **X** na coluna correspondente às definições operacionais conforme legenda abaixo , onde ADEQUAÇÃO indica se a definição operacional é pertinente ou representa os componentes da característica definidora; CLAREZA indica se a definição operacional está

clara, distinta e compreensível; e MENSURABILIDADE indica se a definição operacional é passível de ser medida ou identificada, ou seja o grau em que possibilita a mensuração.

LEGENDA -1 NÃO ATENDE AO CRITÉRIO

0 INDECISO

+1 ATENDE AO CRITÉRIO

Por exemplo: se a definição operacional da característica definidora 'Comunicação de descritores de dor' atender ao critério de adequação, marcar a coluna (+1); se está indeciso quanto ao critério clareza, marcar a coluna (0); se não atende o critério de mensurabilidade, marque a coluna (-1).

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DA DOR E SUAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

1- Comunicação de descritores de dor

D.O. Descrição feita pelo indivíduo de experiência dolorosa em seus aspectos sensorial, cognitivo e afetivo, de caráter subjetivo, mensurada pela utilização do questionário McGill.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

2- Náuseas

D.O. Referência verbal de uma sensação subjetiva desagradável de vômito iminente, usualmente reportada ao fundo da garganta, estômago ou epigástrico associada a uma revulsão profunda na ingestão de alimentos.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

3-Desconforto

D.O. Referência verbal de ausência da condição de sossego e bem estar decorrente de estímulos psicossociais e/ou estímulos físicos.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

4-Ansiedade

D.O. Relato de estado de ansiedade caracterizado por sentimento subjetivo, conscientemente percebido de apreensão ou tensão, associado à ativação ou alerta do sistema nervoso autônomo.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

5-Frustração

D.O. Relato de sentir-se incapaz de obter o objeto de satisfação que almeja, gerando um estado afetivo e/ou emocional proveniente do sentimento de bloqueio, impedimento, desilusão e derrota.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

6-Constipação

DO.: Referência verbal de diminuição da frequência ou quantidade de fezes eliminadas considerando-se o padrão usual de eliminações do indivíduo.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

7- Diarréia

D.O.: Referência verbal de alteração no padrão usual da função intestinal com passagem aumentada ou frequente de fezes não formadas, considerando-se o padrão usual de eliminações do indivíduo.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

8- Depressão

D.O. Relato de vários sinais e sintomas que não são parte da reação normal a situações de perda ou luto, caracterizados por diminuição no interesse e

no prazer pelas atividades anteriormente prazerosas, perda ou aumento significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos excessivos ou inapropriados de culpa, diminuição da velocidade do pensamento e da concentração e pensamentos de morte e suicídio recorrentes. A depressão é discriminada pelo inventário de Beck.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

9- Sentimento de desesperança

D.O. Um estado emocional subjetivo sustentado, no qual um indivíduo vê limitações ou ausência de alternativas ou escolhas pessoais válidas para alcançar o que é desejado, e não consegue mobilizar energia em interesse próprio para estabelecer metas.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

10- Baixa auto-estima

D.O.: Relato de sentimento de inutilidade, desvalorização e impotência que domina o indivíduo, acompanhado de auto-piedade e incapacidade de tomar decisões ou lidar com situações da vida diária.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

11- Medo de reinjúria

D.O.: Referência verbal de temor ou apreensão pela possibilidade de repetição da dor.

Adequação			Clareza			Mensurabilidade		
-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1

Observações: _____

12- Alteração no padrão de sono

D.O. Referência verbal de estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança na quantidade ou qualidade do sono relacionado às suas necessidades biológicas e emocionais, caracterizado por dificuldade em adormecer ou sono interrompido, fadiga e sonolência durante o dia, alterações de humor e despertar cansado.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Observações: _____

ANEXO C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - DIAGNÓSTICO DOR

PARTE I : Dados Gerais

Nome : _____ Unidade : _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnósticos secundários: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Na Entrevista de consentimento

Data da entrevista: __/__/__

⇒ Pressão arterial : ____/____ mmHg

⇒ Frequência cardíaca : _____

⇒ Frequência respiratória : _____

⇒ Amplitude respiratória : () normal () profunda () superficial

⇒ Pupilas : _____ mm

⇒ Peso : _____ Kg

PARTE II : Identificação da Dor

1. O senhor :

a - () Está com dor agora

b - () Não está com dor agora mas sentiu dor nas últimas 24 hs

c - () Não está com dor agora e não sentiu dor nas últimas 24 hs

Respostas nas alternativas A e B utilize o formulário A . Caso a resposta seja a alternativa C passe para o formulário B.

