



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O Impacto da Dor Crónica no Sistema Familiar: A  
perspetiva de profissionais de enfermagem**

Carolina Melo Amaral (e-mail: amaral\_\_carolina@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação científica da Professora Dr.<sup>a</sup> Luciana Sotero e Doutora Alda Portugal.

## **O Impacto da Dor Crónica no Sistema Familiar: A perspetiva de profissionais de enfermagem**

**Resumo:** A dor crónica é considerada uma doença que tem um enorme impacto na qualidade de vida do doente e da família. O presente estudo misto (qualitativo/quantitativo) visou descrever o impacto da dor crónica no sistema familiar, a partir da visão de profissionais de enfermagem. Para atingir este objetivo foram realizados três grupos focais com um total de onze enfermeiros. A análise de conteúdo dos dados revelou duas árvores categoriais distintas: a) uma árvore relativa à perspetiva de enfermeiros que trabalham numa unidade de dor especializada composta por seis dimensões (*Subtipologia, Definição, Impacto, Prevenção da Dor, Validação do MFSD e Dor Aguda*), e b) uma árvore relativa à perspetiva de enfermeiros que trabalham em contexto de cuidados primários composta por sete dimensões (*Definição, Sistema de Saúde, Diversidade das Dores, Impacto, Tratamento, População-Alvo e Validação do MFSD*). Cada uma destas dimensões é composta por várias subdimensões, revelando os seus conteúdos, consistência e coerência de acordo com aquilo que tem vindo ser descrito pela literatura: o impacto da dor crónica na família revela perdas a nível financeiro e social, obrigando a família a adotar novos papéis e funções no sentido de dar uma resposta adequada às exigências impostas pela dor crónica. Para além de impulsionar novos estudos e conclusões, esta investigação contribui para auxiliar os profissionais de enfermagem que trabalham junto de famílias que lidam com a dor crónica.

**Palavras-chave:** Dor crónica, família, enfermeiros, estudo misto (qualitativo/quantitativo), análise de conteúdo.

## **The Impact of Chronic Pain in the Family System: The perspective of nursing professionals**

**Abstract:** Chronic pain is considered to be a disease with a great impact in the quality of life of patient and family. The present mixed study (qualitative/quantitative) aimed to describe the impact of chronic pain in family system, from the point of view of nurses. In order to achieve this goal, three focal groups with a total of eleven nurses were considered. The content analysis of the data showed two distinct category trees: a) a tree related to the perspective of the nurses that work in a specialized pain unit composed of six dimensions (*Subtipology, Definition, Impact, Pain Prevention, Validation of the MFSD and Acute Pain*), and b) a tree related to the perspective of the nurses that work in the context of primary care, composed of seven dimensions (*Definition, Health System, Pain Diversity, Impact, Treatment, Target Population and Validation of the MFSD*). Each one of these dimensions consists of sub dimensions revealing its contents, consistency and coherence according to those described by the literature: the impact of the chronic pain in the family reveals financial and social losses and obliges the family to adopt new roles and functions capable of giving an adequate answer to the demands imposed by chronic pain. In addition to promoting new studies and conclusions, this investigation contributes to help the nurses that work with families dealing with chronic pain.

**Key Words:** Chronic pain, family, nurses, mixed study (qualitative/quantitative), content analysis.

## **Agradecimentos**

Às minhas orientadoras Professora Dr.<sup>a</sup> Luciana Sotero e Doutora Alda Portugal, pela excelente orientação, pautada pela disponibilidade, empenho e apoio ao longo desta caminhada. Sem a vossa dedicação sei que não tinha conseguido concretizar este objetivo a 100%.

Aos meus pais, pela educação, amor e por terem sempre acreditado em mim. Pelo apoio incansável e pelo “colinho” nos momentos mais difíceis.

À minha irmã, por toda a força, disponibilidade, carinho e apoio durante esta caminhada.

Aos meus padrinhos de batismo, pelo amor, educação e por me darem a mão sempre que necessito.

À minha madrinha do crisma, irmã do coração, por ter estado sempre presente ao longo deste percurso académico.

À minha restante família, por me incentivar a lutar por mais.

Ao Ricardo, por ter sido o melhor namorado do mundo. Pela paciência, apoio incansável, amor, carinho e por ter impedido muitas vezes que as lágrimas caíssem nos momentos mais difíceis que atravessei durante esta caminhada.

À Cheila e à Telma, pelos sorrisos, gargalhas e pela amizade durante estes últimos anos.

Às meninas dos Combatentes que me são queridas, pelos bons momentos que partilhamos durante estes cinco anos.

Ao grupo das “oito” (Cristiana, Filipa Beirão, Filipa Oliveira, Flávia, Jéssica, Liliana e Sara), pelo apoio, amizade e pelos bons momentos partilhados ao longo deste percurso académico.

Ao grupo da tese (Daniela, Filipa e Sandra), pelo apoio, partilha de dúvidas e receios e prontidão em ajudar.

Aos enfermeiros que participaram no estudo, por toda a simpatia e disponibilidade.

## Índice

Introdução	1
1. Enquadramento conceptual	2
1.1. Caraterização da dor	2
1.2. O impacto da dor crónica no sistema familiar	3
1.2.1. O Modelo Familiar Sistémico da Doença (MFSD)	4
1.3. O enfermeiro e a dor crónica	6
2. Objetivos	8
3. Metodologia	9
3.1. Método	9
3.2. Amostra	9
3.3. Procedimentos	10
3.4. Instrumento	11
4. Resultados	11
4.1. Análise de conteúdo realizada ao grupo focal dos enfermeiros da unidade de dor especializada	12
4.2. Análise de conteúdo realizada ao grupo focal dos enfermeiros do centro de saúde	16
5. Discussão	20
6. Conclusões	24
Bibliografia.	26
Anexos	29

## Introdução

A dor crónica é considerada um fenómeno complexo que atinge milhares de pessoas de todas as idades, limitando-as no seu funcionamento físico, psicológico e mental (Dias, 2007). De acordo com a literatura, a dor crónica é considerada uma doença que acarreta diversas consequências e implicações, não só para o indivíduo, mas também para a sua família e o meio envolvente. Face a este acontecimento de vida desestabilizador e *stressante*, a família terá de assumir uma postura flexível que lhe permita adotar novos papéis e funções capazes de dar uma resposta adequada às exigências impostas pela doença (West, Usher, Foster & Stewart, 2012b). Neste sentido, o sistema familiar tem de se organizar em torno deste novo elemento (i.e., a dor crónica), de maneira a que as tarefas individuais e familiares normativas do ciclo vital sejam concretizadas (Roy, 2006).

Nas últimas décadas, a dor crónica tem sido alvo de vários estudos. Porém, a investigação sobre o impacto desta problemática no sistema familiar tem vindo a ser descurada (Roy, 2006).

O modelo teórico e clínico de Rolland – Modelo Familiar Sistémico da Doença (MFSD) (1994, 1999, 2005), apesar de não estar validado para a dor crónica, parece adequar-se à compreensão da relação entre dor e família, uma vez que se foca na família como recurso, evitando a tendência dos modelos deficitários que enfatizam a patologia familiar (Rolland, 1994).

Sabendo que a vertente familiar tem sido pouco abordada no que diz respeito à dor crónica, o presente estudo visa a) explorar e caraterizar o conceito de dor crónica, b) analisar as principais implicações e alterações familiares impostas pelo surgimento de uma dor crónica, c) compreender as principais diferenças entre os cuidados de enfermagem prestados nas unidades de dor e nas unidades de cuidados primários e d) averiguar a necessidade de implementar um modelo psicossocial de compreensão e intervenção na dor crónica. Através da realização deste estudo pretende-se ainda promover a investigação sobre o impacto da dor crónica no sistema familiar.

## 1. Enquadramento conceptual

### 1.1. Caracterização da dor

A dor é considerada uma experiência complexa e subjetiva que sempre fez parte da história da humanidade (Shaw, 2006). A Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), fundada em 1973, define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (Derbyshire, 1999, p. 106). De acordo com a literatura, a dor pode ser de tipo agudo ou crónico. Dias (2007) caracteriza a dor aguda como um sinal de alerta, de curta duração, que permite ao organismo agir e defender-se da agressão causada. A dor crónica, pelo contrário, não tem qualquer consequência benéfica para o indivíduo e afeta negativamente o seu bem-estar, podendo manifestar-se de diversas formas e originar sofrimento e quadros patológicos severos (Azevedo et al., 2007; Dias, 2007; Silver, 2004). Por sua vez, Shaw (2006) considera a dor crónica um fenómeno comum e responsável por uma das principais causas de incapacidade nos sujeitos. A dor crónica poderá manifestar-se de modo contínuo ou recorrente, tem uma duração igual ou superior a 3 meses e perdura para além da cura da lesão que lhe deu origem (Dias, 2007; Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008). Neste sentido, a dor crónica deixa de ser vista como um sintoma para passar a ser considerada como uma doença que afeta negativamente as vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais e comportamentais do indivíduo (Bidarra, 2010; Dias, 2007; Lima & Trad, 2007; Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008; Rocha, 2013).

O estudo realizado por Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen e Gallacher (2006) estima que 19% da população europeia adulta sofre de dor crónica. A taxa de prevalência registada é maior na Noruega, Polónia e Itália, onde um em cada quatro adultos vive com este tipo de dor (*Pain in Europe*, 2003). Relativamente a Portugal, o relatório *Pain Associates International Network* (2004) considera que existem cerca de 2 milhões de pessoas que sofrem de dor crónica, registando-se uma maior incidência em mulheres e idosos. De acordo com o estudo levado a cabo pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2007, citado por Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010), as principais causas de dor crónica apontadas pelos doentes são as patologias osteoarticulares, nomeadamente as lombalgias que atingem mais de 40% dos indivíduos, a osteoporose, os traumatismos, a artrite reumatoide e as cefaleias. Breivik et al. (2006), no seu estudo, também concluiu que as causas de dor mais comuns na população europeia são as osteoartrites e a artrite reumatoide.

Face ao impacto negativo que a dor crónica tem na vida do sujeito, da família e da comunidade, a Direção-Geral da Saúde considera que a prevenção deste tipo de dor deve ser uma prioridade (Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008).

## 1.2. O impacto da dor crónica no sistema familiar

De acordo com a literatura, a dor crónica é considerada uma fonte de sofrimento que domina a vida do doente, em termos familiares, sociais e laborais (Bush & Pargament, 1997; Dias, 2007; Fernandes, 2011; Richardson & Poole, 2001; West, Usher & Foster, 2011). A família é entendida como um todo, onde a alteração do bem-estar num dos seus membros se irá refletir nos restantes e consequentemente na família em geral (Sarafino, 2001 citado por Peixoto & Santos, 2009). Segundo West et al. (2012b), a família, perante uma situação de dor crónica, tem de assumir uma postura flexível que lhe permita adotar novos papéis e funções capazes de dar resposta adequada às exigências impostas pela doença. Por sua vez, Peixoto e Santos (2009) afirmam que, consoante a etapa do ciclo vital em que a família se encontra, esta deve desenvolver estratégias de *coping* efetivas que permitam atingir novamente o equilíbrio do sistema familiar. De acordo com os mesmos autores, as transformações impostas pela doença no sistema familiar geram enormes níveis de *stress* e de ansiedade, e dependem de alguns fatores, tais como: a etapa do ciclo vital em que a família se encontra, o elemento da família que foi atingido, as repercussões da doença e a necessária reestruturação familiar, nomeadamente nas relações interpessoais.

O estudo realizado por West et al. (2012b) revela que as famílias onde existe, pelo menos, um elemento que padece de dor crónica registam maiores perdas a nível financeiro, das atividades sociais e das relações familiares e interpessoais. Para além destas perdas, Gallant e Conell (1998, citado por Pereira, 2012) identificam, também, problemas, como fadiga, depressão, raiva, conflito, sobrecarga emocional e alterações psicossomáticas. O estudo desenvolvido por Smith e Friedemann (1999) demonstra que uma das maiores preocupações reveladas pelos indivíduos com dor crónica relaciona-se com o afastamento dos familiares na participação das atividades sociais. Face ao impacto que a dor crónica tem no sistema familiar, Roy (2006) alerta para a importância da família dar uma resposta adequada à situação de crise, de maneira a que as tarefas individuais e familiares normativas do ciclo vital sejam concretizadas.

Para compreender o impacto que a dor crónica tem no sistema familiar é importante conhecer as primeiras teorias que analisam a relação entre doente e família - recurso, défice, influência e impacte (Sousa, Mendes & Relvas, 2007). Na perspetiva do recurso, a família desempenha um papel protetor que fortalece a resistência individual perante a doença. A perspetiva do défice, por sua vez, postula que a família contribui para o desenvolvimento da doença em consequência de um ambiente disfuncional e *stressante*. A perspetiva denominada de influência procura compreender a forma como a família responde às exigências da doença e ao seu impacto no ajustamento individual do paciente. Por fim, a perspetiva do impacte focaliza-se no modo como a doença afeta a família em diversos níveis, tais como emocional, prático e financeiro. Esta última perspetiva postula que o aparecimento de uma doença crónica grave é um momento de crise que

exige da família uma grande capacidade de adaptação (Sousa et al., 2007). Deste modo, o modelo teórico e clínico de Rolland – Modelo Familiar Sistémico da Doença (MFSD) (1994, 1999, 2005), apesar de não estar validado para a dor crónica, parece adequar-se à compreensão da relação entre dor e família, uma vez que se foca na família como recurso e compreende as exigências práticas e efetivas da doença crónica (Sousa et al., 2007).

### 1.2.1. O Modelo Familiar Sistémico da Doença (MFSD)

O MFSD, proposto por John Rolland (1994, 1999, 2005) é um modelo biopsicossocial que oferece uma estrutura adequada à avaliação, compreensão e intervenção dos profissionais de saúde junto de famílias que lidam com a doença crónica. Este modelo foca-se nas relações familiares considerando-as um recurso potencial e enfatiza as possibilidades de crescimento familiar, através da maximização de estratégias de *coping* que as famílias utilizam para lidar com a doença (Rolland, 2005). Este modelo foi criado com o principal objetivo de quebrar a linearidade inerente aos modelos de carácter biomédico e integrar a intervenção médica, com a psicossocial e familiar (Sousa et al., 2007). O MFSD descreve alguns dos desafios normativos que os doentes e os seus familiares enfrentam perante uma determinada doença crónica (Rolland, 1994, 1999, 2005). De um modo geral, considera-se que cada doença impõe aos doentes e suas famílias desafios diferentes, porém este modelo considera que todas as famílias, perante uma doença crónica, enfrentam um conjunto de desafios comuns, embora reconheça a existência de especificidades relacionadas com variáveis específicas da família e da doença (Sousa et al., 2007).

O MFSD parte de um conjunto de vários pressupostos: a) doença, incapacidade e morte são experiências universais para as famílias; b) cada vez mais as famílias lidam com a doença crónica e durante um período cada vez maior das suas vidas; c) existem numerosas estratégias para que as famílias se adaptem de forma saudável à doença crónica; e d) a unidade de cuidados compreende a família, paciente, equipa de saúde e doença (Sousa et al., 2007). Este modelo demonstra ainda que um bom ajuste entre as exigências psicossociais da doença, o padrão da dinâmica familiar e as suas estratégias de *coping* podem ser decisivos para uma adaptação de sucesso ou de fracasso à doença (Sousa et al., 2007).

Rolland (1994, 1999, 2005) interceta três dimensões na elaboração do MFSD: 1) tipologia psicossocial de doença e incapacidade, 2) fases evolutivas da doença e da família, e 3) variáveis-chave do sistema familiar (Rolland, 2005).

1) A tipologia psicossocial da doença define categorias úteis e significativas que permitem identificar semelhanças e diferenças entre as várias doenças crónicas, possibilitando aos doentes, famílias e profissionais de saúde, tornarem-se mais competentes ao lidar com a cronicidade (Rolland, 1999). Considera-se então, que o padrão de doença pode variar com o início, curso, resultado, incapacitação e grau de incerteza.

O início de uma doença poderá ser de tipo agudo ou gradual.

Quando o início é agudo (e.g., dores que surgem após um acidente de trabalho), as mudanças no sistema familiar ocorrem num curto espaço de tempo, exigindo da família uma rápida mobilização dos recursos, ao contrário do início gradual (e.g., artrite reumatoide), em que as mudanças ocorrem num período de tempo mais alargado, permitindo à família uma maior flexibilidade na definição de papéis e competências para resolver problemas (Rolland, 1994).

O curso de uma doença crónica poderá ser progressivo, constante ou episódico. Nas condições de curso progressivo (e.g., fibromialgia óssea progressiva) a família lida com uma doença em que a gravidade da condição do doente se vai intensificando. A adaptação do doente e da família à doença ocorre de forma contínua, dificultando a existência de períodos de descanso. Nesta condição, a família tem de estar preparada para contínuas adaptações, alterações de papéis e ativar recursos externos (Rolland, 1994). Numa doença com curso constante (e.g., dorsalgia) regista-se um acontecimento de crise inicial mas, depois, as condições biológicas tendem a estabilizar, o que permite ao doente e seus familiares retomarem mais rapidamente as suas rotinas diárias (Sousa et al., 2007). As doenças com curso episódico (e.g., cefaleias) exigem uma grande flexibilidade por parte do doente e da família, uma vez que têm de se adaptar a momentos cíclicos de estabilidade e de crise. Nesta condição, as famílias vivem sempre em permanente estado de alerta e na incerteza da ocorrência de uma nova crise (Sousa, et al., 2007).

Quanto ao resultado, uma doença poderá ter como principais efeitos a morte, a diminuição do tempo de vida ou não ser fatal. As doenças fatais ou que encurtam o tempo de vida (e.g., dor crónica oncológica) conduzem a família à antecipação da morte. Por outro lado, quando o tempo de vida não é afetado (e.g., dor crónica não oncológica) a tarefa de adaptação à doença por parte do doente e da sua família tende a estar facilitada (Sousa et al., 2007).

A incapacitação refere-se às consequências da doença e pode assumir diferentes graus (nenhuma, média, moderada ou grave), produzindo danos a diferentes níveis: sensorial, motor, cognitivo, físico e outros associados ao estigma social (Sousa et al., 2007). O grau de incerteza ou imprevisibilidade é um fator transversal que indica o grau de conhecimento ou incerteza relativamente ao curso, resultado e incapacitação inerentes à doença (Rolland, 2005).

2) As fases evolutivas da doença são: crise, crónica e terminal. De acordo com Sousa et al. (2007) a fase de crise está relacionada com o período em que o doente e seus familiares se adaptam à fase inicial da doença, aprendendo a lidar com os sintomas e incapacidades. É também nesta fase que a família inicia o processo de mudança, de modo a conseguir dar uma resposta à doença que seja capaz de maximizar as suas aptidões familiares. A fase crónica está relacionada com a progressão da doença que poderá ser constante, progressiva ou episódica. Nesta fase, é muito importante que os familiares e doentes consigam manter a sua autonomia, sejam capazes de definir e objetivar as tarefas desenvolvimentais e redefinir papéis e funções individuais/familiares (Rolland, 1999). Segundo Góngora

(2002), a tarefa mais importante a concretizar nesta etapa, consiste em compatibilizar os cuidados a prestar ao doente com as finalidades familiares, tal como nos diz a metáfora “mantendo a doença no seu lugar” (Gonzalez, Steinglass & Reiss, 1989 citado por Sousa et al., 2007). Por último, a fase terminal (e.g., dor crónica oncológica) ocorre quando a morte domina a vida familiar. Neste período, a família tem de lidar com questões relacionadas com a separação, morte, luto e reintegração na vida sem a doença e o doente (Rolland, 2005). Esta última fase evolutiva da doença não se aplica às condições de dor crónica, dado que, por si só, nenhuma dor crónica conduz à morte.

3) As variáveis-chave do sistema familiar estão relacionadas com a história transgeracional de doenças, perdas e crises; a relação entre os ciclos vitais da doença, dos sujeitos e da família; e os sistemas de crenças de saúde e doença. De acordo com Sousa et al. (2007), a história transgeracional é um ponto-chave na compreensão dos comportamentos atuais da família, através do qual, os profissionais de saúde recorrem à história familiar para identificar áreas fortes e vulneráveis e padrões disfuncionais nas gerações anteriores que possam estar a dificultar a adaptação da família à doença.

Segundo o modelo de Rolland (1999), os profissionais de saúde devem ainda atender aos ciclos vitais de doença, indivíduo e família e às tarefas desenvolvimentais a atingir em cada um destes ciclos. O grau de impacto de uma doença pode variar consoante a fase em que se encontra o ciclo vital individual e familiar. Neste sentido, o modelo de Combrick-Graham (1985, citado por Rolland, 1994) torna-se bastante pertinente, na medida em que descreve as oscilações do ciclo de vida familiar, entre momentos de elevada coesão (centrípetos) e momentos de baixa coesão (centrífgos). Quando a doença ocorre num período de maior coesão familiar (e.g., formação do casal), a tarefa de adaptação à doença não é considerada um desafio intenso, uma vez que há uma amplificação de movimentos centrípetos. Contudo, a família corre um grande risco de ficar permanentemente nesta posição. Por outro lado, se a doença surgir num momento de menor coesão familiar (e.g., família com filhos adolescentes), a família corre o risco de não cumprir as tarefas desenvolvimentais esperadas, comprometendo a autonomia dos seus membros (Sousa et al., 2007).

Por último, surge o sistema de crenças que tem um enorme impacto no modo como a família lida com os momentos de crise, como os controla e como os resolve (Rolland, 1999; West, Buettener, Stewart, Foster & Usher, 2012a). Segundo Sousa et al. (2007), as crenças permitem definir padrões de comportamento, servindo como orientação de decisões e ações e podem ter um papel facilitador, ou não, na adaptação à doença. Salientam-se entre estas, as crenças sobre a normalidade, a causa da doença e o sistema de saúde.