FORMULÁRIO A**Grupo** ____ / **Num.** ____

Nome : _____ Unidade : _____

Data da entrevista: ____/____/____ Data da cirurgia: ____/____/____

Dias/horas de PO: _____

2. Em que local(is) você sente dor ? _____

Se não indicar mais de um local passe para o item 4

3. Qual é o local da dor que mais incomoda (mais importante) ? _____

4. Quando começou essa dor (que mais incomoda) ? _____

5. Numa escala de 0 à 10, onde 0 significa ausência total de dor e 10 significa a pior dor imaginável, indique uma nota para a sua dor : _____

PARTE III : Caracterização da dor

6. Essa dor é :

MCGUIL (a mais importante)

ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO. A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2-tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-terrorizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doída		4-atravesa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada		
6-como pancada				
2	6	10	14	18
1-pontada	1-fisgada	1-sensível	1-castigante	1-aperta

2-choque 3-tiro	2-puxão 3-em torção	2-esticada 3-esfolante 4-rachando	2-atormenta 3-cruel 4-maldita 5-mortal	2-adormece 3-repuxa 4-espreme 5-rasga
3 1-agulhada 2-perfurante 3-facada 4-punhalada 5-em lança	7 1-calor 2-queimação 3-fervente 4-em brasa	11 1-cansativa 2-exaustiva	15 1-miserável 2- enlouquecedora	19 1-fria 2-gelada 3-congelante
4 1-fina 2-cortante 3-estrapalha	8 1-formigamento 2-coceira 3-ardor 4-ferroada	12 1-enjoada 2-sufocante	16 1-chata 2-que incomoda 3-desgastante 4-forte 5-insuportável	20 1-aborrecida 2-dá náusea 3-agonizante 4-pavorosa 5-torturante

7. Ansiedade - **SPIELBERGER** - STATE ANXIETY

Leia cada pergunta e faça um **X** no número à direita que melhor indicar como você se sente **Agora nesse exato momento de vida.**

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime da sua opinião.

Não	1
Um Pouco	2
Bastante	3
Totalmente	4

CONCORDO				
	1	2	3	4
1 Sinto-me calmo(a)				
2 Sinto-me seguro(a)				
3 Estou tenso(a)				
4 Estou arrependido(a)				
5 Sinto-me à vontade				
6 Sinto-me perturbado(a)				
7 Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios				
8 Sinto-me descansado(a)				
9 Sinto-me ansioso(a)				
10 Sinto-me 'em casa'				
11 Sinto-me confiante				
12 Sinto-me nervoso(a)				
13 Estou agitado(a)				
14 Sinto-me uma 'pilha de nervos'				
15 Estou descontraído(a)				
16 Sinto-me satisfeito(a)				
17 Estou preocupado(a)				
18 Sinto-me superexcitado(a) e confuso(a)				
19 Sinto-me alegre				
20 Sinto-me bem				

8. Quando está com dor você :

cd 02 () sente náuseas ?

cd 03 () sente desconforto ?

- cd 05 () sente-se frustrado ?
- cd 06 () apresenta alteração do funcionamento do intestino - constipação?
- cd 07 () apresenta alteração do funcionamento do intestino - diarreia?
- cd 11 () sente medo da dor não passar?
 () sente medo da dor piorar?
 () sente medo da dor voltar?
- cd 15 () apresenta alteração na ingestão de alimentos?
 () apresenta alteração na ingestão de líquidos?
- cd 16 () apresenta diminuição do apetite (item 18 Beck)?
- cd 20 () sente dificuldade de concentração?
 () sente dificuldade de tomar decisão?
 () sente dificuldade para lembrar as coisas / memória?
- cd 21 () fica impaciente
 () chora?
 () lamenta?
 () geme?
 () esfrega a área que dói?
- cd 23 () fica inquieto?
- cd 22 () fica mais irritado que normalmente (item 11 Beck)?
- cd 09 () sente que nada pode mudar o seu futuro (item 2 Beck)?
- cd 10 () vê mais aspectos negativos em si mesmo (itens 7,8,14 Beck)?
- cd 12 () sente dificuldade para dormir (item 16 Beck)?
 () tem o sono interrompido?
 () acorda cansado?
 () tem pesadelos?
 () tem dificuldade para descansar?
- cd 13 () tem dificuldade para realizar seus cuidados pessoais?
- cd 33 () apresenta limitação na movimentação?
- cd 18 () tem o mesmo interesse pelo ambiente que o cerca (item 20)?
 () o seu interesse pelo ambiente que o cerca diminuiu?
 () só pensa no sofrimento que a dor lhe causa?
- cd 19 () sente a mesma disposição para os contatos pessoais (item 12)?
 () a sua disposição para os contatos pessoais diminuiu?
 () não sente nenhuma disposição para os contatos pessoais?
- cd 14 () seu peso corporal mudou?