### **1.3. O enfermeiro e a dor crónica**

Os cuidados de saúde prestados pela equipa de enfermagem devem ser dirigidos às necessidades de toda a unidade familiar e não apenas às de um indivíduo em particular, uma vez que se reconhece e compreende que a

doença, num dos membros da família, influencia e provoca enormes alterações em toda a dinâmica familiar (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012; Pedro, 2009). De acordo com vários autores (Amâncio & Campos, 2009; Lameiras, 2009; Pedro, 2009; Peixoto & Santos, 2009; Richardson, Adams & Poole, 2006), os enfermeiros são considerados figuras privilegiadas no apoio aos doentes e famílias que enfrentam dor crónica. Segundo Amâncio e Campos (2009), o enfermeiro é o profissional de saúde que passa mais tempo junto do doente e da sua família e também é reconhecido como sendo o principal elo entre os membros de uma equipa multidisciplinar. Dessa forma, Lopes (2006) afirma que o profissional de enfermagem tem como função, nestas circunstâncias, ajudar o doente e a sua família a aprender a viver com a situação de doença crónica. Para tal, o enfermeiro deve começar por estabelecer com o doente e os seus familiares uma relação de empatia, de modo a que os mesmos sintam que podem confiar no profissional de saúde (Shaw, 2006). Apesar do importante papel que os enfermeiros assumem junto dos doentes e seus familiares, existem poucos estudos empíricos que analisem esta relação.

Paralelamente, Peixoto e Santos (2009) afirmam que os enfermeiros devem refletir sobre o papel desempenhado pelas famílias cuidadoras e as estratégias que utilizam para lidar com a dor crónica. Estes profissionais de saúde, ao terem conhecimento dos fatores de *stress* e dos efeitos que os mesmos têm na dinâmica familiar, devem ajudar o doente e os seus familiares a encontrar estratégias de *coping* efetivas que permitam controlar e enfrentar a situação de dor (Peixoto & Santos, 2009; Richardson et al., 2006; Richardson & Poole, 2001). Contudo, e de acordo com Richardson e Poole (2001), encontrar estratégias adaptativas para lidar com a dor crónica, pode tornar-se, por vezes, uma tarefa demasiado exigente para os profissionais de enfermagem. Esta dificuldade, de acordo com Amâncio e Campos (2009), é pautada pela falta de conhecimentos dos enfermeiros no processo de ensinar o doente e a sua família a enfrentar a dor crónica de forma adaptativa.

Um outro aspeto muito importante na relação entre enfermeiro-doente e família é a comunicação (Blomberg, Hylander & Tornkvist, 2008; Lopes, 2006). De acordo com Saiote e Mendes (2011), a comunicação entre enfermeiros e familiares é um instrumento essencial para manter a família informada sobre a realidade do doente, os procedimentos e os objetivos do tratamento. Esta é uma ação que se revela muito pertinente, uma vez que a informação contribui para a compreensão das atitudes e dos procedimentos dos enfermeiros contribuindo, também, para a facilitação do relacionamento com o doente e sua família. Por sua vez, Lopes (2006) considera que os enfermeiros não devem dar informação ao doente e seus familiares de forma leviana/superficial, sendo essencial que estes profissionais de saúde informem a família para que esta possa participar nos cuidados de saúde prestados ao doente e, assim, diminuir medos e angústias relacionados com as repercussões da doença.

Desta forma, o profissional de enfermagem deverá mostrar disponibilidade e estar preparado para dar apoio ao paciente e à sua família

durante as várias crises psicossociais a que estão sujeitos (Amâncio & Campos, 2009).

Contudo, é frequente os enfermeiros sentirem-se inseguros e pouco preparados para lidar com questões emocionais junto do doente e da família (Lopes, 2006). O estudo realizado por Blomberg et al. (2008) afirma que a incapacidade dos profissionais de enfermagem no tratamento da dor crónica está muitas vezes associada à falta de conhecimento dos cuidados que devem ser prestados ao doente e à sua família. Por outro lado, o estudo realizado por Saiote e Mendes (2011), acerca da importância da partilha de informação entre enfermeiros e familiares, revela que os enfermeiros, apesar de reconhecerem a importância de dialogar, esclarecer, orientar e apoiar a família, acabam por ignorar estas tarefas. Peixoto e Santos (2009) alertam para a importância do papel que os enfermeiros devem desempenhar junto das famílias cuidadoras. Martins et al. (2012) desenvolveram um estudo com 200 enfermeiros de um hospital situado no norte de Portugal e concluíram que a maior parte dos enfermeiros, independentemente do serviço onde prestam cuidados (e.g., bloco operatório, cirurgia, consulta externa), não conhece nenhum modelo de avaliação e intervenção na família. Neste estudo, foi implementado um programa de enfermagem de família onde foi ensinado a estes profissionais de saúde o Modelo de avaliação e de intervenção familiar de *Calgary*<sup>1</sup>. Segundo Saiote e Mendes (2012), as famílias que prestam cuidados de saúde necessitam de apoio por parte dos enfermeiros, para ajudá-las a entender melhor o que se passa com o doente e de que forma podem definir e redefinir os objetivos de vida. Desta forma, e de acordo com Chambers (2001, citado por Peixoto & Santos, 2009) o contributo dos enfermeiros apresenta-se como essencial para a diminuição da sobrecarga dos cuidadores e o fomento da qualidade de vida das famílias que prestam cuidados de saúde.

## 2. Objetivos

A presente investigação tem como principal objetivo analisar a perspectiva dos enfermeiros sobre o impacto da dor crónica no sistema familiar. Para tal, e explorando as referências dos participantes, pretende-se:

- a) Explorar e caracterizar o conceito de dor crónica;
- b) Analisar as principais implicações e alterações familiares impostas pelo surgimento de uma dor crónica;
- c) Compreender as principais diferenças entre os cuidados de enfermagem prestados nas unidades de dor e nas unidades de cuidados primários (e.g., centros de saúde);

---

<sup>1</sup> O modelo Calgary de avaliação e intervenção com famílias foi desenvolvido pelas enfermeiras Wrigth e Leahey da Universidade de Calgary, Canadá. Graças à sua tradução, este modelo tem sido aplicado em vários países, incluindo Portugal. Este modelo permite avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema. Baseado numa perspectiva multidimensional da família, esse modelo integra a dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional (Martins et al., 2012).

- d) Averiguar a necessidade de implementar um modelo psicossocial de compreensão e intervenção na dor crónica.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Método**

Na presente investigação optou-se por uma metodologia mista (quantitativa/qualitativa; Miles & Huberman, 1994), tendo por base uma entrevista semiestruturada sobre o impacto da dor crónica no sistema familiar, elaborada a partir da revisão da literatura (cf. Anexo D). A análise qualitativa caracteriza-se por uma metodologia de carácter descritivo e analítico, e recorre a métodos de análise muito específicos (Braun & Clarke, 2006; Miles & Huberman, 1994), nomeadamente: a) codificação do conjunto de entrevistas recolhidas; b) elaboração de comentários para além dos códigos; c) identificação de possíveis relações entre as variáveis codificadas, padrões, diferenças entre os subgrupos e sequências em comum; d) elaboração gradual de um conjunto de generalizações que cubram as consistências encontradas na análise das entrevistas; e e) confrontação das generalizações com o corpo teórico formal.

Para analisar as entrevistas optou-se pela análise de conteúdo. Segundo Bardin (1994), “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p. 42). A escolha deste método de análise deve-se à natureza do instrumento usado e à temática em estudo.

Quanto à análise quantitativa foi selecionada a quantificação das referências dos participantes com o objetivo de identificar as dimensões da comunicação mais destacadas nas entrevistas.

A conjugação destes dois tipos de análise (qualitativa/quantitativa) possibilita a recolha de informação mais pormenorizada sobre o tópico em estudo (Milena, Dainora & Alin, 2008).

Relativamente à metodologia utilizada para a recolha dos dados, optou-se pela realização de grupos focais, permitindo, assim, gerar uma discussão interativa entre os indivíduos selecionados para integrar o grupo, no sentido de identificar perceções, pensamentos e impressões pessoais, e sobretudo profissionais, acerca da temática em análise (Milena et al., 2008).

#### **3.2. Amostra**

Foram constituídos três grupos focais: a) três enfermeiras da Unidade de dor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (37-44 anos), b) seis enfermeiros do Centro de Saúde Norton de Matos (36-59 anos) e c) duas enfermeiras do Centro de Saúde Norton de Matos (35 e 50 anos). Este estudo envolveu um total de onze participantes, sendo um do sexo masculino e dez do sexo feminino, todos de nacionalidade portuguesa e com

idades compreendidas entre os 35 e os 59 anos.

Todos os enfermeiros provinham da zona centro, sendo que seis dos participantes referiram ser da zona centro litoral e um da zona centro interior. Ao nível das habilitações literárias, verificou-se que oito dos participantes referiram ter uma licenciatura em enfermagem, dois referiram ter mestrado e apenas um referiu ter o bacharelato. No que concerne ao serviço/departamento onde exerce funções, oito dos enfermeiros referiram desempenhar funções na unidade de cuidados de saúde primários, enquanto os restantes participantes mencionaram desempenhar funções na unidade de dor. Os anos de profissão variam entre os 14 e os 35 anos e em média estes profissionais de saúde recebem por mês entre um e mais de vinte pacientes<sup>2</sup> com dor crónica.

### 3.3. Procedimentos

No que diz respeito ao processo de determinação e seleção da amostra, recorreu-se na presente investigação a uma amostragem por conveniência. Para tal, foram contactados entre dezembro de 2013 e abril de 2014, através de telefone e correio eletrónico, algumas unidades de cuidados de saúde do distrito de Coimbra, incluindo a unidade de dor dos HUC e o centro de saúde Norton de Matos. Estes contactos consistiram num pedido de autorização formal para a colaboração destas instituições na presente investigação, solicitando a disponibilidade da equipa de enfermagem para integrar os grupos focais. Após ter sido concedida uma autorização por parte de cada uma das instituições referidas, a equipa de investigação entrou novamente em contacto com os enfermeiros-chefes de cada organização com o objetivo de definir uma data para a realização do grupo focal. Os critérios de inclusão dos participantes foram: a) ser enfermeiro e b) trabalhar com pacientes que padecem de dor crónica.

Os grupos focais foram realizados na unidade de dor dos HUC e no centro de saúde Norton de Matos. Os princípios éticos recomendados (*American Psychological Association*, 2002) foram respeitados, nomeadamente a obtenção do consentimento informado pelos participantes (caráter voluntário da participação; apresentação dos riscos e benefícios e a salvaguarda da confidencialidade). As entrevistas foram realizadas em sessões únicas e a duração das discussões foi variável (entre 35 e 55 minutos), consoante as características profissionais e pessoais dos próprios entrevistados.

Após a transcrição integral das entrevistas gravadas (com a permissão de todos os participantes), procedeu-se ao tratamento dos dados, através da análise de conteúdo. O processo de codificação dos dados ocorreu em três fases (Flick, 2005): a) codificação aberta que tem por objetivo expressar os dados das entrevistas na forma de códigos. Os códigos representam o

---

<sup>2</sup> Todos os enfermeiros da unidade de dor dos HUC que participaram no presente estudo referem receber mais de vinte pacientes com dor crónica por mês. Por sua vez, todos os participantes do centro de saúde, à exceção de dois enfermeiros que referem receber entre 16 a 20 pacientes, mencionaram receber apenas 1 a 5 pacientes com dor crónica por mês.

conteúdo das entrevistas de forma visível e ajudam, acima de tudo, a evocar a referência da categoria; b) codificação axial que pretende clarificar e estabelecer relações entre as categorias e as subcategorias; e c) codificação seletiva que tem por finalidade formular a categoria nuclear integrativa, na qual são agrupadas e integradas as restantes categorias. Esta última fase foi dada como terminada quando foi atingida a saturação teórica, isto é, a nova codificação deixou de gerar novas categorias. Terminado este processo foram elaboradas duas árvores de conceitos-chave relacionados com a temática em análise.