9. Depressão - Inventário Beck

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, selecione a afirmativa, em cada grupo que melhor descreve como você se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que houver selecionado. Se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. *Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.*

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Sinto-me triste
 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar!
2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.

- 1 Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.
 - 2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
 - 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto fracassado(a).
 - 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
 - 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que vejo é um porção de fracassos.
 - 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4. 0 Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer.
 - 1 Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar.
 - 2 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
 - 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
 - 1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
 - 2 Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo.
 - 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6. 0 Não sinto que esteja sendo punido(a).
 - 1 Sinto que posso ser punido(a).
 - 2 Espero ser punido(a).
 - 3 Sinto que estou sendo punido(a).
7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer pessoa.
 - 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
 - 3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9. 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
 - 1 Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
 - 2 Atualmente choro o tempo todo.
 - 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0 Não me irrita mais agora que em qualquer outra época.
 - 1 Fico molesto(a) ou irritado(a) mais facilmente que costumava.
 - 2 Atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 - 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer outra época.
 - 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisão nenhuma.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
 - 1 Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio(a).

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 2 Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) que de hábito.
 1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
 2 Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa.
 3 Estou cansado(a) demais para faz qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior que de hábito.
 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 2 Meu apetite está muito pior agora.
 3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 1 Perdi mais de 2,5 Kg. Estou deliberadamente tentando
 2 Perdi mais de 5 Kg. perder peso, comendo menos.
 3 Perdi mais de 7,5 Kg. Sim _____ Não _____
20. 0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso.
 3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.
 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 3 Perdi completamente o interesse no sexo.

PARTE IV -ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Observação realizada durante o episódio doloroso?

() Sim () Não

- ⇒ Mobilidade da área dolorosa : () total () limitada () protegida
 () sem movimento () não se aplica
- ⇒ Postura corporal : () inalterada
 () assume postura de proteção
- ⇒ Mobilidade geral : () inalterada
 () aumento da movimentação
 () diminuição da movimentação
- ⇒ Processo de pensamento : () apropriado () inapropriado
 Especificação _____

- ⇒ Orientação temporo-espacial : () adequada () inadequada
- ⇒ Expressão facial de dor : () careta de dor (cenho franzido, olhos estreitados, cantos da boca repuxados, lábios apertados, dentes cerrados, bochechas levantadas)
 - () aparência abatida
 - () olhos sem brilho
 - () movimentos fixos ou desordenados
 - () nenhuma
- ⇒ Tonus muscular : () espasmos () tremores
 - () hipertonia (consistência aumentada, passividade diminuída, extensibilidade aumentada)
 - () normal
- ⇒ Diaforese : () presente () ausente
- ⇒ Pressão arterial : _____ / _____ mmHg
- ⇒ Frequência cardíaca : _____
- ⇒ Frequência respiratória : _____
- ⇒ Amplitude respiratória : () normal () profunda () superficial
- ⇒ Pupilas : _____ mm
- ⇒ Peso atual _____
- ⇒ Na entrevista manifesta : () ser capaz de ouvir e responder apropriadamente
 - () afastamento
 - () preocupação consigo mesmo
 - () cooperação com outros pacientes

FORMULÁRIO B

Grupo ____ / Num. ____

Nome : _____

Data da cirurgia : ____/____/____

Data da entrevista : ____/____/____

Dias/horas de PO : _____

Parte III : Caracterização da ausência de dor**2. Ansiedade - SPIELBERGER - STATE ANXIETY**

Leia cada pergunta e faça um **X** no número à direita que melhor indicar como você se sente **Agora nesse exato momento de vida.**

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime da sua opinião.