### **3.4. Instrumento**

Tendo por base a revisão da literatura sobre a dor crónica e o seu impacto no sistema familiar (Blomberg et al., 2008; Bush & Pargament, 1997; Dias, 2007; West et al., 2011; West et al., 2012a; West et al., 2012b), foi elaborada uma entrevista semiestruturada para analisar as perceções, opiniões e experiências pessoais e profissionais dos participantes sobre esta temática (cf. Anexo D). Uma primeira parte da entrevista visou recolher os dados sociodemográficos dos entrevistados (e.g., região geográfica, habilitações literárias, serviço/departamento onde exerce funções). A segunda parte visou explorar o tema através de um conjunto de questões abertas. Neste sentido, o roteiro da entrevista destinado aos profissionais de enfermagem foi dividido em quatro grandes tópicos: a) definição de dor crónica, b) diversidade de dores crónicas, c) impacto da dor crónica na família e d) benefícios e utilidade de um modelo psicossocial de compreensão e intervenção na dor crónica. O roteiro da entrevista incluiu questões como: “O que diferencia a dor crónica da dor aguda?”; “Como se caracteriza a dor crónica?”; “Como se chega a um diagnóstico?”; “Faz-vos mais sentido considerar a dor como sintoma ou como doença?”; “Quem sofre de forma mais imediata com este problema para além do paciente?”; “Em termos práticos, no que é que se traduz o impacto da dor crónica nas relações familiares (e.g., negociação de papéis)?”; e “Atendendo à vossa atividade profissional, em que é que os enfermeiros poderiam beneficiar se existisse um modelo de compreensão e intervenção sobre o impacto da dor no seio familiar validado para a população portuguesa?”.

## **4. Resultados**

Inicialmente as entrevistas foram transcritas e codificadas por categorias (Miles & Huberman, 1994) que, por sua vez, foram analisadas ao nível das suas propriedades, similitudes e diferenças gerando neste caso duas árvores categoriais distintas sobre o impacto da dor crónica no sistema familiar. A elaboração de duas árvores de categorias prendeu-se, exclusivamente, pelo facto da experiência manifestada pelos participantes nos diferentes grupos (enfermeiros que trabalham especificamente com dor crónica vs. enfermeiros que trabalham num contexto de saúde mais genérico), relativamente aos tópicos em estudo, originar categorias

teoricamente distintas.

Os resultados relativos à análise de conteúdo serão apresentados em dois momentos, designadamente: a) primeiro será apresentada a análise de conteúdo realizada ao grupo focal dos enfermeiros da unidade de dor especializada e, b) num segundo momento, será apresentada a análise de conteúdo realizada ao grupo focal dos enfermeiros do centro de saúde.

#### **4.1. Análise de conteúdo realizada ao grupo focal dos enfermeiros da unidade de dor especializada**

A primeira questão do guião de entrevista tinha como principal objetivo esclarecer o conceito de dor crónica. Os enfermeiros fizeram, a este nível, referências muito semelhantes, indicando a dor crónica como doença “Para mim a dor crónica é uma doença. É uma entidade definida, bem definida, e é já uma doença” (Enfermeira 10); o critério temporal “Em termos de características que especifiquem a dor crónica, prolonga-se por mais de três meses” (Enfermeira 10); e a experiência subjetiva da dor “Pronto, é uma coisa mesmo subjetiva. Há dois doentes com patologia X e com o início igual, reagem aos tratamentos de forma completamente diferente” (Enfermeira 10). Para além destes critérios, os participantes fizeram referências à etiologia da dor. Neste tópico verificou-se que, por um lado, um dos enfermeiros afirmou que a dor crónica está sempre associada a uma causa objetiva, enquanto os restantes participantes negaram esta afirmação, referindo que a dor poderá não ter uma causa objetiva. Os testemunhos de dois enfermeiros deixam este aspeto claro “Aí é que está. Depois as pessoas tentam dar uma causa aquilo. Procuram médicos, médicos e médicos e não lhe dão solução porque os exames não mostram uma lesão, por mais exames que faça não há uma lesão objetiva” (Enfermeira 11), “Mas normalmente há sempre uma lesão prévia. Houve uma causa sempre, tem sempre uma causa” (Enfermeira 10).

Ainda no domínio do conceito de dor crónica, os participantes fizeram referência à existência de duas subtipologias: dor crónica não oncológica e dor crónica oncológica. Dentro da dor não oncológica, os participantes referiram a existência de vários tipos de dor, nomeadamente, dor neuropática, dor nociceptiva e dor mista, que inclui as duas. A dor neuropática, de acordo com as referências dos participantes, caracteriza-se por uma lesão que surge no sistema nervoso e é considerada uma entidade ainda pouco abordada e valorizada pelas pessoas, tal como se comprova nos seguintes exemplos “A dor neuropática é uma dor por lesão do sistema nervoso periférico” (Enfermeira 9), “Ou do central também” (Enfermeira 10), “e nós falamos muito de dor neuropática porque é uma entidade que é muito pouco falada e pouco valorizada (...) as características da dor neuropática são muito difíceis de valorizar pelas populações” (Enfermeira 9). Por sua vez, a dor nociceptiva é caracterizada pelos participantes como sendo uma dor provocada por uma lesão dos nervos e que, apesar de ocorrer na dor crónica, está também muitas vezes presente nas situações de dor aguda, tal como demonstra um dos enfermeiros “Por exemplo, na dor crónica a dor nociceptiva é a dor por lesão dos tecidos também vista na dor

aguda” (Enfermeira 9).

Apesar da discussão em torno da definição do conceito de dor crónica, os participantes não deixaram de fazer algumas referências acerca do conceito de dor aguda. Uma das subcategorias que resultou da análise de conteúdo, neste domínio, foi a sua definição. Os participantes descreveram a dor aguda como sintoma que atua com uma função de alerta, tal como está expresso nesta citação “Inicialmente a dor é um sintoma... Ela inicialmente é uma dor aguda que alerta o doente e que o faz procurar ajuda” (Enfermeira 9). Outra subdimensão que emergiu desta análise está relacionada com o tratamento. Alguns dos enfermeiros fizeram referências acerca dos tratamentos que podem ocorrer numa situação de dor aguda, “Depois de ele procurar ajuda e de se perceber o que é que se passa, pode ter várias soluções. Pode ter uma solução cirúrgica, pode ter uma solução médica ou pode não ter solução nenhuma” (Enfermeiro 9).

A última categoria que emergiu na análise de conteúdo, relativamente à primeira questão do guião de entrevista, foi denominada “Prevenção da dor”. Alguns dos enfermeiros referem que a prevenção da dor faz-se em algumas situações onde há grandes probabilidades de o doente vir a desenvolver uma dor crónica, como acontece no caso de algumas lesões dos nervos. Os participantes referiram que a prevenção da dor faz-se também através de uma medicação específica, tendo em conta o diagnóstico e as características individuais do doente. A seguinte referência torna esta afirmação consistente “Aquilo que se vê é que se eles começarem a fazer determinado tipo de medicação específica para aquela dor antes da cirurgia ou logo no início em que aparece a doença, poderá ter menos probabilidade em desenvolver a dor” (Enfermeira 9).

Depois de esclarecido o conceito de dor crónica avançou-se para a terceira questão do guião de entrevista, a qual tinha como principal finalidade explorar as referências dos participantes acerca do impacto desta problemática no sistema familiar. Neste tópico de discussão, todos os participantes fizeram referências muito semelhantes, indicando as várias consequências que a dor acarreta na vida do doente e da sua família. Na subcategoria denominada “Doente”, os enfermeiros referiram que a dor crónica tem consequências tanto a nível profissional como social. Surgiram assim referências caraterizadoras deste impacto, tal como os seguintes exemplos comprovam: “O doente deixa de trabalhar. Aquele doente, por exemplo, foi despedido porque tinha uma dor na perna só porque fazia penso” (Enfermeira 11), “Se calhar até tinham um convívio grande com os amigos e acabam por se isolar porque também não querem estar sempre a ouvir a pergunta “estás melhor?”, “não estás melhor?”” (Enfermeira 9). Nesta subcategoria, os participantes referiram ainda que o impacto que a dor crónica tem na vida do doente está relacionado com as crenças, pessoais e espirituais, e com os fatores culturais. As seguintes citações deixam este aspeto claro “As pessoas consoante a sua crença, tanto espiritual como pessoal, queixam-se de maneira diferente... Da forma como os doentes manifestam a dor culturalmente, como estão habituados a fazê-lo” (Enfermeira 10). No caso da subcategoria “Família”, todos os enfermeiros

referiram que a dor crónica tem um enorme impacto na dinâmica familiar. Este impacto traduz-se na alteração de papéis, que obriga a uma reorganização familiar muitas vezes difícil “Altera papéis, logo aí obriga a uma reorganização que nem sempre é fácil” (Enfermeira 9), e a nível emocional e financeiro “Se o doente com dor não descansa eles também não descansam. Não têm sossego e não dormem também, e andam deprimidos e não dão assistência de vida” (Enfermeira 11), “Um pai que deixa de trabalhar porque tem uma dor incapacitante se calhar com uma mãe que já estava em casa ou que entretanto ficou desempregada” (Enfermeira 9). Nesta subcategoria, os participantes fizeram algumas referências acerca do papel do cuidador primário. Os enfermeiros referiram que quem assume mais frequentemente este papel são os filhos ou o cônjuge. Quanto à presença de um cuidador na consulta, os participantes referem que não é obrigatório a presença de, pelo menos, um familiar nas consultas. Nos casos em que isso acontece, deve-se sobretudo ao facto de o doente ter uma dor incapacitante ou quando há dificuldade de gestão na medicação que deve ser administrada. Nestas situações, o familiar é solicitado pelo profissional de saúde a estar presente na consulta da dor. As seguintes citações deixam este aspeto claro: “Sim, e também depende da autonomia” (Enfermeira 9, 10 e 11),

Nós também temos situações em que acontece, não é muito frequente, mas acontece situações em que começamos a perceber se há o abuso da medicação ou que o doente não consiga... Percebemos que ele não está a conseguir dar conta do recado: não está a tomar a medicação de forma correta, está a pedir demasiadas vezes receitas. Muitas das vezes solicitamos a presença da família para conseguir gerir (Enfermeira 9).

A última questão do guião de entrevista tinha como principal finalidade esclarecer o que os participantes achavam sobre a possibilidade de haver um modelo de compreensão e intervenção sobre o impacto da dor crónica no contexto familiar. Todos os enfermeiros fizeram, a este nível, referências muito semelhantes, indicando a possibilidade de poderem intervir numa situação de forma precoce e a possibilidade de terem uma visão global da dor na família “Tal e qual, e é por isso que digo que isto seria útil. Porque aí teríamos a perspetiva do doente e da família. Alertar-nos-ia para uma intervenção mais precoce nalgum transtorno que pudesse decorrer” (Enfermeira 9). Nesta categoria, os participantes referiram ainda que a validação deste modelo poderá ser útil, na medida em que permite aos próprios terem algumas linhas orientadoras de intervenção junto do doente e dos seus familiares, tal como está expresso na seguinte citação “Lá está, nem precisava de ser em forma de questionário, uma coisa que nós pudessemos consultar, que no fundo é isso que funciona não é?” (Enfermeira 9).