Não	1
Um Pouco	2
Bastante	3
Totalmente	4

CONCORDO				
	1	2	3	4
1 Sinto-me calmo(a)				
2 Sinto-me seguro(a)				
3 Estou tenso(a)				
4 Estou arrependido(a)				
5 Sinto-me à vontade				
6 Sinto-me perturbado(a)				
7 Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios				
8 Sinto-me descansado(a)				
9 Sinto-me ansioso(a)				
10 Sinto-me 'em casa'				
11 Sinto-me confiante				
12 Sinto-me nervoso(a)				
13 Estou agitado(a)				
14 Sinto-me uma 'pilha de nervos'				
15 Estou descontraído(a)				
16 Sinto-me satisfeito(a)				
17 Estou preocupado(a)				
18 Sinto-me superexcitado(a) e confuso(a)				
19 Sinto-me alegre				

20 Sinto-me bem				
-----------------	--	--	--	--

3. Nesse momento você :

- cd 02 () sente náuseas ?
 cd 03 () sente desconforto ?
 cd 05 () sente-se frustrado ?
 cd 06 () apresenta alteração do funcionamento do intestino - constipação?
 cd 07 () apresenta alteração do funcionamento do intestino - diarreia?
 cd 11 () sente medo de sentir dor ?
 cd 15 () apresenta alteração na ingestão de alimentos?
 () apresenta alteração na ingestão de líquidos?
 cd 16 () apresenta diminuição do apetite (item 18 Beck)?
 cd 20 () sente dificuldade de concentração?
 () sente dificuldade de tomar decisão?
 () sente dificuldade para lembrar as coisas / memória?
 cd 21 () fica impaciente
 cd 23 () fica inquieto?
 cd 22 () fica mais irritado que normalmente (item 11 Beck)?
 cd 09 () sente que nada pode mudar o seu futuro (item 2 Beck)?
 cd 10 () vê mais aspectos negativos em si mesmo (itens 7,8,14 Beck)?
 cd 12 () sente dificuldade para dormir (item 16 Beck)?
 () tem o sono interrompido?
 () acorda cansado?
 () tem pesadelos?
 () tem dificuldade para descansar?
 cd 13 () tem dificuldade para realizar seus cuidados pessoais?
 cd 33 () apresenta limitação na movimentação?
 cd 18 () tem o mesmo interesse pelo ambiente que o cerca (item 20)?
 () o seu interesse pelo ambiente que o cerca diminuiu?
 () só pensa no sofrimento que a dor lhe causa?
 cd 19 () sente a mesma disposição para os contatos pessoais (item 12)?
 () a sua disposição para os contatos pessoais diminuiu?
 () não sente nenhuma disposição para os contatos pessoais?
 cd 14 () seu peso corporal mudou?

4. Depressão - Inventário Beck

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, selecione a afirmativa, em cada grupo que melhor descreve como você se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que houver selecionado. Se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. *Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.*

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Sinto-me triste
 - 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar!

2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.
 - 1 Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.
 - 2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
 - 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassado(a).
 - 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
 - 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que vejo é um porção de fracassos.
 - 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4. 0 Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer.
 - 1 Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar.
 - 2 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
 - 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
 - 1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
 - 2 Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo.
 - 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6. 0 Não sinto que esteja sendo punido(a).
 - 1 Sinto que posso ser punido(a).
 - 2 Espero ser punido(a).
 - 3 Sinto que estou sendo punido(a).
7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer pessoa.
 - 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
 - 3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9. 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
 - 1 Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
 - 2 Atualmente choro o tempo todo.
 - 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0 Não me irrita mais agora que em qualquer outra época.
 - 1 Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente que costumava.
 - 2 Atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 - 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer outra época.
 - 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisão nenhuma.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
 - 1 Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio(a).
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
 - 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

- 2 Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) que de hábito.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado(a) demais para faz qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg. Estou deliberadamente tentando
2 Perdi mais de 5 Kg. perder peso, comendo menos.
3 Perdi mais de 7,5 Kg. Sim _____ Não _____
20. 0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso.
3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse no sexo.

PARTE IV -ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Observação realizada durante o episódio doloroso?