A análise de conteúdo realizada ao grupo dos enfermeiros da unidade de dor especializada revelou no total seis categorias gerais (*Subtipologia, Definição, Impacto, Prevenção da Dor, Validação do MFSD e Dor Aguda*) tal como se pode ver na Figura 1.

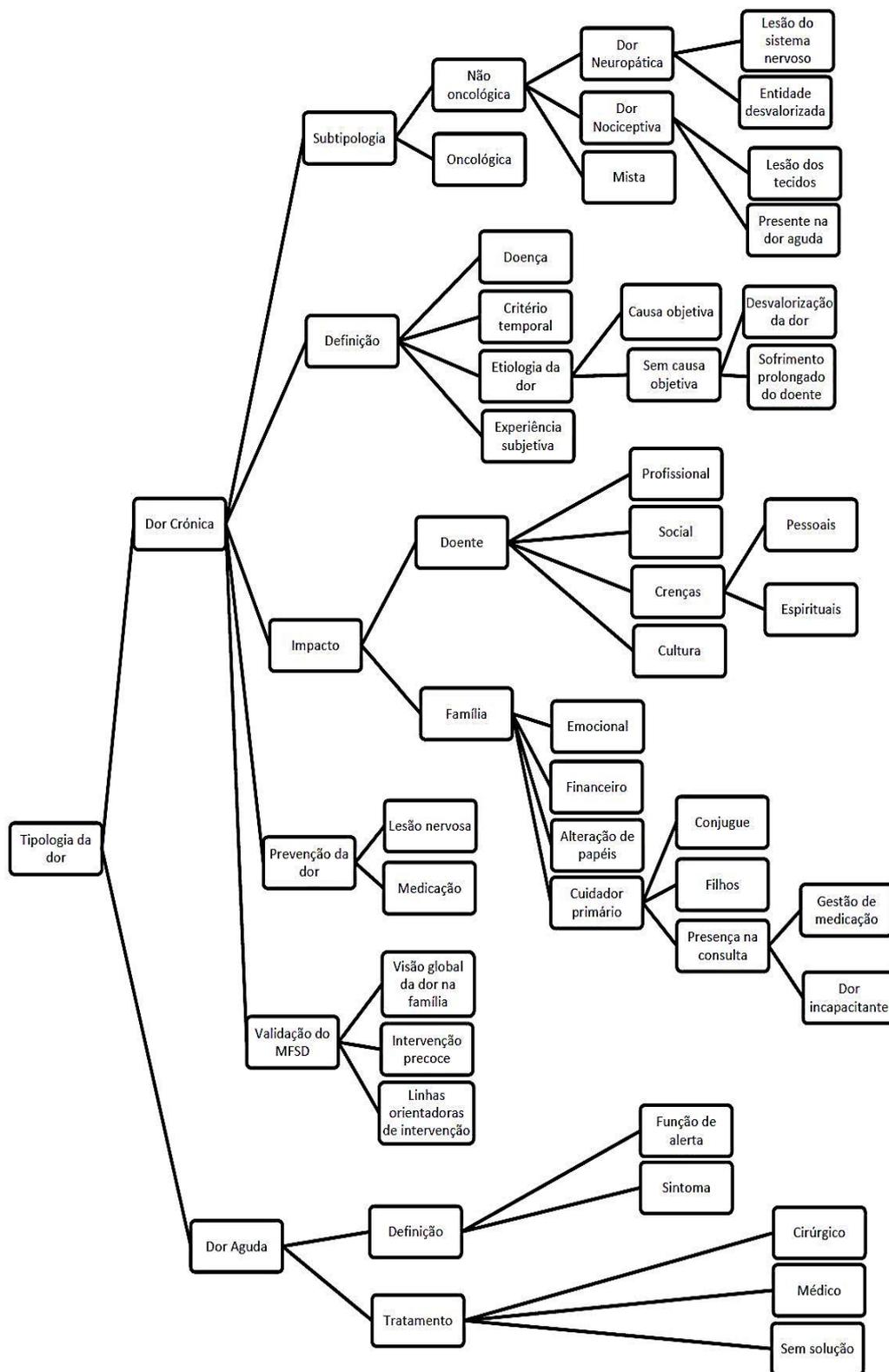


Figura 1. Árvore de Categorias: Grupo de enfermeiros da unidade de dor especializada.

#### 4.2. Análise de conteúdo realizada ao grupo focal dos enfermeiros do centro de saúde

A análise de conteúdo realizada aos enfermeiros do centro de saúde revelou algumas categorias e subcategorias distintas do grupo anteriormente descrito. No que concerne à exploração do conceito de dor crónica, os enfermeiros fizeram, a este nível, referências semelhantes, indicando a experiência subjetiva da dor “Não se pode quantificar. Porque a dor é subjetiva” (Enfermeira 2) e o critério temporal. Ao contrário do grupo dos enfermeiros da unidade de dor especializada, este grupo não soube precisar o tempo necessário para que uma dor seja diagnosticada como dor crónica. A seguinte citação corrobora este aspeto: “É uma dor que não é aguda. É uma dor que uma pessoa tem há muito tempo, que vai tendo sempre, desde há muito” (Enfermeira 1). Neste domínio uma outra subcategoria referenciada pelos participantes foi a etiologia da dor. Tal como o primeiro grupo, a visão dos participantes sobre este tópico também se divide: por um lado, alguns enfermeiros afirmam que a dor crónica tem de estar associada a uma patologia, por outro lado, os restantes participantes afirmam que a dor crónica poderá não ter nenhuma causa aparente. O exemplo de uma enfermeira deixa esta ambiguidade bem clara: “Eu penso que a dor crónica deverá estar associada a uma patologia porque tendo em conta que há uma ligação ao fator espaço/tempo, deve surgir de uma patologia” (Enfermeira 8). Para além destas categorias, os participantes fizeram referências, também, à dor crónica sob dois pontos de vista: por um lado enquanto sintoma e, por outro lado, enquanto doença, tal como podemos ver nos exemplos dados por dois enfermeiros: “É um sintoma mas que é tratado depois como uma doença” (Enfermeira 1), “Como uma doença porque leva a outras consequências” (Enfermeira 4).

Ainda na exploração do conceito de dor crónica, surgiu uma categoria designada “População-alvo”. Nesta categoria, os participantes referiram que a dor crónica, apesar de ser uma problemática bastante presente na população mais idosa, é também, cada vez mais presente nas populações mais jovens. Uma outra categoria que emergiu na exploração deste tema foi o “Tratamento”. Alguns dos enfermeiros referiram que o tratamento da dor crónica é feito através de uma medicação específica, tendo em conta os diagnósticos e as características individuais do doente. Para além da medicação, alguns participantes referiram que costumam ensinar aos doentes algumas estratégias que permitem atenuar a dor, nomeadamente, calor húmido, exercício, massagem e ocupação em atividades livres, tal como está expresso na seguinte citação “Incidimos mais no tratamento que passa basicamente pela prescrição médica. Depois há conselhos nossos, em termos de alguma coisa complementar, que ajude não é? Exercício, calor húmido, massagens e outros quaisquer exercícios” (Enfermeiro 3).

Durante a exploração e discussão acerca do conceito de dor crónica, os enfermeiros referiram, de forma recorrente, que não utilizavam quaisquer critérios para classificar a dor crónica, pois no serviço onde desempenham funções não há um acompanhamento especializado para este tipo de dor. Os enfermeiros mencionaram que quando uma dor é demasiado prolongada no

tempo é feito o encaminhamento para serviços especializados, nomeadamente, para a consulta da dor. Algumas referências tornam estas afirmações consistentes: “Mas nós não usamos nenhuns critérios para classificar nenhuma dor crónica” (Enfermeira 1), “Agora acompanhamento por nós enfermeiros com doentes com dor crónica acho que não fazemos” (Enfermeiro 3), “Esta dor com continuidade acaba por deixar de ser nossa” (Enfermeira 6). Estas referências remetem para o exercício profissional do enfermeiro nos cuidados de saúde primários, que consiste, sobretudo, na promoção da saúde, na prevenção e alívio da dor, tal como é relatado por duas enfermeiras: “É assim. Nós lidamos na prevenção e na promoção certo?” (Enfermeira 7), “Mas a minha atuação passa muito pelo alívio do sintoma, pelo alívio da dor” (Enfermeira 8). Uma outra categoria que resultou da análise das referências dos participantes, neste domínio, foi a “Diversidade das dores”. Neste tópico, os enfermeiros fizeram referências às dores crónicas mais comuns na população portuguesa, nomeadamente: osteoarticulares, lombares e cefaleias.

Depois de esclarecido o conceito de dor crónica, pretendeu-se explorar o impacto que este fenómeno tem na vida do doente e da sua família. Neste domínio, e tal como aconteceu na análise da primeira entrevista, todos os participantes fizeram referências muito semelhantes, indicando as várias consequências que a dor acarreta na vida do doente e da sua família. Relativamente ao doente, os participantes referiram que a dor crónica tem consequências a nível físico, psicológico e social, tal como o seguinte exemplo comprova “Como uma doença porque leva a outras consequências, a nível psicológico, contraturas musculares, envolvências familiares e sociais, e, portanto, aquilo depois acaba por ser uma doença que leva tudo atrás” (Enfermeira 4). Por sua vez, as referências feitas pelos enfermeiros em relação às consequências que a dor crónica tem no sistema familiar traduzem-se, essencialmente, na alteração de papéis, a nível comunicacional e social “Sim, profissional, relacional, na relação entre os vários membros” (Enfermeiro 3), “Acho que esta coisa da dor crónica afeta muito a comunicação entre o pessoal da família porque é uma seca ouvir alguém que está sempre, sempre a queixar-se” (Enfermeira 1). Nesta subcategoria, os participantes fizeram algumas referências acerca do papel do cuidador primário. Os enfermeiros referiram que quem assume mais frequentemente este papel são os filhos ou o cônjuge. Alguns dos entrevistados fizeram referência à sobrecarga e respiro do cuidador, e à antecipação do luto, no caso de uma dor associada a uma doença fatal. Vejamos os exemplos dados por duas enfermeiras: “A pessoa, por muito que não queira, está sempre a sobrecarregar o outro. É com ele que desabafa, é com ele que se queixa” (Enfermeira 7), “É doloroso para ela ver o marido sofrer e não poder fazer nada e ver que estava no fim da vida e que estava a ser um fim muito penoso para ele” (Enfermeira 8). Quanto à presença da família na consulta, os participantes referem que a mesma só vai à consulta no caso de o doente ter uma dor incapacitante ou sempre que há uma necessidade, à semelhança do que se verificou na análise do grupo descrito anteriormente. Neste último caso, o profissional de saúde solicita a presença

da família nas próximas consultas, tal como as seguintes citações comprovam “É assim, aqui nas consultas, sempre que o indivíduo vai, só se estiver mesmo muito doente, debilitado é que vai acompanhado” (Enfermeira 7), “Eu por exemplo, na área que trabalho, a família é envolvida sempre que necessário. (...) mesmo com os outros colegas eu acho que é a mesma coisa. Sempre que é necessário envolvem a família” (Enfermeira 7).

Por fim, a análise de conteúdo feita às referências dos participantes acerca da utilidade de um modelo de compreensão e intervenção sobre o impacto da dor crónica no contexto familiar, validado para a população portuguesa, revelou algumas semelhanças com o grupo anterior. Neste tópico, todos os enfermeiros referiram que a validação deste modelo seria muito útil para a prática clínica, pois poderiam intervir numa situação de forma mais precoce:

Eu até acho que faz sentido. Eu acho que faz sentido para nós estarmos alerta e para podermos fazer o encaminhar mais cedo. Todos nós sabemos que quanto mais cedo encaminharmos essas pessoas se calhar não a vamos levar aquele patamar de sofrimento intenso (Enfermeira 7).

Para além dessa referência, outros participantes referiram que seria útil haver um modelo de compreensão e intervenção que focasse a família porque possibilitaria uma melhor compreensão clínica do caso, “Eu acho que seria mais pela compreensão da situação” (Enfermeira 4), pelo facto de oferecer linhas orientadoras de intervenção, “De maneira a que se nós tivermos algumas linhas orientadoras para ajudar os nossos doentes” (Enfermeiro 3) e por ajudar a procurar soluções adequadas ao caso.

A análise de conteúdo realizada ao grupo dos enfermeiros do centro de saúde revelou sete categorias gerais (*Definição, Sistema de Saúde, Diversidade das Dores, Impacto, Tratamento, População-Alvo e Validação do MFSD*) tal como se pode ver na Figura 2.

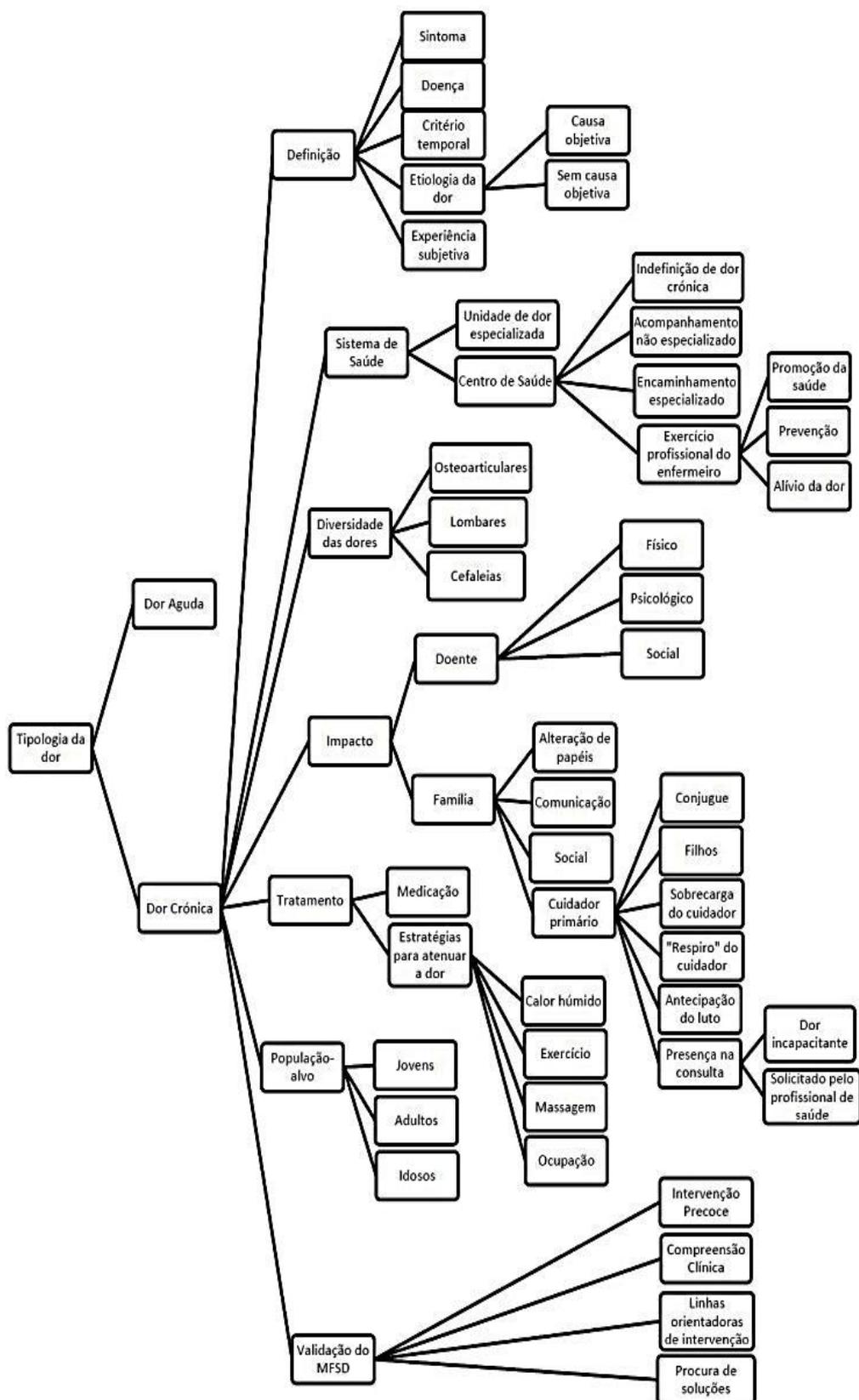


Figura 2. Árvore de Categorias: Grupo de enfermeiros do centro de saúde.

## 5. Discussão

Considerando os objetivos que estiveram na base da presente investigação, segue-se a apresentação de uma análise reflexiva sobre os principais resultados encontrados, tentando enquadrá-los e confrontá-los com os estudos e concepções teóricas apresentadas anteriormente.

Os resultados obtidos, no presente estudo, permitem concluir que a caracterização do conceito de dor crónica e o impacto que esta problemática tem na vida do doente e da sua família vão ao encontro do que tem sido descrito pela literatura a esse respeito. Deste modo, a definição de dor crónica apresentada pelo grupo de participantes da unidade de dor especializada corresponde àquela que é apresentada por Dias (2007) e que considera a dor crónica uma doença, que atinge milhares de pessoas de todas as idades e tem uma duração igual ou superior a 3 meses. Por sua vez, o grupo de enfermeiros do centro de saúde mostrou algumas dificuldades em explorar e caracterizar o conceito de dor crónica. A maior parte dos participantes classifica este tipo de dor como sintoma, ao contrário do que tem sido descrito pela literatura (Dias, 2007; Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008). Para além disso, os resultados evidenciaram que estes profissionais de saúde não souberam precisar o tempo necessário para que uma dor seja considerada crónica, ao contrário do que se observou no grupo anterior. Esta dificuldade registada parece indicar que os profissionais de enfermagem que trabalham nos cuidados de saúde primários carecem de competências específicas e/ou de formação profissional na área da dor crónica. De acordo com a Castro-Lopes et al. (2010), esta deve ser uma preocupação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que deverá sensibilizar os responsáveis a nível universitário e nas ordens profissionais acerca da importância da dor enquanto problema de saúde pública. Desta forma, é necessário investir mais na formação dos profissionais de enfermagem e sensibilizá-los para uma melhor abordagem da dor.

A etiologia da dor foi uma subdimensão referida por todos os participantes deste estudo. De acordo com a definição da IASP, a dor crónica pode dever-se a uma lesão concreta ou potencial (Derbyshire, 1999). Os resultados indicam que os participantes demonstram ter dificuldades em clarificar se a dor crónica tem de estar necessariamente associada a uma causa objetiva. Este resultado indica que, mesmo os profissionais de enfermagem que lidam diariamente com este tipo de dor apresentam dificuldades em definir a etiologia da dor crónica. Tal resultado pode estar relacionado, por um lado, com o facto de a etiologia da dor ser de difícil compreensão e, por outro, também com a formação deficitária dos profissionais de saúde (pré e pós-graduada) na área da dor crónica (Centro Nacional de Observação em Dor, 2010; *Pain Associates Internacional Network*, 2004). Os participantes que mencionaram que a dor crónica pode não estar associada a uma lesão objetiva, referem que há uma maior desvalorização da dor por parte das pessoas e de alguns profissionais de saúde, o que faz com que o doente acabe por sofrer com aquela dor durante mais tempo. Este resultado poderá dever-se ao facto de haver um défice na

formação do profissional, falta de informação e sensibilização acerca desta problemática, o que faz com que o doente acabe por desvalorizar a sua dor e essa não possa ser tratada como devia (*Pain Associates Internacional Network*, 2004; Turk & Okifuji, 2002). Para além disso, parece também haver uma influência cultural na desvalorização da dor crónica. É importante sensibilizar as populações, alertando-as para que não sofram em silêncio e para procurarem ajuda junto dos cuidados de saúde (Romão, s.d).

Relativamente aos resultados obtidos na caracterização e exploração do conceito de dor crónica, foi possível observar diferenças notórias entre os grupos de participantes. Os profissionais de enfermagem que trabalham numa unidade de cuidados de saúde primários revelam maiores dificuldades em definir o conceito de dor crónica. Este resultado poderá dever-se ao facto de estes profissionais de saúde não terem um contacto privilegiado com este tipo de dor, ao contrário do que acontece com os enfermeiros que exercem a sua profissão numa unidade de dor especializada. Para além disso, Shaw (2006) referiu que, o conceito de dor crónica é de difícil compreensão para alguns profissionais de saúde que foram formados para trabalhar em contextos onde se encontram pacientes que experienciam geralmente dor aguda. O mesmo se verificou neste estudo, no qual os participantes do centro de saúde referiram que trabalham diariamente no contexto de dor aguda.

Esta dificuldade em abordar a problemática da dor crónica foi referida diversas vezes pelos participantes do centro de saúde, os quais explicaram que não utilizam quaisquer critérios para classificar a dor crónica porque não é feito um acompanhamento especializado no serviço. No caso de haver um doente com uma dor recorrente e demasiado prolongada no tempo é feito o encaminhamento para uma unidade de dor especializada. Os resultados demonstram que o exercício profissional do enfermeiro, numa unidade de cuidados de saúde primários, passa sobretudo pela promoção da saúde, prevenção e alívio da dor.

Para além disso, e no sentido de distinguir dor crónica de dor aguda, os participantes definiram a dor aguda como sintoma e que atua com uma função de alerta que permite ao organismo agir e defender-se da agressão causada (Dias, 2007; Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008). Os enfermeiros referiram que a dor aguda poderá ser resolvida através de uma solução médica e/ou cirúrgica. Contudo, poderá não ter solução e continuar a persistir no tempo, o que faz com que deixe de ser aguda para ser considerada crónica (*Pain Associates Internacional Network*, 2004; Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008).

A diversidade de dores crónicas também foi referida pelos participantes deste estudo. No caso do centro de saúde, os resultados indicam que as dores crónicas mais frequentes são as dores osteoarticulares, lombares e cefaleias. Um resultado coincidente com o que foi obtido no estudo realizado pela Faculdade de Medicina do Porto (2007, citado por Castro-Lopes et al., 2010) e que indica que, de facto, estas são as dores crónicas mais frequentes na população portuguesa.