() Sim () Não

⇒ Mobilidade da área dolorosa : () total () limitada () protegida
() sem movimento () não se aplica

⇒ Postura corporal : () inalterada
() assume postura de proteção

⇒ Mobilidade geral : () inalterada
() aumento da movimentação
() diminuição da movimentação

⇒ Processo de pensamento : () apropriado () inapropriado
Especificação _____

⇒ Orientação temporo-espacial : () adequada () inadequada

⇒ Expressão facial de dor : () careta de dor (cenho franzido, olhos estreitados, cantos da boca repuxados, lábios apertados, dentes cerrados, bochechas levantadas)

- aparência abatida
 - olhos sem brilho
 - movimentos fixos ou desordenados
 - nenhuma
- ⇒ Tonus muscular : espasmos tremores
- hipertonia (consistência aumentada, passividade diminuída, extensibilidade aumentada)
- normal
- ⇒ Diaforese : presente ausente
- ⇒ Pressão arterial : _____/ _____ mmHg
- ⇒ Frequência cardíaca : _____
- ⇒ Frequência respiratória : _____
- ⇒ Amplitude respiratória : normal profunda superficial
- ⇒ Pupilas : _____ mm
- ⇒ Peso atual _____
- ⇒ Na entrevista manifesta : ser capaz de ouvir e responder apropriadamente
- afastamento
 - preocupação consigo mesmo
 - cooperação com outros pacientes

ANEXO D

Resultados dos testes estatísticos aplicados às características definidoras da dor na população estudada

Características definidoras/Variáveis	Testes Comparação entre grupos	Testes Comparação intra-grupos	Valor Crítico	Valor Observado	Interpretação
1-Comunicação de descritores de dor .McGill-nº. de descritores .McGill- índice de dor .Intensidade da dor - nota	Mann-Whitney- A1xA2	Não se aplica	.1,64 .1,64 .1,64	.1,11 .0,84 .0,73	.não significativa .não significativa .não significativa
2- Náuseas	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	0,220	não significativa
3- Desconforto	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	0,000	significante
4-Ansiedade - Inventário Spielberger	Kruskal-Wallis - A1xA2xB	Não se aplica	.5,99	.17,03	A1>A2>B
5- Frustração	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,000	significante
6- Constipação	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,500	não significativa
7- Diarréia	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,058	não significativa
8- Depressão - Inventário de Beck	Kruskal-Wallis - A1xA2xB	Não se aplica	.5,99	.8,69	A1>A2>B
9- Sentimento de desesperança	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	0,201	não significativa
10- Baixa auto-estima	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	0,013	significante

Características definidoras/Variáveis	Testes Comparação entre grupos	Testes Comparação intra-grupos	Valor Crítico	Valor Observado	Interpretação
11- Medo de sentir dor, da dor retornar, intensificar, não aliviar	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	0,001	significante
12- Alteração no padrão de sono: .dificuldade p/ dormir .sono interrompido .acordar cansado .pesadelos	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,000 .0,000 .0,000 .0,147	.significante .significante .significante .não significante
13-Inabilidade continuar atividades prévias: .auto-cuidado .dificuldade p/ descansar	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,053 .0,000	.não significante .significante
14- Alterações de peso: . relato de mudança . verificação de peso	.Fisher-A1+A2 x B .Análise de variância - pré e pós	.Não se aplica .t pareado - pré x pós /A1, A2 e B	.0,05 .variância-3,14 .t pareado A1(1,71), A2(1,72), B(1,68)	.0,018 .variância- pré(1,76), pós(1,92)/.t pareado: A1(+1,80), A2(0,47), B(+1,80)	.significante .variância- não signif. .t pareado :A1(pré>pós), A2(não significante), B(pré>pós)
15- Diminuição na ingestão de alimentos: .sólidos .líquidos	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,001 .0,390	.significante .não significante
16- Inapetência	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,063	.não significante
17- Comportamento	Não se aplica *	Não se aplica *	*	*	