No que concerne ao tratamento da dor crónica, os resultados indicam que este é feito através de medicação específica e de algumas

estratégias ensinadas pelos enfermeiros e que permitem atenuar a dor do paciente. Algumas destas estratégias, tais como o exercício físico, ocupação de tempos livres, são referidas por Richardson et al. (2006), como estratégias adequadas para o doente lidar com a dor.

O segundo objetivo específico desta investigação pretendia explorar as principais implicações e alterações familiares impostas pelo surgimento de uma dor crónica. Os resultados, a este nível, demonstram que a dor crónica tem um enorme impacto na vida do doente e da sua família (Dias, 2007; Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008; West et al., 2012b). As principais consequências que este tipo de dor acarreta na vida do doente são a nível físico, social e psicológico. Estes resultados corroboram aqueles que foram encontrados no estudo de Breivik et al. (2006), que indicam que a dor crónica afeta o sono, habilidade em andar, participação nas atividades sociais e a manutenção de um estilo de vida independente. Além disto, as crenças e os fatores culturais revelam-se como sendo importantes na forma como o doente percebe e lida com a dor. A este propósito, o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008) refere que o profissional de saúde deverá estar habilitado para as componentes sociais e culturais do meio em que se insere o paciente porque poderão ser pertinentes para o controlo eficaz da dor.

Relativamente à família, os resultados sugerem que a problemática da dor crónica tem um impacto profundo na dinâmica familiar, obrigando a uma reorganização familiar, por vezes, difícil. Os participantes referiram que a dor crónica, no seio familiar, tem consequências a nível emocional, financeiro, social e comunicacional. De facto, o estudo realizado por West et al. (2012b) corrobora este resultado, onde as maiores perdas registadas pelas famílias onde existe, pelo menos, um elemento que padece de dor crónica são a nível financeiro, das atividades sociais e das relações familiares e interpessoais.

Os resultados obtidos na presente investigação permitem concluir que o perfil do cuidador primário vai ao encontro daquilo que tem sido descrito pela literatura. Deste modo, o papel do cuidador primário é normalmente assumido por um membro da família (e.g., cônjuge, filhos) (Bidarra, 2010; Sousa et al., 2007; West et al., 2012b). A sobrecarga do cuidador primário foi também referida pelos participantes deste estudo. Este resultado indica que os profissionais de enfermagem reconhecem que, numa situação de dor crónica, o cuidador primário é aquele que, com o passar do tempo vai assumindo mais tarefas e funções, sentindo-se cada vez mais cansado (Sousa et al., 2007). Neste sentido, o “respiro” do cuidador primário é também mencionado por alguns participantes. Verificou-se que os enfermeiros reconhecem a importância do cuidador ter períodos de respiro e de descanso que lhe permite fazer face às exigências causadas pela doença (Sousa et al., 2007).

Quanto à presença do cuidador primário na consulta, os resultados demonstram que o doente só vai acompanhado no caso de ter uma dor incapacitante e no caso de ser solicitado pelo profissional de saúde sempre que houver uma necessidade (e.g., gestão de medicação). Esta não obrigatoriedade pode estar relacionada com o facto de não haver um trabalho

direto destes profissionais de saúde com as famílias cuidadoras. Neste sentido, um estudo realizado por West et al. (2012b) alerta para a importância de os profissionais de saúde incluírem a família quando trabalham com pessoas que padecem de dor crónica, em vez de se focarem apenas no doente e nos seus sintomas.

Por fim, e respondendo ao último objetivo específico proposto, verificou-se que todos os participantes reconhecem a utilidade de haver um modelo psicossocial de compreensão e intervenção na dor crónica, validado para a população portuguesa. Tal resultado pode dever-se à inexistência de um modelo biopsicossocial, adaptado para a população portuguesa, que ofereça uma estrutura adequada à avaliação, compreensão e intervenção dos profissionais de saúde junto de famílias que lidam com a dor crónica. Além disso, os participantes referiram que este modelo poderia ser útil na medida em que permite uma avaliação e identificação dos fatores de vulnerabilidade, permitindo uma intervenção precoce no caso de algum transtorno que pudesse ocorrer. Desta forma, a implementação de um modelo a este nível ofereceria aos profissionais de enfermagem linhas orientadoras de intervenção adequada junto das famílias cuidadoras. Alguns estudos (Martins et al., 2012; West et al., 2011) demonstram que, de facto, existe uma escassez de modelos de compreensão e de intervenção adaptados para as famílias que lidam com a dor crónica. Esta investigação, uma vez mais, veio reforçar esta necessidade.

Os resultados apresentados e discutidos demonstram que os profissionais de enfermagem reconhecem que o surgimento de uma dor crónica no sistema familiar tem um enorme impacto, tanto no doente como na sua família, conduzindo à alteração de papéis e funções que sejam capazes de dar resposta adequada às exigências impostas pela doença (West et al., 2012b). Estes resultados permitiram também demonstrar que os enfermeiros reconhecem que a família é muitas vezes colocada de parte dos cuidados de saúde prestados ao doente e que não é feito nenhum trabalho com a mesma. Para além disso, e apesar de haver um vasto corpo teórico sobre o tema (Azevedo et al., 2007; Castro-Lopes et al., 2010; Dias, 2007; Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008; Shaw, 2006), existe uma grande lacuna de estudos que falam sobre o impacto desta problemática na família.

De uma forma geral, os resultados demonstram diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros da unidade de dor especializada e o grupo de enfermeiros do centro de saúde. As principais diferenças encontradas revelam que os enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários demonstram dificuldades em explorar e caracterizar o conceito de dor crónica. Esta dificuldade pode estar relacionada com o facto de não haver um acompanhamento especializado no centro de saúde e, deste modo, o tratamento da dor crónica não é considerado uma prioridade para este grupo de profissionais de saúde. Estas diferenças vêm reforçar a necessidade de investir mais na formação contínua dos enfermeiros que trabalham nos centros de saúde e sensibilizá-los que a dor crónica constitui um verdadeiro problema de saúde pública (Dias, 2007; *Pain Associates*

*Internacional Network*, 2004), pelo que esta deverá ser considerada uma preocupação do SNS.

Esta investigação apresenta, porém, algumas limitações: a) o facto de ter sido realizada com poucos participantes; b) a amostra ter sido pouco homogénea em termos de variáveis sociodemográficas, sendo composta maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino; e c) a amostra foi composta maioritariamente por enfermeiros que trabalham na unidade de cuidados de saúde primários. Por último, há que referir a dificuldade de análise que este tipo de pesquisa origina, uma vez que implica dados muito dispersos e simultaneamente detalhados.

Apesar das limitações encontradas, sugere-se que este estudo possa servir de base a investigações futuras dentro desta área de investigação, possibilitando colmatar as limitações apontadas. Futuramente poderá ser comparada a perspetiva dos profissionais de enfermagem sobre este tema com a visão de outros profissionais de saúde (e.g., médicos, psicólogos) que lidam diariamente com esta problemática. Para além disso, poderá também ser comparada a visão dos profissionais de enfermagem acerca do impacto da dor crónica no sistema familiar com a visão dos familiares onde existe, pelo menos, um elemento que padece de dor crónica. Após ter sido identificada a necessidade de haver um modelo psicossocial de compreensão e intervenção na dor crónica, validado para a população portuguesa, pode-se avançar para a construção de uma escala de avaliação da dor crónica na família que promova diretrizes específicas de avaliação e intervenção dos profissionais de saúde junto das famílias que lidam com este tipo de dor.

## 6. Conclusões

A presente investigação teve como principal objetivo analisar a perspetiva dos enfermeiros sobre o impacto da dor crónica no sistema familiar. A investigação realizada, até ao momento, tem descurado o impacto desta problemática no sistema familiar (Roy, 2006). Neste sentido, os cuidados de saúde prestados pelos profissionais de enfermagem devem ser dirigidos às necessidades de toda a unidade familiar e não apenas às de um indivíduo em particular (Martins et al., 2012).

Após a conclusão deste estudo, tornou-se possível confirmar, a partir da visão dos enfermeiros, que a dor crónica tem um enorme impacto na vida familiar, tal como sugere a literatura (Dias, 2007; Roy, 2006; Silver, 2004; West et al., 2012a; West et al., 2012b). As principais implicações impostas pelo surgimento de uma dor crónica traduzem-se ao nível financeiro, social e emocional, e na alteração de papéis (West et al., 2012b). Também foi possível verificar que existem diferenças significativas nos cuidados de enfermagem prestados nas unidades de dor especializadas e nas unidades de cuidados primários. Enquanto os enfermeiros que trabalham numa unidade de dor especializada lidam diariamente com casos de dor crónica, os enfermeiros que desempenham funções numa unidade de cuidados primários lidam habitualmente com situações de dor aguda. Além disso, através do

presente estudo foi ainda possível verificar que todos os enfermeiros reconhecem a utilidade de criar um modelo de compreensão e intervenção sobre o impacto da dor crónica no contexto familiar, validado para a população portuguesa.

Neste sentido, espera-se que este estudo permita, futuramente, auxiliar os profissionais de enfermagem que trabalham junto de famílias que lidam com a dor crónica. Pretende-se que os enfermeiros reconheçam a importância de envolver a família quando prestam cuidados de saúde a indivíduos que padecem de dor crónica, uma vez que, a doença, num dos seus membros, influencia e provoca enormes alterações em toda a dinâmica familiar (Martins et al., 2012).

## Bibliografia

- Amâncio, N., & Campos, L. (2009). O papel do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico. *Revista Tecer*, 2(3), 95-104.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073. doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1060
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., Patto, T., Vaz-Serra, S., Abrunhosa, R., Carvalho, C. J., Cativo, M. C., Correia, D., Correia, J., Coucelo, G., Lopes, B. C., Loureiro, M. C., Silva, B., & Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15(4), 6-56.
- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Blomberg, A., Hylander, I., & Tornkvist, L. (2008). District nurses involvement in pain care: a theoretical model. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2022-2031. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02222.x
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-334. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Bush, E., & Pargament, K. (1997). Family coping with chronic pain. *Families, Systems & Health*, 15(2), 147-160.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). *Pain proposal: A dor crónica em Portugal*. Retirado de [http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal\\_Country%20Snapshot.pdf](http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf)
- Centro Nacional de Observação em Dor (2010). *Inquérito sobre as condições hospitalares existentes para o tratamento da dor crónica, dor aguda pós-operatória e dor do parto*. Retirado de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-sobre-as-condicoes-hospitalares-existent-para-o-tratamento-da-dor-cronica-dor-aguda-pos-operatoria-dor-do-parto-relatorio-final-pdf.aspx>
- Derbyshire, S. (1999). The IASP definition captures the essence of pain experience. *Pain Forum*, 8(2), 106-109.
- Dias, A. R. (2007). Dor crónica: Um problema de saúde pública. *Psicologia*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0372.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). Plano nacional de controlo da dor. Retirado de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Fernandes, D. (2011). *Dor crónica: Adaptabilidade e coesão familiar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia da

- Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor
- Lameiras, M. (2009). *As atitudes dos enfermeiros face avaliação da dor crónica nos doentes oncológicos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Lima, M., & Trad, L. (2007). A dor crónica sob o olhar médico: Modelo biomédico e prática clínica. *Cad. Saúde Pública*, 23(11), 2672-2680.
- Lopes, J. (2006). *A relação do enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M., Fernandes, C., & Gonçalves, L. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: Um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685-690.
- Milena, Z., Dainora, G., & Alin, S. (2008). Qualitative research methods: A comparison between focus-groups and in-depth interview. *Annals of the University of Oradea, Economic Science Series*, 17(4), 1279-1283.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Navarro-Gongóra, J. (2002). Familia y enfermedad: Problemas y técnicas de intervención. *Psychologica*, 31, 63-83.
- Pain Associates International Network (2004). *Consenso do Funchal – Dor crónica músculo-esquelética*. Retirado de [http://www.grunenthal.pt/cms/cda/\\_common/inc/display\\_file.jsp?fileID=15200216](http://www.grunenthal.pt/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=15200216)
- Pedro, J. (2009). *Parceiros no cuidar: A perspetiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Peixoto, M., & Santos, C. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de saúde*, 2(2), 87-93.
- Pereira, P. (2012). *Perceção da dor crónica e estratégias adaptativas em famílias de doentes oncológicos*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Richardson, C., Adams, N., & Poole, H. (2006). Psychological approaches for the nursing management of chronic pain: Part 2. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1196-1202. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01456.
- Richardson, C., & Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: A proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 659-667.
- Rocha, A. (2013). *Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crónica*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Rolland, J. (1994). *Families, illness and disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books
- Rolland, J. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21, 242-266.