Características definidoras/Variáveis	Testes Comparação entre grupos	Testes Comparação intra-grupos	Valor Crítico	Valor Observado	Interpretação
protetor					
18- Focalização limitada: .interesse no ambiente .preocupação consigo	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,000 .0,012	.significante .significante
19- Afastamento do contato social: .disposição para contatos .cooperação com outros	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,000 .0,310	.significante .não significante
20- Prejuízo do processo de pensamento: .concentração .memória .tomada de decisão .alteração proc. pensa/o .orientação tempo/espaço	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,012 .0,161 .0,161 .0,356 .0,500	.significante .não significante .não significante .não significante .não significante
21- Comportamento doloroso: .impaciente .choro,lamúria,gemência,e sfregar área dor	Teste de Fisher - A1+A2 x B . não se aplica *	Não se aplica	.0,05	.0,000 *	.significante *
22- Irritabilidade	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,000	.significante
23- Inquietação	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	0,05	.0,000	.significante
24- Expressão facial de dor	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,000	.significante

Características definidoras/Variáveis	Testes Comparação entre grupos	Testes Comparação intra-grupos	Valor Crítico	Valor Observado	Interpretação
25- Aumento do tonus muscular	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,003	.significante
26- Diaforese	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	0,013	.significante
27- Postura não usual	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	0,000	.significante
28- Elevação da pressão arterial: .sistólica .diastólica	Análise de variância - pré e pós	t pareado - pré x pós /A1, A2 e B	.variância - 3,14 .t pareado-A1 (1,74),A2(1,72), B(1,68)	.variância - sistólica: pré-1,46 pós-1,14 diastólica: pré-0,345 pós-1,14 .t pareado - sistólica: A1- -3,44 A2-0,14 B- 0,70 diastólica: A1- -3,49 A2- -1,06 B- -1,04	não significante não significante não significante não significante pré<pós não significante não significante pré<pós não significante não significante
29- Aumento da frequência cardíaca	Kruskal-Wallis - pré e pós	Wilcoxon - pré x pós A1, A2 e B	.Kruskal - pré-5,99 pós-5,99 .Wilcoxon - A1-47 A2-75 B-1,64	.Kruskal - 0,35 9,47 .Wilcoxon - 9,0 29,5 -2,95	não significante A1>A2>B pré<pós pré<pós pré<pós
30- Alteração no padrão	Kruskal-Wallis - pré	Wilcoxon - pré x	.Kruskal -freq. :		

Características definidoras/Variáveis	Testes Comparação entre grupos	Testes Comparação intra-grupos	Valor Crítico	Valor Observado	Interpretação
respiratório: .frequência .amplitude	e pós	pós A1, A2 e B	pré-5,99 pós-5,99 amplitude - pré-5,99 pós-5,99 .Wilcoxon -freq.: A1-24 A2-26 B-1,64 amplitude: A1-21 A2-3 B-17	9,02 3,37 1,17 12,08 41 47 -2,95 0,0 0,0 8,0	A1>A2>B não significante não significante A1>A2>B pré<pós pré<pós pré<pós pré<pós pré<pós pré<pós
31- Pupilas dilatadas: .diâmetro pupilar	Kruskal-Wallis - pré e pós	Wilcoxon - pré x pós A1, A2 e B	.Kruskal - pré-5,99 pós-5,99 .Wilcoxon - A1-21 A2-25 B-91	0,10 0,62 36 35 112	não significante não significante não significante não significante não significante
32- Imobilidade: .alteração na mobilidade geral .relato limitação de movimentação	Teste de Fisher - A1+A2 x B	Não se aplica	.0,05	.0,020 .0,081	.significante .não significante

* frequência encontrada inviabilizou o uso do teste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANA - AMERICAN NURSES ASSOCIATION. Nursing: a social policy_ statement. Kansas City, 1980.
- BECK, A . T.; STEER, R. A . Beck depression inventory: manual. San Antonio, The Psychological Corporation., 1993.
- BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J. M. P.; GOTLIEB, S. L. D. Bioestatística. São Paulo, EPU, 1981.
- BOND, M.R. Dor : natureza, análise e tratamento. Rio de Janeiro, Colina, 1986.
- BONICA, J.J. The management of pain. 2. ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990.
- BONNET, F. DOR no meio cirúrgico. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- CARLSON-CATALANO, J. ; LUNNEY, M. Quantitative methods for clinical validation of nursing diagnoses . Clin. Nurse Spec., v.9, n.6, p.306-11, 1995.
- CARPENITO, L. J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- CRUZ, D. de A . L. M. da Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. Rev. Paul. Enf., v.13, n.1/3, p. 3-7, 1994.
- DELA COLETA, J. A .; DELA COLETA, M. F. Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.

/Mimeografado/

- DOUGHERTY, C. M et al. Conceptual and research - based validation of nursing diagnoses: 1950 to 1993. Nurs. Diag. v.4, n.4, p.156-65, 1993.
- FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. Heart and Lung, v.16, n.6, p. 625-29, 1987.
- FOTHERGILL-BOURBONNAIS, F.; WILSON-BARNETT, J. A comparative study of intensive therapy unit and hospice nurses' knowledge on pain management. J. Adv. Nurs., v. 17, n.3, p. 362-72, 1992.
- GORDON, M. ; SWEENEY, M. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. ANS Adv. Nurs. Sci., v.2, n. 1, p. 1-15, 1979.
- GORDON, M. Nursing diagnosis: process and application . 3. ed. Mosby, 1994.
- GRANT , J.S.; KINNEY, M.R. The need for operational definitions for defining characteristics. Nurs. Diag., v.2, n.4, p.181-85, 1991.
- GRANT , J.S.; KINNEY, M.R. Clinical referents for nursing diagnoses. J. Neurosci. Nurs., v.24, n.2, p. 94-8, 1992.
- GYLDENVAND, M.A.; TUNICK, P. Validation of the nursing diagnoses alteration in comfort : chronic pain. In : CARROLL - JOHNSON, R.M. Classification of nursing diagnosis : proceedings of the eight conference. p. 284-90. Philadelphia, Lippincott, 1989.
- KERR, M.E. et al. Human response patterns to outcomes in the critically ill patient. J. Nurs. Qual. Assur., v.5, n.2, p.32-40, 1991.
- LEVIN, R.F. et al. Diagnostic content validity of nursing diagnoses.

- IMAGE: J. Nurs. Sch., v.21, n.1, p.40-4, 1989.
- MAHON, S.M. Concept analysis of pain : implications related to nursing diagnoses. Nurs. Diag., v.5, n.1, p.14-25, 1994.
- McFARLAND, G.K.; McFARLANE, E.A. Nursing diagnosis and intervention: planning for patient care. Mosby, 1989.
- MEINHART, N.T.; McCAFFERY, M. Pain: a nursing approach to assessment and analysis. Connecticut, Appleton, 1983.
- MELZACK, R.; WALL, P.D. Textbook of pain. 3. ed. New York, Churchill Livingstone, 1994.
- NANDA - NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION.
Taxonomy I revised 1989: with official diagnostic categories. St. Louis, 1989.
- NANDA - NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION.
Nursing diagnoses: definitions and classification 1995 - 1996.
Philadelphia, 1994.
- NANDA - NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION.
Nursing diagnoses: definitions and classification 1997 - 1998.
Philadelphia, 1996.
- PIMENTA, C.A.M. et al. Dor : ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. Rev. Paul. Enf., v.11, n.1, p.3-10, 1992.
- PIMENTA, C.A.M. Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995
- PIMENTA, C.A.M. TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor McGill: proposta de

- adaptação para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.473-83, 1996.
- READY, L. B. ; EDWARDS, W. T. Tratamento da dor aguda. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.
- SHULDHAM, C.M. et al. Assessment of anxiety in hospital patients. J. Adv. Nurs., v.22, n.1, p.87-93, 1995.
- SIEGEL, S. Estatística não - paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo, McGraw-Hill, 1975.
- SIMON, J.M.; BAUMANN, M. ; NOLAN, L. Differential diagnostic validation: acute and chronic pain. Nurs. Diag., v.6, n.2, p.73-9, 1995.
- TEIXEIRA, M.J.; CORRÊA, C.F. ; PIMENTA, C.A.M. Dor: conceitos gerais. São Paulo, Limay. 1994.
- WALTZ, C.F.; STRICKLAND; LENZ, E.R. Measurement in nursing research. Philadelphia, F.A. Davis, 1984.
- WOODTLI, A. Stress incontinence : clinical identification and validation of defining characteristics . Nurs. Diag., v.6, n.3, p.115-22, 1995.
- WOOLDRIDGE, J.B.; BROWN, O.F.; HERMAN J. Nursing diagnosis: the central theme in nursing knowledge. Nurs. Diag., v.4, n.2, p. 50-5, 1993.