- Rolland, J. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *CANCER Supplement, 104*(11), 2584-2595. doi: 10.1002/cncr.21489
- Romão, J. (s.d). A dor não é uma fatalidade. *Dossier Saúde*. Retirado de [http://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/dossier\\_saude\\_especial\\_dor.pdf](http://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/dossier_saude_especial_dor.pdf)
- Roy, R. (2006). *Chronic pain and family. A clinical perspective*. New York: Springer.
- Saiote, E., & Mendes, F. (2011). A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: Importância atribuída por enfermeiros. *Cogitare Enfermagem, 16*(2), 219-225.
- Shaw, S. (2006). Nursing and supporting patients with chronic pain. *Nursing Standard, 20*(19), 60-65.
- Silver, J. K. (2004). *Chronic pain and the family. A new guide*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Smith, A., & Friedemann, M. (1999). Perceived family dynamics of persons with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing, 30*(3), 543-551.
- Sousa, L. Mendes, A., & Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- The British Pain Society. (2003). Pain in europe: A 2003 report. Retirado de <http://www.britishpainsociety.org/Pain%20in%20Europ%20survey%20report.pdf>
- Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 678-690. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.678
- West, C., Buettner, P., Stewart, L., Foster, K., & Usher, K. (2012a). Resilience in families with a member with chronic pain: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 3532-3545. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04271.x
- West, C., Usher, K., & Foster, K. (2011). Family resilience: Towards a new model of chronic pain. *Collegian, 18*, 3-10. doi: 10.1016/j.colegn.2010.08.004
- West, C., Usher, K., Foster, K., & Stewart, L. (2012b). Chronic pain and the family: The experience of the partners of people living with chronic pain. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 3352-3360. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04215.x

**Anexos**

**Anexo A:** Carta para os enfermeiros-chefes da unidade de dor especializada e centro de saúde

**Anexo B:** Consentimento informado

**Anexo C:** Ficha de dados sociodemográfico

**Anexo D:** Guião de entrevista dirigido aos profissionais de enfermagem

## Anexo A



Ex.ª Enfermeira-Chefe do Centro de Saúde Norton de Matos,

Enfermeira Clara Lopes,

Uma equipa de investigação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra está a desenvolver um estudo pioneiro sobre o impacto da dor crónica no sistema familiar. Este trabalho insere-se num projeto de pós-doutoramento e é supervisionado cientificamente pela Professora Doutora Ana Paula Relvas. A necessidade de implementação deste projeto surge a partir das diretrizes propostas pelo Plano Nacional de Saúde 2003-2008, assim como, pela ausência de modelos de compreensão adaptados ao impacto da dor crónica no contexto familiar.

Deste modo, solicitamos a sua colaboração para integrar o nosso estudo. Para tal, convidamo-lo a participar num grupo de discussão, com outros profissionais, debruçado sobre a análise do impacto da dor crónica no contexto familiar. Acreditamos que o seu contributo será uma mais-valia para colmatar as falhas da investigação nesta área em Portugal.

Tendo em conta as exigências da sua profissão, compreendemos a dificuldade que possa sentir em aceitar o nosso convite. Porém, salientamos os benefícios que a sua colaboração poderá trazer, tanto para a ciência, como para o trabalho clínico junto dos pacientes com dor crónica.

Garantimos-lhe que toda a informação disponibilizada por si servirá **exclusivamente** para efeitos desta investigação e que nenhum dado pessoal será revelado (as discussões são **confidenciais e restritas**).

Cumprimentamos e agradecemos, desde já, a vossa disponibilidade e compreensão.

---

(Carolina Amaral, Mestranda da FPCE-UC)

---

(Ana Paula Relvas, Catedrática da FPCE-UC)

## Anexo B



Código do Participante

### Termo de Consentimento Informado

Este documento visa solicitar a sua autorização para participar na investigação subordinada ao tema “O impacto da dor crónica no sistema familiar”, levada a cabo por uma equipa de investigação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Este termo garante-lhe os seguintes direitos:

- (1) A possibilidade de solicitar, a qualquer momento, esclarecimentos sobre a presente investigação;
- (2) A garantia de que a informação por si disponibilizada (e.g., datas de nascimento, habilitações literárias), para efeitos desta investigação, será mantida em anonimato e guardada por um período de tempo limitado;
- (3) A possibilidade de recusar responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julga serem prejudiciais à sua integridade física, moral e/ou social.

*“Declaro estar ciente das informações que constam neste Termo e de entender que serei resguardado(a) pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação nesta investigação. Poderei pedir, a qualquer momento, esclarecimentos sobre este estudo e recusar-me a dar informações que julgue serem prejudiciais para mim.”*

\_\_\_\_\_  
(Carolina Amaral, Mestranda da FPCE-UC)

\_\_\_\_\_  
(Ana Paula Relvas, Catedrática da FPCE-UC)

\_\_\_\_\_  
(Participante)

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013  
(Cidade) (Dia) (Mês)

## Anexo C



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Código do Participante

### Caracterização Sociodemográfica

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_ anos

4. Região Geográfica:

Norte

Centro

Sul

Litoral

Interior

5. Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

6. Profissão: \_\_\_\_\_

7. Serviço/departamento onde exerce funções: \_\_\_\_\_

8. Há quantos anos exerce? \_\_\_\_\_

9. Em média, quantos pacientes que padecem de dor crónica atende por mês?

1 a 5

6 a 10

11 a 15

16 a 20

Mais de 20

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## Anexo D

### Guião de entrevista para grupos focais

#### Enfermeiros

(Começar por agradecer a presença dos participantes explicando genericamente o projeto que está na base desta entrevista; explicar as regras da entrevista conjunta que se fará de seguida).

1. Sabe-se que a dor é um fenómeno subjetivo que atinge milhões de pessoas de todas as idades, limitando-as no seu funcionamento físico, mental e psicológico (Dias 2007). De acordo com a literatura, a dor pode ser de tipo *agudo* ou *crónico*. Esta última é frequentemente considerada mais exigente, sobretudo a nível emocional.

Enquanto profissionais que trabalham quotidianamente com esta problemática, gostaríamos de os ouvir sobre a definição de dor crónica. De que forma é que cada um de vós caracteriza/define a dor crónica?

1.1. O que é a dor crónica?

1.2. O que diferencia a dor crónica da dor aguda?

1.3. Quais as principais áreas de funcionamento individual e relacional do indivíduo afetadas pela dor crónica?

2. De acordo com a Direção-Geral de Saúde, quando a dor se manifesta cronicamente deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença. No entanto, ao contrário de diversas doenças crónicas (e.g., diabetes, hipertensão arterial) a dor crónica não apresenta um quadro sintomático *standard*, tendo apenas definidos alguns critérios que conduzem ao seu diagnóstico. Desta forma, gostaríamos de os ouvir sobre a diversidade que a(s) dor(e)s crónica(s) implica. Poderemos falar da dor crónica como uma doença crónica ou como vários tipos de doenças crónicas?

2.1. Como se chega a um diagnóstico?

2.2. Faz-vos mais sentido considerar a dor como sintoma ou como doença?

2.3. Que implicações tem para a prática clínica considerar a dor como uma doença crónica?

3. A cronicidade da dor crónica implica, naturalmente, a gestão de um conjunto vasto de recursos, tais como: financeiros/económicos (e.g., faltar ao trabalho), emocionais (e.g., ansiedade, tristeza) e familiares. Assim, o efeito da dor ultrapassa a experiência individual traduzindo-se, também, num fardo para os familiares e/ou cuidadores do doente. Nos últimos 30 anos, a comunidade científica tem-se debruçado sobre este tema procurando atenuar a perceção de dor dos pacientes. Porém, a investigação sobre o impacto desta problemática na família tem vindo a ser descurada. Assim, de acordo com a vossa experiência, gostaríamos de saber a opinião que têm sobre o impacto que a dor tem no contexto familiar.

3.1. Quem sofre de forma mais imediata com este problema para além do paciente?

3.2. Quem assume, mais frequentemente, o papel de cuidador principal?

3.3. A consulta da dor acompanha os familiares destes pacientes?

3.4. Acreditam que os profissionais de saúde têm a possibilidade de interferir e influenciar o impacto da dor crónica no indivíduo? De que forma interferem?

3.5. A intervenção psicoterapêutica ao paciente e seus familiares é considerada?

3.6. Em termos práticos, no que é que se traduz o impacto da dor crónica nas relações familiares (e.g., negociação de papéis)?

4. A psicologia da saúde integra alguns modelos de compreensão e intervenção do impacto da doença no contexto familiar. Um dos modelos ao qual damos particular destaque é o “modelo familiar sistémico da doença” de John Rolland. Trata-se de um modelo cientificamente reconhecido e clinicamente validado que avalia o impacto sistémico da doença, atendendo: 1) à tipologia psicossocial da doença (esquema de classificação da doença e definição de exigências psicossociais); 2) à interação entre as fases de desenvolvimento da doença e da família; e 3) às variáveis familiares (e.g., funcionamento familiar, transgeracionalidade associada à doença, crenças). Não sabemos se este modelo vos é familiar ou não mas, ainda assim, gostaríamos de saber a vossa opinião sobre a teorização da dor crónica

atendendo a este modelo. Na vossa opinião, parece-vos útil analisar a dor crónica sob a lente de um modelo que avalia o impacto da doença crónica nas relações familiares e sociais?

4.1. Atendendo à vossa atividade profissional, em que é que os médicos poderiam beneficiar se existisse um modelo de compreensão e intervenção sobre o impacto da dor no seio familiar validado para a população portuguesa?

**Como sentiram esta conversa que decorreu agora? Houve algum aspeto mais desconfortável? Houve algum mais positivo?**